

S-3.986 *The effects of tai chi on health outcomes in patients with chronic conditions*

La práctica del tai chi se asocia a mejoras físicas y psicológicas en enfermedades crónicas tipo artrosis y cardiovasculares

Autores: Wang CW, Collet JP, Lau J

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2004;164:493-501

Calificación: Bueno

Comentario: El tai chi parece una actividad beneficiosa, según los 47 estudios revisados por los autores. Localizaron 64 artículos en chino y en inglés, pero hubo que eliminar a 17 por duplicación (traducciones del chino al inglés). De los 47, nueve son ensayos clínicos aleatorizados. El respirar profundo diafrágmatico y el ejercicio suave y coordinado típicos del tai chi se asocian a mejor control de la hipertensión, menor dolor en la artrosis, mejor respuesta cardiovascular, y mejora psicológica en general. Sobre todo, hay mejoría en la marcha en los ancianos y menos caídas. Así pues, parece, un tipo de ejercicio recomendable.

Referencias bibliográficas: 60

Revisor: MPF

S-3.987 *Evaluation of cardiovascular event rates with hormone therapy in healthy, early postmenopausal women*

Uso corto de hormonas en el climaterio

Autores: Lobo RA

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2004;164:482-4

Calificación: Informativo

Comentario: Hay dos ensayos clínicos con mujeres sanas tras la menopausia (media de edad 53 años) en los que los complementos de hormonas no se asocian a mayor mortalidad cardiovascular, a corto plazo. El autor, insiste en la tesis de que es bueno utilizar las hormonas durante un año, para aliviar los síntomas climatéricos. Ambos ensayos clínicos cortos estuvieron patrocinados por los laboratorio Wyeth, y sólo se encontró un ligero aumento del embolismo pulmonar. En total se trabajó con 4.065 mujeres sanas durante un año. Se buscan nichos en los que poder obtener resultados beneficiosos, pero lo lógico es no emplear ningún tratamiento en ninguna mujer sana, pues el climaterio es otra fase más de la vida. Así no se corren riesgos innecesarios.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MPF

S-3.988 *Controversias y realidades del tratamiento hormonal sustitutivo preventivo de la osteoporosis en la postmenopausia*

Autores: Aranz F, Andreu L

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Clin Esp 2004;204:101-2

Calificación: Bueno

Comentario: Los beneficios de las hormonas no compensan sus riesgos, según concluyen los autores. Revisan el problema de las fracturas por osteoporosis en las mujeres climatéricas, sobre todo de cadera, radio y aplastamientos vertebrales. Sólo estudian la respuesta a medicamentos. Los riesgos de las hormonas son múltiples, desde aumento de eventos cardiovasculares a aumento de cáncer de mama. Fue evidente el efecto beneficioso sobre las fracturas, pero su impacto era muy pequeño en términos absolutos en los ensayos clínicos aleatorizados, menor de lo esperado según los estudios observacionales.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: MPF

S-3.989 *“Iceland Inc”? On the ethics of commercial population genomics*

El Gran Hermano habita en Islandia

Autores: Merz JF, McGee GE, Sankar P

Revista/Año/Vol./Págs.: Soc Science Med 2004;58:1201-9

Calificación: Excelente

Comentario: La compañía de genética gringa, de CODE Genetics, financió la estancia en Islandia de los autores para estudiar *in situ* la situación creada por el acuerdo entre el Gobierno islandés y la citada empresa. Se suman tres bases de datos, de las que tiene el uso exclusivo de CODE: una base central de datos médicos (con 300 profesionales para condensar los datos de todas las historias clínicas de los 270.000 habitantes de la isla, de los últimos 15 años), una base de datos de ADN, y otra de la genealogía. Lo peor es que muchas de las cosas prometidas y aprobadas según Ley se cambian en la práctica.

Referencias bibliográficas: 72

Revisor: MPF

S-3.990 *Manolo Vázquez Montalbán, «que estás en los cielos»*

Autores: Cirera LL

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2004;18(1):72-5

Calificación: Informativo

Comentario: Carta *in memoriam* a Manuel Vázquez Montalbán, que falleció recientemente por cardiopatía isquémica en un aeropuerto internacional. El hecho de comentarla aquí es porque recuerda algunas cosas interesantes de su visión sobre la salud y la enfermedad: la supeditación alienante que se establece en la relación médico-paciente por la limitación física y/o mental de este último, la expropiación médica de la salud, la conveniencia de un conocimiento más participativo y corresponsabilizador, la crítica a la inculcación de información por los medios, sin control por parte del receptor. Descanse en paz.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MARL

S-3.991 *El proceso de decisión médica aplicado a la sedación terminal. Análisis ético*

Autores: Azulay A.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2004;122(9):345-8.

