

S-4.226 *The hormone replacement-coronary heart disease conundrum: is this the death of observational epidemiology?*

(Así es si así os parece o cómo se reinterpreta la historia científica en torno a la terapia hormonal)

Autores: Lawlor DA, Smith GD, Ebrahim S

Revista/Año/Vol./Págs.: *Internat J Epidemiol* 2004;33:464-7

Calificación: Excelente

Comentario: El impacto clínico es algo que no ignoran los que producen conocimiento científico, como afirman los autores. Otra cosa es que no cambien incluso cuando se demuestra que estaban equivocados. Niegan lo que demuestra su error, cambian la hipótesis para justificar algo que antes ignoraron, o reconocen el error y la equivocación. Respecto a la terapia hormonal en el climaterio, los autores demuestran cómo se maquillaron *a posteriori* los resultados y artículos previos para llegar a demostrar que "ya lo habían dicho", que en verdad sus resultados coincidían con los de los ensayos clínicos que libraron a las mujeres de la cárcel de los parches.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: MPF

S-4.227 *As drug marketing pays off, my mother pays up*

(La prevención de la osteoporosis, mejor lo natural)

Autores: Gilsdorf JR

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Affairs* 2004;23:208-12

Calificación: Excelente

Comentario: El alendronato disminuye la incidencia de fracturas de cadera en un 51% en mujeres que lo toman durante tres años; es decir, como demuestra la autora, epidemióloga y pediatra gringa, baja la posibilidad de fractura de cadera de un 2,2% a un 1,1% en los tres años. Un descenso del riesgo absoluto del 0,73% anual al 0,36%. ¿Vale la pena? ¿Vale la pena el coste y el tener que tomar durante tres años un medicamento? Lo duda mucho, cuando habla de su madre, quien sigue con la alfombra mal puesta en el pasillo. Lo duda cualquiera, con ancianos que toman psicofármacos, que no pasean ni toman el sol, que llevan una dieta defectuosísima.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: MPF

S-4.228 *The problem of evidence-based medicine: directions for social science*

(La medicina basada en pruebas desde el punto de vista sociológico)

Autores: Mykhalovskiy E, Weir L

Revista/Año/Vol./Págs.: *Social Science Med* 2004;59:1059-69

Calificación: Excelente

Comentario: La medicina basada en pruebas se formalizó como una propuesta de la Universidad canadiense de McMaster, como nos recuerdan los autores, de la misma nacionalidad. La cuestión es que se ha aplicado con relativo éxito en Medicina, y menos en Política, pero nada en Sociología. Sin embargo, es un nuevo punto de vista para examinar la estructura y la dinámica de los sistemas sanitarios. Según la

economía política, la medicina basada en pruebas puede verse como una forma de restricción de la autonomía clínica. Según la perspectiva humanista, puede verse como una opresión tecnológica de la relación médico-paciente.

Referencias bibliográficas: 65

Revisor: MPF

S-4.229 *The European health divide: a matter of financial or social capital*

(El dinero más importante que el contexto social)

Autores: Carlson P

Revista/Año/Vol./Págs.: *Social Science Med* 2004;59:1985-92

Calificación: Muy bueno

Comentario: Llamamos capital social a aquello que nos permite actuar, y este capital parece menos importante para la salud que el capital financiero. Al menos, así concluye el autor, sueco. Ha estudiado una encuesta de 18 países europeos que incluye España, y determina la apreciación de salud de los entrevistados con el capital social y financiero que declaran. Los españoles van en buena salud percibida detrás de suizos, noruegos y suecos. Lo peor está en Rusia, y en los países de la antigua URSS, como Moldavia, Armenia y Azerbaidjan. En la Europa occidental coincide el capital social con el financiero, y con la buena salud.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: MPF

S-4.230 *Percentiles de riesgo : un nuevo método adaptado para la valoración del riesgo vascular. Estudio ERVPA*

Autores: Cuende JI, Acebal A, Abad JL, Álvarez J, de Miguel A, Triana JM, et al, en representación del grupo ERVPA.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;123(4):126-6

Calificación: Bueno

Comentario: Novedosa aproximación al cálculo del riesgo cardiovascular individual en el contexto de una población determinada. Se han utilizado las ecuaciones del proyecto SCORE para calcular el riesgo en 514 personas de Palencia, y a partir de ahí se han construido unas tablas y gráficos de percentiles de riesgo por sexo y edad, que además de permitir situar a cada persona en un nivel de su población, permite su proyección a determinada edad. Una quinta parte de la población de 20-79 años tiene riesgo cardiovascular alto, y en la octava década el 90%.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: MARL

S-4.231 *Tratamiento de sustitución de nicotina frente a reducción progresiva en la deshabituación tabáquica*

Autores: Marcos T, Godás T, Corominas J.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;123(4):127-30

Calificación: Bueno

Comentario: El proceso de deshabituación tabáquica suele realizarse mediante tratamiento cognitivo-conductual de base, apoyo farmacológico con sustitutos de nicotina

(TSN) y/o bupropión. Lo habitual es plantear una fecha de cesación absoluta de tabaco, pero en este trabajo, realizado en el Hospital Clínic de Barcelona, se observa que la reducción progresiva (RP) de tabaco (2 cigarrillos/día cada 15 días) en los pacientes reticentes al apoyo farmacológico tiene una eficacia similar a la obtenida con TSN. De los tratados con TSN no fumaban el 65,3% a los 6 meses y el 41% a los tres años, y de los de RP el 51,8% y el 36% respectivamente.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: MARL