Calificación: Excelente

Comentario: Del 16% al 52% de los pacientes oncológicos atendidos en unidades especializadas fallecen bajo los efectos de la sedación, sabiendo que se va a precipitar la muerte a un enfermo en situación terminal con un sufrimiento intenso y persistente. Aun actuando en el marco de una praxis correcta, se trata en realidad de eutanasia activa y el autor de este artículo apuesta por reconocerlo, exigiendo que cumpla dos requisitos: aplicación por profesionales expertos tras una exhaustiva deliberación y contar con el consentimiento informado del enfermo (actual o previo) o de la familia cuando corresponda. En el artículo se reflexiona lúcidamente sobre esta importante actuación.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: MARL

S-3.992 *El médico ante la evaluación económica*

Autores: Rodríguez Artalejo F

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2004;122(10):377-8

Calificación: Bueno

Comentario: Los aspectos económicos cada vez tienen más importancia en las decisiones clínicas (y no digamos en las de los gestores). En este editorial se presenta una serie de 6 artículos sobre evaluación económica de las intervenciones sanitarias (EEIS) (resultados y costes) que se publicarán próximamente en la revista, encaminados a ayudar a la toma de decisiones clínicas eficientes, en libertad. El autor opina que la EEIS sólo se impondrá por necesidad, debido a las limitaciones financieras. Ojalá esta serie contribuya a una utilización más adecuada de los recursos sanitarios y a un mejor entendimiento entre gestores y clínicos.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: MARL

S-3.993 *Novedades sobre las potencialidades terapéuticas del cannabis y el sistema cannabinoides*

Autores: Duran M, Laporte JR, Capellá D.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2004;122(10):390-8

Calificación: Bueno

Comentario: Amplia revisión de las peculiaridades del cannabis, sus efectos farmacológicos, y del sistema cannabinoides. El cannabis parece ser útil en el tratamiento de las náuseas y vómitos que provoca la quimioterapia antineoplásica, del dolor, de la espasticidad y otros síntomas de la esclerosis múltiple y en algunas alteraciones del movimiento (por ejemplo tics), pero aún falta evidencia de su uso oral, sublingual, rectal o transdérmico para éstas u otras indicaciones. El debate no sólo es médico, sino también ideológico, político y económico.

Referencias bibliográficas: 110

Revisor: MARL

S-3.994 *Antidepressants and adverse effects in young patients*

¿Cómo se ha llegado a emplear antidepresivos en niños y adolescentes?

Autores: Herxheimer A, Mintzes B.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2004; 170:487-9

Calificación: Excelente

Comentario: ¿Somos criminales los médicos clínicos? Lo parece, al menos, si utilizamos olanzapina y risperidona en ancianos, inhibidores de la recaptación de serotonina en niños, cerivastatina en general, etc. Pero los editorialistas dejan claro que no somos más criminales que las agencias que aprueban la comercialización de los medicamentos. Los ensayos clínicos no sirven (son necesarios, no suficientes). La industria no es transparente. Y la "tarjeta amarilla" debe promoverse y modificarse. Y, sobre todo, hay que oír a los pacientes. ¿Hasta cuándo habrá muertes por consecuencia de la actividad innecesaria del sistema sanitario?

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-3.995 *Facing the evidence: antidepressant treatment in children and adolescents.*

La manipulación en la publicación de ensayos clínicos

Autores: Garland EJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2004; 170:489-91

Calificación: Informativo

Comentario: Hay cosas que suceden porque nos falta gallardía (en el buen sentido de la palabra). Gallardía para no "cristalizar" situaciones fisiológicas y convertirlas en enfermedades crónicas. El editorialista admite sin arrepentimiento que firmó un contrato que le impedía decir (aunque lo sabía) que no se habían publicado tres grandes ensayos clínicos con inhibidores de la recaptación de la serotonina que demostraban que eran inútiles en niños y adolescentes (y doblan la tasa de suicidios) ¡En fin! Además, la tasa de curación con el placebo es del 40%-60%.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-3.996 *Adenoidectomy versus chemoprophylaxis and placebo for recurrent acute otitis media in children aged under 2 years: randomised controlled trial*

La adenectomía, inútil para prevenir la recurrencia de las otitis agudas

Autores: Koivunen P, Uhari M, Luotonen J, Kristo A, Raski R, Pokka T, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004; 328:487-90

Calificación: Muy bueno

Comentario: Ya no se quitan las amígdalas, pero se siguen quitando las adenoides. Dicen que así se previene la infección respiratoria alta, especialmente la otitis media aguda recurrente. Los autores, finlandeses, hacen un ensayo clínico con 180 niños de 10 a 24 meses. Los 60 operados de adenoides no mejoran en nada comparado con los niños del grupo placebo (ni en número de episodios de otitis media aguda, ni en visitas al médico, ni en prescripción de antibióticos, ni en síntomas de infección respiratoria aguda- según un diario de salud). Está claro que la adenectomía es inútil (otra cosa más).

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-3.997 *Effect of low dose ramipril on cardiovascular and renal outcomes in patients with type 2 diabetes and raised excretion of urinary albumin: randomised, double blind, placebo controlled trial (the DIABHYCAR Study)*

El ramipril disminuye la tensión y la albuminuria pero no mejora la salud de los diabéticos

Autores: Marre M, Lievre M, Chatellier G, Mann JFE, Passa P, Ménard J, DIABHYCAR Study Investigators.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004; 328:495-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: Por lo poco que conocemos de la historia natural de la microalbuminuria en diabéticos no hay mucho que deducir de su evolución espontánea ni de la intervención médica. Los autores presentan los resultados del DIABHYCAR un ensayo clínico que será poco citado, pues demuestra la inutilidad del uso del ramipril en dosis bajas, en diabéticos con proteinuria. El ramipril baja la tensión y disminuye la albuminuria, pero no tiene efecto alguno sobre las muertes cardiovasculares, infartos de miocardio, ictus, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal. Está hecho con 4.912 pacientes de médicos generales de 16 países (España incluida).

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-3.998 "Drink plenty of fluida": a systematic review of evidence for this recommendation in acute respiratory infections

"Beba mucho líquido", una recomendación absurda y peligrosa en las infecciones respiratorias

Autores: Guppy MPB, DelMar CB

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004; 328:499-500

Calificación: Excelente

Comentario: En una reunión de la REAP realizada en Cáceres en 2002, se analizaron los tratamientos no farmacológicos (el libro se ha publicado en 2004). Entre ellos lo de "beba líquidos en abundancia" cuando el paciente tiene una infección respiratoria. Se demostró que era inútil o peligroso. Lo mismo demuestran los autores, australianos, de este sintético y excelente artículo. Revisan la cuestión y dejan claro que hay riesgo de producir hiponatremia, y síntomatología por la misma. El problema es que la infección conlleva secreción de hormona antidiurética, con lo que la ingesta de líquido provoca dilución extrema (pues no se excreta).

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-3.999 Effect of statin treatment for familial hypercholesterolemia on life assurance: results of consecutive surveys in 1990 and 2002

Las compañías aseguradoras y la hipercolesterinemia familiar

Autores: Neil HAW, Hammond T, Mant D, Humphries SE.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004; 328:500-1

Calificación: Bueno

Comentario: Lo de la genética avanza lenta pero inexorablemente. Nos guían el Reino Unido y EE.UU., dispuestos a hacer negocio con cualquier cosa. Por ejemplo, introduciendo el perfil genético para calcular las primas de los seguros. En el Reino Unido se han parado, por ahora, pero los autores estudian la respuesta de 24 aseguradoras con un problema concreto. Ponen el ejemplo de un varón de 30 años, con hipercolesterinemia familiar, no fumador, cuyo padre murió de infarto de miocardio a los 45 años. Las aseguradoras valoran bien el riesgo al hacer un seguro de vida, y calculan el efecto adecuado del tratamiento hipolipidemiante.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-4.000 Graded activity for low back pain in occupational health care. A randomized, controlled trial.

La rehabilitación disminuye la duración de las bajas por dolor lumbar, pero no el dolor; tampoco mejora el estado funcional

Autores: Bart J, Hlobil H, Twisk JWR, Smid T, Kóbe AJA, Mechelen W.
Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2004; 140:77-84

Calificación: Muy bueno

Comentario: El dolor de espalda inespecífico es una plaga más que se medicaliza y lleva a la invalidez (real, pero injustificada). Hay que intentar que los pacientes con dolor de espalda vuelvan al trabajo cuanto antes (una vez descartada la infección, o fractura, o cáncer). Los autores, holandeses, trabajan con 134 empleados de KLM, la compañía aérea, de baja por dolor de espalda. Los 67 sometidos a fisioterapia y rehabilitación (dos sesiones de una hora por semana un máximo de tres meses) tienen menos tiempo de baja (58 contra 87 días). Hay también ligera mejoría del dolor y del estado funcional, pero sin ser significativo.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-4.001 Can we pull the plug on warfarine in atrial fibrillation?

Las alternativas a la warfarina y el acemocumarol como anticoagulantes

Autores: Verheugt FWA.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2004; 362:1686-9

Calificación: Bueno

Comentario: La determinación de INR, y el estrecho margen terapéutico de los anticoagulantes complican su utilización en clínica. Por eso hay mucho interés en la búsqueda de anticoagulantes alternativos a los que inhiben la acción hepática de la vitamina K. El autor, holandes, comenta en este editorial el ensayo clínico publicado en el artículo siguiente (S-4.002), y hace consideraciones varias sobre otros anticoagulantes. Por ejemplo, idraparinix, inhibidor del factor Xa que puede administrarse en inyección una vez por semana.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-4.002 Stroke prevention with the oral direct thrombin inhibitor ximelagatran compared with warfarin in patients with non-valvular atrial fibrillation (SPORTIF-III): randomised controlled trial

El xilegastran es tan eficaz como la warfarina, y sin control del INR

Autores: Executive Steering Committee on behalf of the SPORTIF III Investigators.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2004; 362:1691-8

Calificación: Bueno

Comentario: La fibrilación auricular conlleva estancamiento de la sangre y formación de coágulos en la aurícula. De ahí el beneficioso empleo de anticoagulantes, que así disminuyen las embolias consiguientes. Empleamos acenocumarol y warfarina, que antagonizan la vitamina K y disminuyen el 62% la incidencia de ictus (y multiplican por 8 las hemorragias intracraneales). En este ensayo clínico se demuestra el beneficio del inhibidor directo de la trombina, xilegastran (36 mg, 2 veces al día) sin tener que medir el INR.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

S-4.003 *Malaria vaccine development*

El desarrollo de vacunas para el paludismo

Autores: Moorthy VS, Good MF, Hill AVS.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2004; 363:150-6

Calificación: Bueno

Comentario: Aquí, en el mundo desarrollado, lo que interesa es definir cada vez más refinadamente la enfermedad para que, por ejemplo, toda la población sea hipertensa y diabética. Mientras, cada minuto mueren dos niños africanos de paludismo, una "enfermedad de verdad". Los autores revisan un problema que mata entre 2 y 3 millones de personas anualmente, especialmente en lo que se refiere al desarrollo de vacunas. Analizan el ciclo humano del *Plasmodium falciparum* y las oportunidades de vacunación. Se está trabajando sobre todo con fragmentos de ADN del parásito, que se insertan en plásmido o en virus atenuados.