S-4.232 **Avances en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca**

Autores: Pérez-Villa E

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;123(4):149-55

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Artículo de revisión sobre los avances del tratamiento de la insuficiencia cardíaca en los últimos años. Se facilita un esquema resumen con las recomendaciones actuales, dependiendo de la clase funcional (NYHA). En fases iniciales se recomienda inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y bloqueadores beta, añadiendo espirolactona + diurético en la clase II y digoxina en la clase III. Los ARA II se confirman como alternativa si los IECA causan tos o alergia. Se comentan otros tratamientos para fases avanzadas como la resincronización cardíaca, el trasplante, los dispositivos de asistencia ventricular y el tratamiento celular. En nuestro medio fueron fundamentales los IECA, bloqueadores beta, espirolactona (con o sin digoxina y/u otros diuréticos).

Referencias bibliográficas: 43

Revisor: MARL

S-4.233 **Muestra de sangre capilar para el cribado de la diabetes mellitus tipo 2: dedo frente a antebrazo**

Autores: Cuevas FJ, Iglesias MJ, Llorente I, Aguirre A.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;123(5):174-6

Calificación: *Bueno*

Comentario: El cribado de diabetes tipo 2 en población general es controvertido. En España, cuando se hace, suele utilizarse la reflectometría con sangre capilar del dedo, pero también puede utilizarse sangre capilar del antebrazo. Según los resultados de este trabajo, al 67% de los pacientes les da igual el lugar de punción, un 28% prefieren en antebrazo y un 5% el dedo. De momento, más que la generalización del cribado deberíamos centrarnos en tratar bien a los diabéticos ya diagnosticados y a prevenir de forma global los factores de riesgo cardiovascular.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-4.234 **The expression of aversion to medicines in general practice consultations**

(Hay pacientes que no desean tomar medicinas, y conviene saberlo)

Autores: Britten N, Stevenson F, Gafaranga J, Barry C, Bradley C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Social Science Med* 2004;50:1495-503

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los pacientes son cada uno hijo de su madre y de su padre. Es decir, que en la consulta nos podemos encontrar de todo, desde un extremo al otro. En este trabajo, con datos ingleses, se demuestra que hay pacientes que rechazan la terapéutica farmacológica. Estudian a 35 pacien-

tes antes y después de la entrevista con el médico general, y también entrevistan al médico, y registran y analizan la consulta. Son 34 los pacientes que expresaron aversión o rechazo a los medicamentos en las entrevistas, pero sólo 10 se lo manifestaron al médico. Y de éstos, la mayoría lo hizo de forma indirecta. Entre los que se expresaron directamente encontramos dos madres que no querían dar antibióticos a sus hijos con catarros.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-4.235 **Research report: do general practitioners tell their patients about side effects to common treatments?**

(Los médicos generales no comentan a los pacientes los posibles efectos secundarios de medicamentos)

Autores: Krag A, Svarre H, Norup M, Madsen SM, Rossel P

Revista/Año/Vol./Págs.: *Social Science Med* 2004;59:1677-83

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: No hay medicamento sin efectos secundarios, y lo lógico es advertirlo a los pacientes, quienes correrán el riesgo de sufrirlos. En este trabajo, danés, se utilizan tres casos prácticos, de prescripción de la píldora a una chica, un bloqueador beta a un varón maduro y un inhibidor de la recaptación de serotonina a otro. Se envían los casos por correo a 450 médicos generales, y responden 277 (62%). Del listado de efectos adversos que se indican en cada medicamento, los médicos reconocen que raramente informan. No se informa ni de los efectos frecuentes ni de los graves. Se salva el "manchar" con la píldora, y las extremidades frías con el bloqueador beta.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-4.236 **The state of scientific publishing: problems and promise**

(Lo de publicar es una cuestión académica en gran parte, dada la mucha basura que llega a publicarse)

Autores: Sollenberger JF, Shipley M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Scand J Public Health* 2004;32:153-6

Calificación: *Excelente*

Comentario: Uno se ve obligado a leer mucho para seleccionar lo poco bueno que se publica. Los autores, bibliotecarios, cuentan sus penalidades ahora que la publicación científica empieza a ser un negocio. Las editoriales se preocupan sólo de conseguir beneficios para los accionistas. Así, se limita y encarece el acceso a bases de revistas y números antiguos, que ya no existen en papel, y que nadie sabe por cuánto tiempo seguirán existiendo. Se convierte en estratégico el desarrollo de bases públicas del estilo de la PubMed Central, aunque sea gringa.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-4.237 **Variation in proportion of frequent attenders between Danish general practices**

(La tasa de grandes frecuentadores varía 13 veces según el médico considerado)

Autores: Vedsted P, Sorensen HT, Nielsen JN, Olesen F

Revista/Año/Vol./Págs.: *Scand J Public Health* 2004;32:188-93

Calificación: *Bueno*

Comentario: Tener la consulta llena depende de muchas cosas. Incluso depende del estilo de práctica del médico, aun-

que éste suele echarle casi siempre la culpa a los pacientes. Los datos de este estudio se han obtenido como parte de los que proporcionan los médicos daneses para el cobro por acto (la capitación supone sólo el 40% de su remuneración). En la provincia estudiada, de 262 médicos, 162 trabajan en solitario. Los autores definen grandes utilizadores como el 10% más utilizador, y lo analizan según grupos de edad y sexo (12 o más visitas al año para mayores de 65 años). La proporción va del 2% al 26%, según el médico que se considere. No hay razones claras, y sólo logran explicar el 20% de la variabilidad con el análisis estadístico de causas posibles varias.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-4.238 *Industry response to the Spanish governmental plan for the promotion of R&D within the pharmaceutical industry (1986-1996)*

(La industria local, la que más fruto ha dado con el plan de mejora farmacéutica en España)

Autores: Pérez-Escolano I, París G

Revista/Año/Vol./Págs.: *Science Public Policy* 2004;31:301-12

Calificación: Bueno

Comentario: La industria farmacéutica es esencial para lograr un mercado abastecido de medicamentos, así que vale la pena que se estimule su trabajo. En este caso se analiza el impacto de la implantación en España de un plan para la mejora de la investigación, en 1986, y se sigue diez años. La industria local fue la primera que se sumó al plan, y la que obtuvo más frutos. Así hubo 35 al comienzo (17 nacionales) y 56 al final (21 nacionales). Aumentó el número de personal de investigación, pero se mantuvo su proporción (10%). Sólo la industria nacional logró nuevos medicamentos con apoyo del plan gubernamental (once nuevos productos). El gasto en investigación clínica pasó de 8 millones de euros a 89.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-4.239 *The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain*

(Los pacientes utilizan el seguro privado para poder ir más al especialista)

Autores: Rodríguez M, Stoyanova A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Econ* 2004;13:689-703

Calificación: Excelente

Comentario: Sabemos que la mayoría de los funcionarios prefieren las mutuas privadas que el incorporarse al régimen general de la Seguridad Social, y que el 11% de la población tiene doble seguro. Las dos economistas firmantes hacen un estudio precioso de la Encuesta Nacional de Salud, para valorar el uso que hacen los médicos respecto a este tema y demuestran que los que tienen doble seguro acceden un 25% más al especialista. En el sistema público, los pacientes que van al especialista son los que tienen peor salud, como es lógico. Los que tienen sólo seguro privado van más al especialista, con independencia del grado de salud. Se trata de un estudio muy interesante.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-4.240 *Doble aseguramiento gratuito*

Autores: García C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Salud* 2000 2004;98:23

Calificación: Muy bueno

Comentario: Todos tendemos a ver la corrupción en los políticos y banqueros. Está bien, mientras no olvidemos nuestras propias vergüenzas, que también tienen lo suyo de corrupción. En este caso el autor se refiere a lo que es un abuso de los funcionarios con Muface. La amplia mayoría prefiere las mutuas privadas (en torno al 85%), y el problema no es que los que eligen el régimen general de la Seguridad Social sean los más enfermos, sino que además muchos tienen doble afiliación ilegal (otros legal, por haber cotizado en algún momento al régimen general). La cuestión afecta a casi el 25% de los funcionarios. Plantea el autor que antes de hablar de co-pagos habría que resolver estas "pequeñas" cosas.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-4.241 *Calidad de la interconsulta entre salud mental y Atención Primaria: comparación de dos tipos de documento de derivación (OMI-AP y tradicional)*

Autores: Iglesias C, González I, Ardura JR, Naves C, Franco A, Alonso MJ, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Calidad Asistencial* 2004;19:319-22

Calificación: Bueno

Comentario: Los especialistas son necesarios, y no hay forma mejor de trabajar con ellos que mediante una buena coordinación. Lo mejor es el contacto personal entre el médico general y el especialista, pero si no es posible, al menos que funcione bien el parte de interconsulta. Los autores demuestran que no funciona muy bien, aunque al menos el uso del ordenador mejora las cosas en lo formal. Se pudieron leer 200 (90%) de los volantes estudiados del médico general, y 199 (86%) de las respuestas estudiadas de los psiquiatras. Con el ordenador mejoró mucho la información del volante, excepto alguna fundamental, como el diagnóstico de sospecha.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-4.242 *Making sense of rising caesarean section rates. Time to change our goals (Más ensayos clínicos y más ética en las cesáreas)*

Autores: Anderson GM

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004;329:696-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: La atención al embarazo y al parto está particularmente encarnizada. Es, pues, un buen ejemplo del exceso médico. Como hace notar el autor inglés de este editorial, un exceso que requiere ser corregido con más ciencia y más ética. Todo lo que se dice de bueno de las cesáreas, y sobre su necesidad, procede de estudios observacionales. No hay ensayos clínicos, o son de escasa valía, y todo se deduce sobre las cesáreas en un clima en que no se sabe hasta qué punto se influye en la decisión de la mujer. Se justifica con el sufrimiento fetal, la distocia y la cesárea previa, y con ventajas futuras como menos incontinencia urinaria. Pero, lo dicho, sin ensayos clínicos que lo justifiquen.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-4.243 *Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain*

(En el dolor de espalda lo mejor es el consejo para mantenerse activo)

Autores: Frost H, Lamb SE, Doll HA, Carver T, Stewart S
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004;329:708-11

Calificación: Muy bueno

Comentario: Hay enfermedades muy frecuentes en las que el médico general debe saber qué hacer con pocas dudas. Una de ellas es el vulgar dolor de espalda, tan frecuente (e invalidante, si se lleva mal). Los autores, fisioterapeutas, hacen un ensayo clínico con pacientes con dolor lumbar de más de seis semanas de duración remitidos para fisioterapia. Al año obtienen datos de 200 personas y se demuestra que no hay diferencias con los que sólo recibieron consejo para mantenerse activos, aunque los tratados con fisioterapia tenían una percepción de mayor beneficio. No cabe duda, pues, de la utilidad de una cosa simple y sencilla, si el médico lo tiene claro.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-4.244 *Back pain and physiotherapy. NHS treatment is of little value*