Referencias bibliográficas: 81

Revisor: JG

S-4.004 *Effect of procalcitonin-guided treatment on antibiotic use and outcome in lower respiratory tract infections: cluster-randomised, single-blinded intervention trial.*

La determinación de procalcitonina ayuda al uso racional de los antibióticos

Autores: Christ-Crain M, Jaccard D, Bingisser R, Gencay MM, Huber PR, Tamm M et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2004; 363:600-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: En la EPOC hay sobreinfecciones, y lo fácil es prescribir antibióticos para resolverlas, pero sólo se beneficia la cuarta parte de los afectados. ¿Cómo localizar al 25% en que es útil el uso de antibióticos? Los autores, suizos, determinan los niveles de pro-calcitonina en 243 pacientes, y le dan los resultados a los médicos de 124 elegidos al azar. Puesto que la infección bacteriana es más probable cuando los niveles de pro-calcitonina son mayores de 0,06 ng/l, los médicos tienen una ayuda adicional, El riesgo de prescribir antibióticos disminuyen al 50%.

Referencias bibliográficas: 38

Revisor: JG

S-4.005 *Conocimientos de las mujeres menopáusicas respecto a la terapia hormonal sustitutiva*

Autores: Ruiz I, Bermejo MJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2004; 18:32-7

Calificación: Bueno

Comentario: Las pobres mujeres son carne de cañón para tocólogos y ginecólogos. Así les va. Por ejemplo, con la terapia hormonal en el climaterio ("los parches"), una brutalidad tan inútil y peligrosa como "la citología". Ahora ha cambiado la moda, y las autoras, granadinas, encuestan telefónicamente a 371 mujeres de La Chana (Granada). Descubren, claro, que casi ninguna sabe nada sobre los riesgos de la dichosa terapia, y que lo saben por los medios de comunicación y no por los profesionales.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-4.006 *Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC)*

Autores: Orozco D, Pedrera V, Gil V, Prieto I, Ribera MC, Martínez P.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria 2004;33:69-77

Calificación: Muy bueno

Comentario: En las consultas perdemos mucho el tiempo. Sobre todo por el maldito diseño de recetas y bajas, verdadero cáncer de la Medicina General en España. Los autores, alicantinos, estudian 2.051 entrevistas (con 3.008 motivos de consultas) que clasifica un observador externo presente en la misma (un residente de Medicina de Familia). Cuando hubo un solo motivo de consulta el 48% de los encuentros fue puramente administrativo. La media de tiempo fue de 5,38 minutos, y cada médico atendió una media de 51 entrevistas al día.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-4.007 *Análisis de la incapacidad temporal en una consulta de Atención Primaria*

Autores: Herranz E.

Revista/Año/Vol./Págs.: Salud Rural 2004; 21 (1):35-40

Calificación: Bueno

Comentario: Las bajas laborales parece que no repercuten en el gasto sanitario, pero tienen un gran peso (el mayor, tras derivaciones a los especialistas y al hospital). En este trabajo valenciano se analiza la incapacidad temporal a lo largo de 8 años (1994-2002), en un cupo de Medicina General de 2.400 pacientes. Hubo 2.250 bajas, con una duración media de 38 días. Las principales causas de días de trabajo perdidos fueron las enfermedades osteoarticulares (dolor lumbar, y demás), las lesiones (fracturas, heridas, esguinces, etc) y los trastornos mentales (básicamente, depresión).

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-4.008 *Efecto de la forma de presentación de los resultados en los ensayos clínicos en la intención de prescripción en Atención Primaria. Un ensayo clínico cruzado en Ourense*

Autores: Palmeiro G, Casado I, Vázquez LA, Díaz G.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública 2004; 78:27-40

Calificación: Muy bueno

Comentario: Soy de los convencidos de la influencia del formato del mensaje en su impacto en la mente. Pero los autores llegan a distinta conclusión. El diseño del estudio es bonito, con el coordinador del centro de salud como intermediario, que consiguió la participación de casi el 55% (en un grupo) y el 69%, en el otro (ambos de médicos). A cada grupo se le pidió la opinión sobre recetar o no, en base a los riesgos, en doble tanda, separada por 3 semanas. No hubo diferencias. Parece que la forma de presentación de los resultados puede ser poco relevante.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: JG

S-4.009 *¿A partir de qué valores somos hipertensos?*

Autores: Martínez Pérez SR.

Revista/Año/Vol./Págs.: Bol SEFAC 2004; 3 (1):11-2

Calificación: Excelente

Comentario: Lamentablemente hay médicos generales que piensan que los farmacéuticos de oficina de farmacia (farmacéuticos comunitarios o generales) son puros comerciantes. Grave error. El autor, farmacéutico granadino, escribe un

cortísimo y sustancioso texto acerca de la locura de la definición de hipertensión, que ha convertido en hipertenso al 90% de los habitantes de la Tierra. Dentro de muy poco, con la misma tendencia, sólo se librarán los muertos. Desde luego, es un buen método para lograr que haya que medicar a la mayoría de la población. Medicar, citar, recitar, someter a análisis, electrocardiogramas y demás. Todo un despropósito, sin ninguna duda. ¿Pre-hipertensión >120/80 mmHg? Absurdo, si no criminal.