(La frustración del médico y del paciente con dolor lumbar)

Autores: MacAuley D

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004;329:694-5

Calificación: Bueno

Comentario: Es desesperante que no tengamos solución para la mayoría de los problemas de salud, pero es así. Nos cuesta aceptarlo a los médicos y le cuesta a los pacientes. Por ejemplo, frente al dolor lumbar, tan frecuente y con tanto impacto en la vida, el editorialista comenta el artículo previo (S-4.243) que demuestra que ni siquiera la fisioterapia es útil. Por ello sugiere que se des-medicalice el problema del dolor lumbar, y que los pacientes vayan al gimnasio normal, o que hagan ejercicio por su cuenta. No sirven ni las radiografías ni la medicación, ni el reposo, ni la cirugía. Lo importante, pues, es controlar los pocos casos en que el dolor lumbar es algo más (los signos de alarma), y ayudar a que el paciente haga vida normal.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-4.245 *What will the new genetic information do for us?*

(Las aplicaciones y la investigación genética necesitan a los médicos generales)

Autores: Watt G

Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2004;9:186-8

Calificación: Excelente

Comentario: Las promesas de la genética son tales, que llegan a ofrecer la inmortalidad en la Tierra. Por eso es interesante este excelente trabajo, de un generalista inglés preocupado por la "ley de cuidados inversos", que puede potenciarse si las aplicaciones genéticas se desarrollan en la línea que llevan. Lo malo es orientarse a las estrategias individuales, que tan mal resultado dan respecto a la salud de la población. Y lo malo será, también, que no se cuente ni con los médicos generales ni con la población para el manejo de las aplicaciones genéticas, como se está haciendo. Hay que aprender no sólo en los laboratorios, sino en la práctica. Este artículo es un aldabonazo en favor del desarrollo y de la aplicación lógica de la genética.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-4.246 *An ounce of prevention buys a pound of cure*

(Prevenir no es ahorrar, con alguna excepción)

Autores: Canadian Health Services Research Foundation

Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2004;9:191-2

Calificación: Excelente

Comentario: Aquello tan clásico de "más vale prevenir que curar" es una tontería muchas veces. Cada cosa en su sitio, y a veces curar no es lo mejor. De todo ello se habla en este brevísimo y sustancioso texto canadiense. Lo importante, insisten, es recordar que la muerte es inevitable, y que las actividades preventivas pueden ser carísimas. Lo recuerdan a propósito del despropósito del gasto en el tratamiento de la hipertensión, y de otras actividades que evitan la muerte y permiten que aparezcan otras enfermedades, o que se cronifiquen en las que se evita la muerte. Además, las actividades preventivas tienen muchos inconvenientes e incomodidades.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-4.247 *Stenting for carotid-artery stenosis*

(En la placa carotídea, lo mismo da limpiar que comprimir)

Autores: Cambria RP

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl Med 2004;351:1565-7

Calificación: Bueno

Comentario: Las placas carotídeas son un problema más de la arterioesclerosis, pues no es más que el depósito de colesterol, y su posterior desprendimiento en forma de trombo. No sabemos bien su historia natural, pero hasta ahora se han limpiado con endarterectomía (una operación peligrosa que requiere hacer "manos"). El autor de este editorial comenta un ensayo clínico que demuestra que la colocación de una malla (*stent*), que dilata la luz de la arteria y comprime la placa logra los mismos o mejores resultados. Sigue habiendo muertes e ictus tras la operación, pero en el mismo grado, y a largo plazo el resultado es bueno.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-4.248 *View of health technology assessment from the swampy lowlands of general practice*

(La evaluación de tecnología necesaria pero no suficiente en la práctica de la Medicina General)

Autores: Heath I

Revista/Año/Vol./Págs.: Internat J Technology Assessment Health Care 2004;20:81-6

Calificación: Excelente

Comentario: El movimiento de evaluación de tecnología precedió al de la "medicina basada en pruebas", y ambos comparten cosas en común, como la búsqueda del Santo Grial que da la clave para resolver casi cualquier problema clínico. Vano intento, clama la autora, médico general inglesa, con trabajo en una zona deprimida. Es casi imposible llevar al paciente individual lo que se decide para la población. Un medicamento eficaz en los ensayos clínicos no tiene por qué serlo ni con pacientes similares, que corren riesgos no valorados. Y en todo ello falta mucho de interés por la ley de cuidados inversos, y por la coexistencia en las clases bajas de enfermedades y problemas sociales.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-4.249 *How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations*

(La financiación privada no disminuye la presión sobre los servicios financiados públicamente)

Autores: Hughes C, Flood CM, Stabile M

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Health Politics Law* 2004;29:359-96

Calificación: Excelente

Comentario: Los modernos de la gestión y la política sanitaria siempre están hablando del mercado, como si funcionara en algún sitio (ni siquiera en EE.UU.). Parece que lo privado resolverá todos los problemas de lo público. Pero los autores, canadienses, revisan un poco lo que pasa con la disminución de la financiación pública en todos los países de la OCDE (del 75% al 74% entre 1990 y 1998). Estudian a fondo lo que sucede en Australia, Holanda, Nueva Zelanda y Reino Unido. A más financiación privada, peor eficiencia del sistema público, y más listas de espera, y más largas. Lo privado es difícil de controlar.

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: JG

S-4.250 *Penny-wise, pound-foolish. The costs of cost-related medication restriction*

(El que ahorra se equivoca, si disminuye costes necesarios)

Autores: Bierman AS, Bell CM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2004;42:623-5

Calificación: Muy bueno

Comentario: Si se llevan las cosas a su extremo, al ahorrar en comida puede llegar uno a morir de hambre. Los editoriales, canadienses, comentan el artículo (S-4.251), que deja al descubierto el desgarró del sistema sanitario estadounidense. El coste de las medicinas puede llevar a no comprar medicamentos necesarios, y ello afecta a los más pobres, con peor salud. El resultado es el aumento de la morbilidad y mortalidad evitable con medicamentos. Se hace una revisión de todo lo más importante en esta cuestión. Los médicos decimos que les preocupa el coste de los medicamentos, pero luego no sabemos cuánto cuestan las medicinas que recetamos.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-4.251 *The health effects of restricting prescription medication use because of cost*

(Cuando no se pueden comprar los medicamentos necesarios, se resiente la salud de los ancianos)

Autores: Heisler M, Langa KM, Eby EL, Fendrick AM, Kabeto MU, Piette JD

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2004;42:626-34

Calificación: Muy bueno

Comentario: Hay quien piensa que los medicamentos son la clave para resolver todas las enfermedades. Ni tanto ni tan calvo. Son imprescindibles en algunas enfermedades y casos, pero no en todos. Cuando faltan, la salud lo acusa, sobre todo en ancianos, como demuestra este trabajo en EE.UU., donde los ancianos no tienen seguro que cubra sus medicamentos. Siguieron en dos encuestas de salud durante unos tres años a casi 8.000 ancianos, y valoraron el cambio cuando tenían problemas para comprar los medicamentos. A más problemas de este estilo, mayor deterioro de la salud. Y más anginas e infartos cuando hay enfermedad coronaria.

Referencias bibliográficas: 44

Revisor: JG

S-4.252 *Better Prescribing Project: a randomized controlled trial of the impact of case-based educational modules and personal prescribing feedback on prescribing for hypertension in primary care*

(Es posible lograr que los médicos prescriban diuréticos a los pacientes hipertensos)

Autores: Herbert CP, Wright JM, Maclure M, Wakefield J, Dormuth C, Brett P, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract* 2004;21:575-81

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los cursos, la información sobre terapéutica, los perfiles de prescripción, y otros muchos intentos de mejorar la prescripción de los médicos ha logrado poco en la práctica. En este ensayo clínico en Medicina General, en Canadá, demuestra que sí se puede lograr algo, poco, pero interesante. Hicieron reuniones de médicos generales mensuales, mandaron perfiles de prescripción, e introdujeron casos con información fundada científicamente. Distribuyeron los grupos de médicos al azar, y valoraron la prescripción en nuevos casos de hipertensión. Se demuestra un impacto suave pero significativo en la prescripción de diuréticos tiazídicos. Somos profesionales de dura cerviz.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-4.253 *Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting*

(La investigación en Medicina General debería centrarse en lo frecuente)

Autores: Lionis C, Stoffer H, Hummers E, Griffiths F, Rotar D, Rethans JJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract* 2004;21:587-93

Calificación: Bueno

Comentario: Los médicos generales somos especialistas de lo frecuente, desde el dolor a la muerte. Ése debería ser el campo de investigación y de desarrollo de la profesión. En una reunión en Ankara, los participantes, del EGPRW analizaron las necesidades y problemas de la Medicina General a este respecto. Destacan cuestiones básicas de investigación de servicios, como la función de filtro de los médicos generales, y la investigación clínica sobre las cuestiones comunes (síntomas, enfermedades crónicas, estrategias diagnósticas y demás). También destacan la necesidad de registros de morbilidad y utilización (mejor, electrónicos).

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-4.254 *The effects of patient shortage on general practitioners' future income and list of patient*

(A menos paciente, más servicios por paciente)

Autores: Iversen T

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Health Econ* 2004;23:673-94

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los médicos podemos controlar de muchas maneras la actividad diaria, y una forma es adecuándola al número de pacientes, como demuestra el autor noruego. Utiliza datos del experimento noruego de pago por capitación, y sigue durante cinco años a médicos que se pasaron a este programa de "médico personal". No todos los médicos lo

graron una lista de pacientes del tamaño de su deseo. Como también cobran por acto, los médicos con falta de pacientes aumentaron aproximadamente un 15% los servicios prestados a los pacientes de su cupo. Es decir, al financiador le salió caro que los médicos no tuvieran un cupo suficiente.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: MPF

S-4.255 *Oxigenoterapia continua domiciliaria: un buen tratamiento si se hace bien*

Autores: Amilibia J, Sobradillo V

Revista/Año/Vol./Págs.: *An Med Interna (Madrid)* 2004;21:53-5

Calificación: Bueno

Comentario: Este editorial comenta un artículo publicado en el mismo número, en el que se demuestra que sólo el 25% de los pacientes con oxígeno a domicilio cumplen con los criterios lógicos para que sea útil. Lo necesitan los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, con una presión de oxígeno de 55 mmHg o menos, durante 15 horas al día. El objetivo es que la hipoxemia se revierta, y la presión parcial de oxígeno suba a 60 mmHg, o más. Si se hace mal se tira el dinero. En el País Vasco, hay 3.100 pacientes con oxígeno, de dos millones de población total. El oxígeno representa el 4% del coste total del tratamiento de la EPOC.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: MPF