Referencias bibliográficas: 2

Revisor: JG

S-4.010 *Are gatekeeper requirements associated with cancer screening utilization?*

La función de filtro del médico general mejora el cribaje contra el cáncer, en EE.UU.

Autores: Phillips KA, Haas JS, Liang SY, Baker LC, Tye S et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: HSR 2004; 39:153-78

Calificación: Muy bueno

Comentario: La función de filtro del médico de cabecera es esencial para que se apliquen los procedimientos necesarios a los pacientes que obtendrán beneficio (con mayor probabilidad) del contacto con los especialistas. En EE.UU., sin embargo, el filtro se ve sólo como racionamiento. En este trabajo se emplean varias bases de datos de utilización de servicios y se demuestra que la función de filtro se asocia a mayor frecuencia de medidas preventivas del cáncer en la mujer (mamografía, citología) y menor frecuencia de determinación del PSA en varones, como debe ser. En EE.UU. eso dice mucho a favor de la función de filtro.

Referencias bibliográficas:

Revisor: JG

S-4.011 *Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative*

Una propuesta para la publicación de artículos sobre la precisión de pruebas diagnosticadas

Autores: Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwing LM, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2004;21:4-10

Calificación: Bueno

Comentario: Cuando se describe una nueva prueba para el diagnóstico de una enfermedad siempre se queda uno con la duda de si realmente sirve para algo. Puede ser historia clínica, exploración física o resultado de pruebas diagnósticas (análisis, radiología, anatomía patológica y demás); en general hay poca calidad. Los autores, con dirección holandesa, pero del mundo entero, hacen en esta texto una propuesta a seguir, en la línea de la Iniciativa Cochrane, cuando se publican resultados sobre nuevos métodos diagnósticos. Tiene un diagrama de flujo y 25 componentes (desde el título a la discusión).

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-4.012 *Laparoscopic cholecystectomy in a rural family practice: the Vivian, LA, experience*

La eficaz labor de un médico de familia como cirujano

Autores: Haynes JH, Guha SC, Taylor SG.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Fam Pract 2004; 53:205-8

Calificación: Muy bueno

Comentario: Una discusión interesante, no resuelta, es cuán general debería ser la Medicina General. En este trabajo, en un pueblecito de Louisiana (EEUU), se presentan los resultados de

108 colecistectomías laparoscópicas realizadas por un médico de familia entre 1992 y 2001. No hubo muertos; 2 casos pasaron a colecistectomía abierta; la estancia postquirúrgica en el hospital comunitario fue de 14 horas; la intervención duró 130 minutos de media; no hubo infecciones. Es decir, los resultados son los mejores posibles. Si es necesario, ¿por qué no?

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-4.013 *Advanced procedures in family medicine: the cutting edge or the lunatic fringe?*

Necesitamos ofrecer servicios diagnósticos y terapéuticos en Medicina General o de Familia

Autores: MacMillan W, Hahn RG, Deutchman M.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Fam Pract 2004; 53:209-12

Calificación: Bueno

Comentario: Lo que hacemos los médicos generales depende de lo que queremos hacer, de lo que la sociedad espera, y de lo que nos dejan hacer los especialistas. Los autores comentan el artículo previo (S 4012) y al hilo hace una excelente discusión de si vamos a ser sólo derivadores y prescriptores, o si vamos a ofrecer servicios diagnósticos y terapéuticos a nuestros pacientes. Lo malo es la oposición franca y clara de los especialistas, que quieren tener el monopolio de cosas incluso sencillas (por ejemplo, ligadura de trompas laparoscópica).

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-4.014 *The confidentiality of patient and physician information in pharmacy prescription records*

Sobre la confidencialidad de la receta electrónica

Autores: Zoutman DE, Ford BD, Bassili AR.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2004; 170:815-6

Calificación: Excelente

Comentario: La protección de los datos de prescripción es algo que choca siempre con muchos intereses creados. En este editorial se comentan los problemas en Canadá, donde los farmacéuticos pasan información, por ejemplo, sobre los perfiles de prescripción de los médicos (ello permite un trabajo específico de la industria sobre los mismos). Lo curioso es que no esté prohibido en todo Canadá, sólo en algunas provincias (Saskatchewan, Manitoba y Nueva Escocia). La cuestión es importante en España, donde está claro que no se puede vender información con identificación del paciente, pero no tan claro con identificación del médico.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-4.015 *Unregulated private markets for health care in Canada? Rules of professional misconduct, physician kickbacks and physician self-referral*

Se necesitan normas contra la dicotomía

Autores: Choudhry S, Choudhry NK, Brown AD.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2004; 170:1115-8

Calificación: Excelente

Comentario: En el mercado sanitario privado sucede de todo (como en el sector público), y hay algunas cosas feas, como la dicotomía y la derivación interesada. En este trabajo se encuestan a los gobiernos de las distintas provincias canadienses y se descubre una gran manga ancha. Los autores revisan la tolerancia respecto a los centros diagnósticos (análisis, radiología, y otros) y terapéuticos (rehabilitación y demás) especialmente cuando son

de propiedad del médico que deriva. Lo que sugieren, claro, es prohibición absoluta de dicotomía y derivación “comprometida” (también para profesionales que no sean médicos)

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-4.016 *Self-referral and kickbacks: fiduciary law and the regulation of “trafficking in patients”*

La dicotomía y la derivación interesada, en la privada, en Canadá

Autores: Litman M.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2004; 170:1119-20

Calificación: Bueno

Comentario: Cuando los médicos trafican con pacientes pueden no hacer daño, pero se enriquecen. Trafican con pacientes, como dice el autor al comentar el artículo previo (S 4015) cuando se los derivan entre sí innecesariamente, o a cambio de un cierto pago (dicotomía), o cuando derivan a centros diagnósticos y terapéuticos con el mismo interés. Lo que se rompe en estos casos es la confianza en que el médico actúa en beneficio del paciente, su “garantía fiduciaria”. No basta que el paciente sepa de esos lazos, sino que deben prohibirse y controlarse, sin más.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-4.017 *A comparison of the National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS) measurement approach with direct observation of outpatient visits*

No es lo mismo lo que se dice que se hace, que lo que hace (en la consulta)

Autores: Gilchrist VG, Stange KC, Flocke SA, McCord G, Bourguet CC.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care 2004; 42:276-80

Calificación: Muy bueno

Comentario: Muchas encuestas aceptan como cierto lo que decimos los médicos. Por ejemplo, la NAMCS gringa, en la que el médico registra distintos eventos durante la consulta. Los autores comparan lo que registra el médico en el formulario de la encuesta con lo que registra una enfermera como observadora en la misma. En general los médicos no registran muchas cosas que hacen, como pedir radiografías o aconsejar sobre el alcohol. Sobre la duración de las visitas, los médicos tienden a verlas más largas.

Referencias bibliográficas: 57

Revisor: JG

S-4.018 *Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2*

Se trata de controlar la diabetes, no a los diabéticos

Autores: Broom D, Whittaker A

Revista/Año/Vol./Págs.: Soc Science Med 2004;58:2371-82

Calificación: Muy bueno

Comentario: Cuando se entrevista a diabéticos tipo 2 se descubre que muchos sienten que se han convertido en niños o en irresponsables, como a los 119 adultos de este trabajo australiano. La cuestión es que la búsqueda del control de la diabetes lleva cada vez más a definir niveles “imposibles” de glucemia, y cuando no se logran se transfiere la responsabilidad a los diabéticos. Con todo ello se plantean graves problemas morales, añadidos a los que se sufren, por ejemplo, con los síntomas de hipoglucemia o el estigma que conlleva el inyectarse la insulina.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: MPF

S-4.019 *Open-access versus bookable appointment systems: survey of patients attending appointments with general practitioners*

Con cita o sin cita, dos sistemas compatibles de acceso al médico general

Autores: Pascoe SW, Neal RD, Allgar VL

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2004;54:367-9

Calificación: Bueno

Comentario: Hay pacientes con prisas que están encantados con un sistema sin cita, y los hay que prefieren ver a su médico, aunque tengan que pedir cita, en torno al 40% en ambos casos. El estudio se hizo en un centro de salud inglés, con ocho médicos, y 12.500 pacientes. Se partió de 1.150 entrevistas cara a cara, y se comparó el resultado de la encuesta de 490 pacientes sin cita contra la de 660 pacientes con cita. No hubo grandes diferencias, pues cada grupo sabía lo que buscaba. La proporción de consultas con el médico que preferían fue del 17 (sin cita) contra el 49% (con cita). Lo dicho, hay hueco para compatibilizar ambos sistemas de cita, y ser flexible.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: MPF

S-4.020 *Systemic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care*

La innovación en la provisión de servicios no tiene fundamento científico

Autores: Chapman JL, Zechel A, Carter YH, Abbott S

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2004;54:374-81

Calificación: Muy bueno

Comentario: El Gobierno inglés se ha propuesto como meta el mejorar el acceso a la provisión de servicios, con siete innovaciones que se examinan en este texto. La conclusión es que no hay fundamento científico ni para defender lo que existe, ni para justificar la innovación. Algunas medidas pueden contribuir a la desigualdad, como las consultas por teléfono, que utiliza la clase media para cosas menores, pero que no utilizan los que carecen de teléfono, tiene problemas de idioma o incapacidades al respecto. Parece que las enfermeras y farmacéuticos pueden dar atención segura para trastornos menores.