S-4.256 *Estudio de las derivaciones a una consulta externa de Medicina Interna: ¿se puede gestionar la lista de espera?*

Autores: Granja E, Trinidad JC, González C, del Río D, Moreno A, López A

Revista/Año/Vol./Págs.: *An Med Interna (Madrid)* 2004;21:72-4

Calificación: Excelente

Comentario: Las listas de espera son cosa de dos (especialistas y generalistas) y a veces nos pasamos los segundos quejándonos de los primeros, pues se puede resolver en una sola consulta hasta el 41% de los pacientes que mandamos los médicos generales a Medicina Interna, por ejemplo. Lo estudian los autores en un trabajo sencillo y elegante. Está hecho en un hospital con los 120 pacientes "acumulados" tras el verano. El 16% no llegó a consultar. Entre los pacientes derivados de Atención Primaria, el 63% acudieron sin los datos adecuados para realizar la primera consulta; faltaba la hoja de interconsulta (23%), o la orientación diagnóstica (40%).

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: MPF

S-4.257 *Manejo perioperatorio de la medicación crónica no relacionada con la cirugía*

Autores: Juvany R, Mercadal G, Jódar R

Revista/Año/Vol./Págs.: *An Med Interna (Madrid)* 2004;21:291-300

Calificación: Bueno

Comentario: Nuestros pacientes terminan en quirófano, y muchas veces van en cirugía programada, lo que da tiempo a revisar la medicación crónica, y retirar o cambiar aquello que perjudica, como revisan los autores, catalanes. Es un artículo para fotocopiar y guardar en la mesa del despacho, pues está lleno de sugerencias. Por ejemplo, el delirio post-anestesia es más frecuente en los pacientes que toman ben-

zodiacepinas de acción larga, como diazepam. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina pueden provocar un síndrome serotoninérgico en combinación con petidina. Habría que evitar también las hierbas medicinales y las biguanidinas. Y controlar bien los anticoagulantes y antiagregantes.

Referencias bibliográficas: 71

Revisor: MPF

S-4.258 *Coste-efectividad de la vacunación contra la varicela en adolescentes en España*

Autores: Peña I, Pérez N, Cortés M, Amela C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2004;18(4):287-94

Calificación: Bueno

Comentario: La varicela es muy contagiosa, suele ser benigna y afecta a casi todos a lo largo de la vida; en adultos puede ser grave. El virus (VVZ) se acantona en los ganglios y puede reactivarse en forma de herpes zoster. Habiéndose autorizado en España una vacuna contra la varicela en mayores de 13 años con serología negativa, en este trabajo se estima su coste-efectividad administrándola a dicha edad se podrían evitar 27.278 casos, con un coste de 131€ por caso evitado. Se parte de una efectividad total de la vacuna del 71% y parcial del 24% y un coste por vacuna de 34€; no se sabe cuánto aumentarían los HZ en personas con virus latente.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: MARL

S-4.259 *Del conocimiento científico de la investigación clínica a la cabecera del enfermo: las guías de práctica clínica y su implementación*

Autores: Aymerich M, Sánchez E.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2004;18(4):326-34

Calificación: Muy bueno

Comentario: La incorporación del conocimiento científico a la práctica clínica es necesaria para mejorar los resultados de la atención a nuestros pacientes. El problema es que frecuentemente existe poca "evidencia científica" para actuar de una u otra forma ante las situaciones concretas que se nos plantean cada día. En este artículo se aborda el tema de la elaboración de las guías de práctica clínica (GPC) y su implementación en la práctica, señalando sus virtudes, defectos y dificultades. Si se exigiesen las premisas que se señalan en el artículo para elaborar bien una GPC, no sé cuántas quedarían de todas las que cada día se elaboran desde las más diversas instancias.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MARL

S-4.260 *Depresión: una prioridad en salud pública*

Autores: Ayuso JL

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;123(5):181-6

Calificación: Bueno

Comentario: En el Estudio de la OMS sobre carga de enfermedad en el mundo, la depresión figura en los primeros lugares, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, por su alta prevalencia, afectación en las actividades cotidianas, aparición en edades tempranas y curso alta-

mente recurrente. En este artículo se revisa la epidemiología de la depresión y las posibles estrategias de abordaje, refiriéndose casi en exclusiva al diagnóstico y tratamiento. Aunque se dice que con la implementación de las estrategias disponibles sólo se puede evitar un 22% del total de carga por depresión, no se dice nada de su prevención, de nuestra forma de vida, de la medicalización de la insatisfacción...

Referencias bibliográficas: 38

Revisor: MARL

S-4.261 *Criterios de control y pautas de tratamiento combinado en la diabetes tipo 2. Actualización 2004*

Autores: Goday A, Franch J, Mata M.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;123(5):187-97

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los diabéticos precisan un abordaje multifactorial de todos sus factores de riesgo cardiovascular; es preferible una intervención modesta de cada uno de ellos que de gran intensidad sobre sólo alguno. Éstas son algunas de las consideraciones recogidas en este artículo de actualización, escrito por especialistas y médicos de primaria de forma realista y práctica. Se dan objetivos de control, cuándo intensificar las intervenciones, fármacos disponibles y pautas de tratamiento combinado. De inicio, dieta y ejercicio; si es insuficiente, metformina en obesos, sulfonilureas (o secretagogos de acción rápida) en normopeso; si fracasa tratamiento oral, insulina sola o asociada a fármacos orales. Excelentes tablas.

Referencias bibliográficas: 65

Revisor: MARL

S-4.262 *Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program*

(Se puede combatir el analfabetismo de los diabéticos, pero exige recursos específicos)

Autores: Rothman RL, DeWalt DA, Malone R, Bryant B, Shintani A, Crigler B, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2004;292:1711-16

Calificación: *Bueno*

Comentario: El analfabetismo es una plaga que no acaba. Es lógico, pues aunque aumenta el nivel básico de educación aumentan más deprisa las exigencias sociales de cultura. Uno puede saber leer pero no entiende nada de lo que pone un texto. Los autores demuestran que se puede mejorar la hemoglobina glucada en sangre de diabéticos, si uno se ajusta al nivel de conocimientos de los pacientes. Los farmacéuticos que participan con los grupos experimentales dedicaron más tiempo y esfuerzo a los pacientes más inculcos, y logran que mejoren los resultados tanto en los analfabetos como en los pacientes cultos.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-4.263 *Testing for prions: a novel protocol for vCJD prevalence studies*

(La amígdala como muestra para el diagnóstico de la infección por priones)

Autores: Glatzel M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;364:1196-7

Calificación: *Bueno*

Comentario: Puesto que el diagnóstico definitivo de la enfer-

medad de Creutzfeldt-Jacob se hace con muestras de cerebro, lo lógico es buscar métodos que permitan hacer el diagnóstico de la infección, antes de la enfermedad, y antes de que el paciente contagie a otros (por sangre y por instrumentos quirúrgicos). En este editorial, sobre el artículo siguiente (S-4.264), un suizo comenta los problemas del diagnóstico de la infección en la amígdala, sobre todo cuando los análisis se hacen en menores de 9 años, que han vivido con las nuevas normas alimentarias para evitar las vacas locas. Considera que el protocolo desarrollado debería ser la norma, y añade la propuesta de no hacer las muestras anónimas.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-4.264 *Analysis of 2000 consecutive UK tonsillectomy specimens for disease-related prion protein*

(Ningún caso de amígdalas infectadas con priones en Londres)

Autores: Frosh A, Smith LC, Jackson CJ, Linehan JM, Brandner S, Wadsworth JDF, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;364:1260-62

Calificación: *Bueno*

Comentario: Los priones se contagian por la ingesta de carne en la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob y por la sangre y el material quirúrgico de los infectados. Los priones de esta variante se localizan no sólo en el cerebro, sino en los tejidos linfáticos, notablemente en las amígdalas. Los autores lo aprovechan para estudiar las muestras obtenidas en las amigdalectomías, en Londres, entre 2000 y 2002. Éstas son anónimas, y se congelaron la mitad, y otra mitad pasó a formol. No se encontró ninguna amígdala infectada por los priones de la variante de la enfermedad. Parece que la cosa no es epidémica, al menos por ahora.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-4.265 *Making health systems more equitable*

(El difícil reto de aumentar el acceso de los pobres a los servicios sanitarios)

Autores: Gwatkin DR, Bhuiya A, Victoria GG

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;364:1273-80

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: En el mundo, los que menos necesitan más reciben, como en la maldición bíblica. Las cosas pueden llegar a ser escandalosas, como demuestran los tres firmantes (de EE.UU., Bangladesh y Brasil), pues el gasto en salud en los países ricos es 100 veces el gasto en los países pobres. Y en estos últimos, el gasto lo hacen los pocos ricos. Se fijan como objetivo no tanto la cobertura universal, cuanto el aumento del acceso a programas o actividades específicas. Por ejemplo, a atención materno-infantil. Lo que piden es que los objetivos se planteen en forma de acceso y niveles de salud para los más necesitados, los más pobres.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-4.266 *Irritable bowel syndrome: management of expectations and disease*

(El síndrome de colon irritable, entre el cuerpo y el alma y los nuevos tratamientos)

Autores: Jones R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2004;54:490-1

Calificación: Bueno

Comentario: Cuando aparecen nuevos medicamentos aparecen nuevos enfermos. O, al menos, aumenta el interés de los médicos por algún tipo de pacientes. El editorialista, inglés, comenta los dos textos siguientes, y habla un poco de historia (primero se llamó colitis mucosa y luego colitis espástica) para llegar a los criterios de Roma II, que ayudan a dejar algo más claras las cosas. Habla de los medicamentos con efecto sobre receptores serotoninérgicos en colon, antagonistas si predomina la diarrea, y agonistas en caso de predominio del estreñimiento. También habla de las terapias no farmacológicas, de la hipnosis y de la dieta. En fin, un mundo de signos y síntomas que recobra interés al son que marcan los nuevos fármacos.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-4.267 *Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey*

(La prevalencia de síndrome de colon irritable, en torno al 10% en la población)

Autores: Wilson S, Roberts L, Roalfe A, Bridge P, Singh S

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2004;54:495-502

Calificación: Bueno

Comentario: El síndrome de colon irritable no es más que el nombre que damos a un conjunto de síntomas que no entendemos bien. Ahora ha aumentado el interés por dicho síndrome, a la sombra de nuevos tratamientos. En este trabajo, inglés, se encuesta por correo a una muestra de 8.386 personas, de las que responden 4.807; las que tienen síntomas de síndrome vuelven a recibir otra encuesta más detallada. El 10,5% de la muestra tiene el síndrome (7% de los varones y 14% de las mujeres). Menos de la mitad ha recibido el diagnóstico de colon irritable. Ha consultado con su médico general en los últimos seis meses el 56% y se derivó al 16%.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-4.268 *A comparison of irritable bowel syndrome patients managed in primary and secondary care: the Episode IBS study*