Referencias bibliográficas: 53

Revisor: MPF

S-4.021 *The epidemiology of prescribing errors. The potential impact of computerized prescriber order entry*

Los errores en la prescripción, prevenibles en un 64% con sistemas de ayuda informáticos

Autores: Bobb A, Gleason K, Husch M, Feinglass J, Yarnold AR, Noskin GA

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2004;164:785-92

Calificación: Bueno

Comentario: Los errores son frecuentes si se buscan, como se demuestra en este estudio, de registro y análisis de todas las prescripciones durante una semana en un hospital de 700 camas, en Chicago, EE.UU. Se hicieron 17.808 prescripciones (incluyó urgencias), y los farmacéuticos encontraron 1.111 errores (6,2%) en 475 pacientes. Los errores fueron más frecuentes al ingreso, y se refirieron a medicación anti-infecciosa. En un 31% fueron clínicamente relevantes. En gran parte (64%) hubieran sido prevenibles con un sistema informático de ayuda a la prescripción. Entre los errores graves se podrían evitar hasta el 43%.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: MPF

S-4.022 Utilidad clínica del doppler transcraneal en el diagnóstico de muerte encefálica

Autores: Fages E, Tembl JI, Fortea G, López P, Lago A, Vicente JL, Vilchez JJ

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2004;122(11):407-12

Calificación: Bueno

Comentario: El diagnóstico de muerte encefálica no siempre es fácil, en especial en pacientes neurocríticos que han recibido depresores del sistema nervioso central, o con traumatismos craneoencefálicos o inestabilidad cardiorrespiratoria. Con el doppler transcraneal puede demostrarse el cese del flujo cerebral efectivo en las arterias cerebrales y diagnosticar la muerte encefálica de forma rápida, barata e incruenta, como se demuestra en este estudio, en especial en pacientes en coma de causa desconocida, tóxicos o depresores. Además, puede contribuir a incrementar la donación de órganos en buen estado.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: MARL

S-4.023 Gestión de los valores en la relación clínica: de la ideología a la práctica

Autores: Merino J

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2004;122(11):438

Calificación: Informativo

Comentario: Carta de un médico de Atención Primaria del centro de Salud de Pozoblanco, abordando algunos aspectos de la relación médico-paciente. Se señala la imposibilidad de proponer un modelo asistencial único; no podemos aplicar el mismo estilo relacional con todos los pacientes. Si satisfacemos las expectativas del paciente no hay conflictos, pero esto no siempre es posible, teniendo que aplicar prioritariamente los principios de no maleficencia y justicia y posteriormente los de beneficencia y autonomía. Tenemos que saber integrar los principios de la ética médica, el modelo biopsicosocial y la mayor evidencia científica. Lo que no siempre es fácil.

Referencias bibliográficas: 3

Revisor: MARL

S-4.024 Déficit de yodo y función tiroidea en una población de mujeres embarazadas sanas

Autores: Domínguez I, Reviriego S, Rojo G, Valdés MJ, Carrasco R, Coronas I et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2004;122(2):449-53

Calificación: Bueno

Comentario: El yodo, entre otras cosas, es necesario para el adecuado desarrollo del cerebro, lo que tiene lugar principalmente en la fase intrauterina e infancia. En este trabajo, realizado en Málaga, se observa una insuficiente ingesta de yodo en el embarazo, que provoca un aumento tiroideo en el 2º y 3º trimestre, y una disminución de la tiroxinemia en el último trimestre. Por tanto, es recomendable el consumo de sal yodada en toda la población española, en especial en las embarazadas.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: MARL

S-4.025 Osteoporosis ¿se repite la historia?

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: El ojo de Markov 2004;3:1-2

Calificación: Bueno

Comentario: El "Ojo de Markov" es una hoja de noticias y observaciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de

Castilla y León. En este número se repasa el tema de la osteoporosis, comentando el uso poco justificado de calcitonina en los 80, los parches (THS) en los 90 y ahora los bifosfonatos. Se recuerda que andar 4 horas a la semana es útil y barato a la hora de prevenir fracturas en mujeres postmenopáusicas. La información de la "administración" con frecuencia se contradice con la de la industria, pudiendo generar bastante incomprendición e incertidumbre a la hora de tomar decisiones (¿quién, cómo y por qué se autoriza la comercialización y financiación de fármacos que luego se dice que aportan poco o nada y son más caros?).

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: MARL

S-4.026 Assessment of genetic testing and related counseling services: current research and future directions

El consejo genético, ciencia y arte

Autores: Wang C, González R, Merajver SD.

Revista/Año/Vol./Págs.: Soc Science Med 2004; 58:1427-42

Calificación: Muy bueno

Comentario: Se nos viene encima el tener que aconsejar a los pacientes acerca de probabilidades genéticas. y, como casi siempre, nos veremos en manos de los especialistas que nos enseñarán "desinteresadamente" (como, por ejemplo, respecto a la hipertensión y el colesterol). Los autores hacen una revisión a fondo del problema y dan claves muy interesantes. Por ejemplo, que no es lo mismo respecto a la enfermedad de Huntington que respecto al cáncer de mama (depende de los falsos negativos; penetrancia; detección previa en otro familiar; etc).

Referencias bibliográficas: 128

Revisor: JG

S-4.027 The medicalization of compulsive buying

La compra compulsiva no es una enfermedad

Autores: Lee S, Mysyk A.

Revista/Año/Vol./Págs.: Soc Science Med 2004; 58:1709-18

Calificación: Bueno

Comentario: Tendemos a medicalizar todo. Por un lado, así uno relega en otro el problema. Y además, el otro hace negocio. Los autores, canadienses, dejan clara la cuestión al tratar el problema del comprador compulsivo. No es lo mismo que lo consideremos una variante de la normalidad (desde el usual comprador al comprador excesivo), que lo interpretemos como un trastorno obsesivo (que merece tratamiento médico). Consideran, y estoy de acuerdo, que es más un problema social que médico. El vacío existencial o social se rellena de cosas que se compran.

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: JG

S-4.028 Prediction of survival: a comparison between two subjective health measures in an elderly population

El estado subjetivo de salud, gran predictor de mortalidad

Autores: Barm-Epel O, Shemy G, Carmel S.

Revista/Año/Vol./Págs.: Soc Science Med 2004; 58:2035-43

Calificación: Bueno

Comentario: La percepción de la salud es un importante predictor de la mortalidad. Pero se puede preguntar de muy distintas maneras, en absoluto o respecto a su grupo de edad/sexo. Los autores prueban el valor predictivo comparado de la doble percepción (en absoluto y para su edad) en 1.994 pacientes de una edad media de 70 años. El valor predictivo es similar según

ambas preguntas en los varones (seguidos respecto a mortalidad durante 7 años). En las mujeres es mejor la pregunta global, pero tiene menor valor predictivo.

Referencias bibliográficas: 56

Revisor: JG

S-4.029 Inequities in access to medical care in five countries: findings the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey

El Servicio Nacional de Salud inglés logra el acceso sin clases

Autores: Schoen C, Doty MM.

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Policy 2004; 67:309-22

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los estudios de comparaciones internacionales siempre dejan un poco de escepticismo, por las grandes disparidades básicas. En este trabajo se comparan cinco países que comparten al menos el inglés (Australia, EE.UU., Nueva Zelanda y Reino Unido) en una encuesta telefónica a adultos. En la comparación destaca el Reino Unido por su logro en eliminar barreras económicas (las clases altas y bajas casi no se diferencian) y EE.UU. por todo lo contrario. Naturalmente la encuesta deja claro que es en este último país donde se quiere una reforma a fondo por más encuestados.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-4.030 Treatment of Parkinson's disease with pergolide and relation to restrictive valvular heart disease

El pergolide provoca fibrosis

Autores: Camp GV, Flamed A, Cosyns B, Weytjens C, Muyldermaans L, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2004; 363:1179-83

Calificación: Bueno

Comentario: No hay nada sin inconvenientes. Los medicamentos tienen ventajas e inconvenientes, como todo. Lo importante es saberlo, para valorarlos. Por ejemplo, en este trabajo belga se revisan los efectos del pergolide sobre las válvulas cardíacas (causa fibrosis y estenosis). El pergolide es derivado de la ergotamina y produce fibrosis retroperitoneal y pericardiaca, además. Encontraron 26 (33%) pacientes afectados entre los 78 parkinsonianos tratados con pergolide; y ninguno afectado entre los 18 nunca tratados con pergolide.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-4.031 Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data

Los antidepresivos aumentan los suicidios en niños y adolescentes

Autores: Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrell D, Cotgrove A, Boddington E.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2004; 363:1341-5

Calificación: Excelente

Comentario: Según las ventas de neurolépticos (anti-psicóticos) y antidepresivos, la población mundial debe ser enferma mental. Desde los ancianos con demencia a los niños tímidos, todos reciben medicación psiquiátrica. Con ventajas y riesgos. Los autores, ingleses, comparan los resultados publicados de ensayos clínicos con antidepresivos en niños (inhibidores de la recaptación de la serotonina) y demuestran que los resultados publicados son muy buenos comparados con los no publicados. Sólo se libra la fluoxetina. El riesgo es el suicidio. Vale la pena, pues, pensarse lo de usar antidepresivos en los menores de 18 años.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-4.032 Lessening the diagnostic uncertainty in patients with suspected pulmonary embolism

Buen diagnóstico de embolia pulmonar con el dímero D

Autores: Hull RD, Ghali WA, Pineo GF

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med 2004; 116:352-3

Calificación: Bueno

Comentario: El embolismo pulmonar es una plaga que se nos escapa muchas veces. Ahora ha aumentado el interés, con "el síndrome de la clase turista", en los aviones. Los autores comentan en este editorial el trabajo publicado en el mismo número sobre la mejora del diagnóstico de embolia pulmonar. Lo primero es sospecharlo, claro. Luego, determinar el dímero D (por el método rápido, ELISA). Y si da positivo, la tomografía axial computarizada pulmonar helicoidal (tras una ecografía de extremidades inferiores). Si el dímero D da negativo (por este método) la probabilidad es nula.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-4.033 Ética y práctica del diagnóstico y de la terapéutica genética

Autores: Pérez Fernández M.

Revista/Año/Vol./Págs.: Terapias no farmacológicas en Atención Primaria. Palomo L, Pastor Sánchez R (coordinadores). Barcelona: Prous Science (Fundación Esteve);2004, págs. 53-60

Calificación: Excelente

Comentario: La genética nos acecha y se materializa cuando un paciente tiene un familiar con hemocromatosis, o con un cáncer de mama, por ejemplo. ¿Qué hacer? Este capítulo contiene una información amplia y exhaustiva que puede servir para la introducción a este complejo campo de la genética (diagnóstico y terapéutico). La autora, madrileña, pide serenidad y buen uso del nuevo conocimiento, menos entusiasmo desmedido, y control para que no lleve a un darwinismo social y una eugenesia nazi. Pedidos del libro a fundacion@esteve.org

Referencias bibliográficas: libro

Revisor: JG