(Los pacientes con síndrome de colon irritable son similares en ambos niveles de atención)

Autores: Smith GD, Steinke DT, Kinnear M, Penny KI, Pathmanathan N, Penman ID

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2004;54:503-7

Calificación: Bueno

Comentario: En principio los casos que llegan a los especialistas, al nivel secundario, deberían ser más complicados o inusuales que los que atendemos los médicos generales, en Atención Primaria. Pero no siempre es así. Por ejemplo, en esta población de pacientes ingleses, captados mediante un anuncio en un periódico se entrevista por teléfono a los pacientes (486) y se demuestra un cuadro similar de gravedad. Entre los atendidos por especialistas hay más varones, y llevan más tiempo con el diagnóstico; además, han utilizado más tratamientos distintos (terapias alternativas) y tienen más impacto de la enfermedad en su vida diaria.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-4.269 *Evidence-based prescribing of antibiotics for children: role of socioeconomic status and physician characteristics*

(En Canadá se recetan menos antibióticos a los niños de clase alta)

Autores: Kozyrskyj AL, Dahl ME, Chateau DG, Mazowita GB, Klassen TP, Law BJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ* 2004;171:139-45

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los autores utilizan las facturas (con el diagnóstico) y las recetas para valorar el uso de antibióticos en infecciones víricas del aparato respiratorio, y el de antibióticos de segunda línea (caftaclor, azitromicina, claritromicina) en infecciones bacterianas. Hay receta de antibióticos en el 45% de las consultas por infecciones víricas (más los médicos generales que los pediatras, y éstos más que los especialistas). Hay receta de antibióticos de segunda línea en el 19% de los casos de infecciones bacterianas (más los especialistas que los pediatras, y éstos más que los generalistas). Se recetan menos antibióticos a los niños de clases alta.

Referencias bibliográficas: 47

Revisor: JG

S-4.270 *Effect of a topical diclofenac solution for relieving symptoms of primary osteoarthritis of the knee: a randomized controlled trial*

(La aplicación local de diclofenaco, eficaz en la artrosis de rodilla)

Autores: Bookman AAM, Williams KSA, Shainhouse JZ

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ* 2004;171:333-8

Calificación: Bueno

Comentario: Las cremas y lociones son popularísimas entre los pacientes, y siempre las piden. Muchas son inútiles, y algunas peligrosas, pero pueden valer la pena en casos concretos. En este ensayo clínico canadiense se estudia el efecto de una loción de diclofenaco en la artrosis de rodilla con 248 pacientes durante cuatro semanas. Comparan el efecto sobre el dolor, la movilidad y la hinchazón. Demuestran que los niveles en sangre son 125 veces menor que con la administración oral, y que los pacientes mejoran en todos los parámetros; con pocos efectos adversos (abandonan el tratamiento el 6%). Así pues, un parche eficaz para cuatro semanas.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-4.271 *Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review*

(El manejo de casos aumenta la satisfacción de los pacientes)

Autores: Ofman JJ, Badamgarav E, Henning JM, Knight K, Gano AD, Levan RK, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2004;117:182-92

Calificación: Bueno

Comentario: Cada vez que se inventa algo nuevo, todo el mundo intenta verlo como algo mágico capaz de resolver todo. Los autores, con financiación de la industria farmacéutica, hacen una revisión de casi 17.000 trabajos publicados sobre "manejo de casos". Seleccionan 102 ensayos clínicos que

se refieren a 11 situaciones crónicas. Hay disparidad de manejos de casos, desde educación a seguimiento del paciente, y a equipos multidisciplinarios. Lo que mejora es la satisfacción del paciente, y también el cumplimiento de la medicación. Respecto a resultados y costes, hay poco. Lo más útil, en la depresión.

Referencias bibliográficas: 121

Revisor: JG

S-4.272 *Effects of treatment recommendations and specialist intervention on care provided by primary care physicians to patients with myocardial infarction or heart failure*

(La participación de un cardiólogo ayuda a cumplir las recomendaciones científicas)

Autores: Guadagnoli E, Normand SLT, DiSalvo TG, Palmer RH, McNeil BJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2004;117:371-9

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los pacientes con infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca pueden beneficiarse de medidas muy concretas en su tratamiento, de eficacia probada. Para mejorar la introducción de estas medidas, los autores envían una larga carta personalizada al médico de primaria de los pacientes a los que dan de alta en el hospital, con normas y su fun-

damento y bibliografía (a la mitad de los 509 con infarto y los 323 con insuficiencia cardíaca). Al cabo de seis meses no se demuestra ningún impacto del envío de las normas, excepto cuando en el seguimiento del paciente hay un cardiólogo, además del médico de primaria.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-4.273 *The future of continuing medical education*

(La formación continua, algo con poca base científica)

Autores: *Alguire PC*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2004;116:791-5

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Siempre que identificamos un problema tendemos a ver un componente educativo en su solución. Por ello, gran parte de los problemas sanitarios se quieren resolver con la educación de los médicos y de los pacientes. Demasiadas expectativas, según analiza el autor. A los médicos nos gusta aprender más sobre lo que ya sabemos mucho. La mayoría de los métodos didácticos no tienen impacto alguno sobre el trabajo del médico ni sobre la salud del paciente. Lo que se necesita es premiar a quien aprende y cambia su forma de trabajo práctico, con consecuencias positivas para la salud del paciente.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG