

S-3.794 *National use of postmenopausal hormone therapy. Annual trends and response to recent evidence*

(Corregir es de sabios: no a las hormonas en la menopausia en EE.UU.)

Autores: Hersh AL, Stefanick ML, Stafford RS
Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2004;291:47-53
Calificación: Muy bueno

Comentario: Los autores se preguntan si los médicos han sido sensibles a la publicación de los resultados del ensayo clínico HERTS (S-3.122) que demostró sin lugar a dudas la peligrosidad de los estrógenos en la menopausia. Para contestar a la pregunta siguen la evolución de las prescripciones en EE.UU., que aumentaron de 58 millones en 1995 a 90 millones en 1999, se estabilizaron, y después de la publicación de los resultados finales en mayo de 2002 han empezado a disminuir (en alguna presentación hasta un 66%). Si las cosas siguen así, en 2003 el total volverá a ser como en 1995. Aunque tarde, más vale cambiar una práctica perjudicial que insistir en ella.

Referencias bibliográficas: 33
Revisor: MPF

S-3.795 *The complex world of prescribing behavior*

(La compleja decisión de prescribir y la cultura terapéutica actual)

Autores: Naylor CD
Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2004;291:104-6
Calificación: Excelente

Comentario: El editoralista comenta el artículo previo (S-3.794) y otro publicado en el mismo número S-3.814 en los que se trata del influjo de los resultados de grandes ensayos clínicos en la prescripción del médico. Hay toda una cultura terapéutica de la sociedad actual, de fe en la ciencia y de esperanza en la tecnología que lleva a que médicos y pacientes "esperen" tratamientos que eviten enfermedades, sufrimientos y muertes. Todo ello muy ridículo, pues se medicaliza, por ejemplo, la menopausia, pero no se utilizan las tiazidas en la hipertensión, ni la espironolactona en la insuficiencia cardíaca.

Referencias bibliográficas: 22
Revisor: MPF

S-3.796 *Enthusiasm for cancer screening in the United States*

(Los gringos creen en el cribaje del cáncer)

Autores: Schwart LM, Woloshin S, Fowler FJ, Welch HG
Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2004;291:71-8
Calificación: Muy bueno

Comentario: Este trabajo resume los resultados de una encuesta telefónica en EE.UU., a mujeres y varones, respectivamente,

mayores de 40 y de 50 años. Los gringos están locos, pues el 73% de los encuestados preferiría que le hicieran una tomografía axial computarizada (TAC) de todo el cuerpo (algo que está de moda en EE.UU., "para diagnosticar el cáncer") a recibir 1.000 dólares en mano. Además, el 98% de aquellos que han tenido un falso positivo en el cribaje del cáncer está encantado con el dichoso cribaje, pese al error. Muchos creen que los cribajes son útiles, incluso en ancianos (al 41% le parece mal que una anciana de 80 años no se haga una mamografía de cribaje).

Referencias bibliográficas: 30
Revisor: MPF

S-3.797 *Family perspective on end-of-life care at the last place of care*

(No es fácil morir con dignidad)

Autores: Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R, et al
Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2004;291:88-93
Calificación: Bueno

Comentario: Cada vez la gente muere más en hospitales, "residencias" y centros de terminales, lo que lleva a los autores a preguntarse por la calidad de la muerte en los distintos lugares. Toman una muestra de 1.578 gringos muertos de enfermedad crónica, representativa de los casi dos millones de muertos en 2000, y entrevistan a los familiares por teléfono. Ocurrió en una institución el 67% de las muertes. Los familiares piensan que fue mejor todo cuando ocurrió en casa con atención de personal de terminales. Hubo quejas sobre mal control del dolor y de la disnea, por dificultosa comunicación con el médico, por falta de ayuda emocional e incluso falta de respeto como paciente terminal (esto más en las "residencias").

Referencias bibliográficas: 21
Revisor: MPF

S-3798 *Factores de riesgo cardiovascular en el sobrepeso y la obesidad. Variaciones tras tratamiento de pérdida ponderal*

Autores: Bautista I, Molina J, Montoya JA, Serra L
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003;121(13):485-91
Calificación: Bueno

Comentario: La obesidad se asocia a un aumento de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Y aunque el tratamiento de la obesidad tendente a conseguir el peso ideal es bastante frustrante, este artículo es muy positivo en lo que se refiere a la mejora de los FRCV, aún con escasa pérdida ponderal. En pacientes con hipertensión arterial (HTA), aumento de glucemia, colesterol total, colesterol ligado a lipoproteína de baja densidad (c-LDL), y/o triglicéridos, aún con pérdidas de peso de menos del 5%, se observan mejoras significativas en los parámetros alterados. Así que, seamos optimistas en el tratamiento de

los obesos con FRCV: aunque no adelgacen mucho, con bajar algunos kilos mejorarán globalmente de su salud.

Referencias bibliográficas: 48

Revisor: MARL

S-3.799 *Pérdida de peso en un paciente con obesidad mórbida en tratamiento con oleoil-estrona*

Autores: Alemany M, Fernández JA, Petrobelli A, Granada M, Foz M, Remesar X

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(13):496-9

Calificación: Bueno

Comentario: Lo más destacable de este artículo es que se refiere al primer tratamiento de prueba en un paciente con obesidad, con un preparado que se ha mostrado útil en animales, y que el paciente tratado ¡es uno de los autores del trabajo! La oleoil estrona administrada vía oral produce una pérdida de grasa corporal, sin afectar la masa proteica. En el caso presentado, con varios ciclos de tratamiento, se consiguió una disminución de 38,5 kg en 27 meses, sin restricciones dietéticas adicionales. Habrá que ver si se demuestra su utilidad y seguridad en más casos.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-3.800 *Comparación de la función de Framingham original y la calibrada del REGICOR en la predicción del riesgo coronario poblacional*

Autores: Ramos R, Solanas P, Cerdón F, Rohlfis I, Elosua R, Sala J, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(14):521-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: El cálculo del riesgo de presentar enfermedad coronaria (y de su posible tratamiento preventivo) se basa principalmente en la función de Framingham (fF), desarrollada con poblaciones de mayor riesgo que la española. Adaptando esta herramienta a nuestro medio (población de Girona), como se ha hecho con la función calibrada de Framingham-REGICOR (fcFR), se comprueba que el riesgo es bastante menor que el calculado con la fF ¿En cuántos pacientes habremos pensado y/o advertido y/o tratado de un riesgo coronario elevado sin que realmente lo tuvieran? Como ejemplo, se señala que utilizando la fF deberían recibir tratamiento hipolipidemiante el 14,5% de los participantes en el estudio y con la fcFR el 4,4%. ¡Menuda diferencia! (de preocupaciones, costes, etc.).

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: MARL

S-3.801 *Uso clínico de las estatinas y objetivos terapéuticos en relación con el riesgo cardiovascular*

Autores: Gómez A, Rodilla E, Albert A, García L, González C, Pascual JM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003; 121(14):527-31

Calificación: Bueno

Comentario: El uso de estatinas ha supuesto un importante avance en el control de las hiperlipidemias, y por tanto en la enfermedad cardiovascular. Pero a veces se usan mal, tanto por defecto como por exceso. Según los resultados de este trabajo,

sólo el 58% de los pacientes tratados con estatinas conseguirían los objetivos terapéuticos de la NCEP-ATP III referente a cifras de colesterol ligado a lipoproteína de baja densidad (c-LDL). Pero lo peor, el objetivo se consigue en la mayoría de personas con bajo riesgo y en cambio, en las de riesgo alto se logra sólo en el 26% (y un 41% ni siquiera recibían estatinas). Deberíamos atender mejor a las personas de alto riesgo, y no dedicar tantos esfuerzos ni gastos a los de bajo.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: MARL

S-3.802 *General practitioners and their role in maternity care*

(El embarazo y el parto como un peligro que justifica el papel de los tocólogos)

Autores: Wieggers TA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy* 2003;66:51-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: A mis pacientes recién embarazadas les insisto en que el embarazo y el parto es como la digestión: un proceso fisiológico que comienza con placer y termina con la expulsión de un producto final. Es decir, se trata de algo natural y sano que no necesita médicos. El autor, holandés de NIVEL, hace una revisión internacional y demuestra que el embarazo y el parto se han medicalizado y que así lo que se logra es que la mujer caiga en las garras de los especialistas que le hacen de todo, y poco bueno o útil. Al menos en Canadá, EE.UU., Australia y Nueva Zelanda los médicos generales pintan algo.

Referencias bibliográficas: 44

Revisor: JG

S-3.803 *Service production and contract choice in primary physician services*

(Al pasar de salario a pago por acto se trabaja más)

Autores: Sorensen RJ, Grytten J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy* 2003;66:73-93

Calificación: Excelente

Comentario: La forma de pago al médico tiene gran influencia en su forma de trabajo, al menos en teoría. En Noruega desde el 1 de junio de 2001 se ha cambiado el sistema de pago a todos los médicos generales; han desaparecido los salarios, y se paga por acto (un 70%) y por capitación (un 30%). El autor estudia el comportamiento de los médicos de las poblaciones en que se hizo el estudio piloto y demuestra que los médicos trabajan más al pasar del salario al pago por acto (más horas y más contenido pagable, con menos derivaciones a los especialistas). La producción de servicios puede llegar a aumentar un 40%.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: JG

S-3.804 *How to minimize inappropriate utilization of Accident and Emergency Departments: improving the validity of classifying the general practice cases amongst the A&E attendees*

(El beneficioso cribaje por enfermeras de los pacientes que acuden a urgencias)

Autores: Lee A, Hazlett CB, Chow S, Lau F, Kam C, Wong P, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy* 2003;66:159-68

Calificación: Excelente

Comentario: Las urgencias hospitalarias están a rebosar, y el pronóstico de utilización es a infinito. Los autores, chinos de Hong Kong, hacen un estudio muy bonito y comparan el cribaje de las enfermeras que tienen los hospitales en urgencias (para seleccionar emergencias, y derivar al médico general, en los dos extremos) con el autocribaje de pacientes que llegan a urgencias que responden a cuatro simples preguntas (por ejemplo: "¿puede esperar 30 minutos?"). Las enfermeras lo hacen muy bien, como se ve al analizar los casos estudiados a las tres semanas de la decisión, y lo podrían hacer mejor con mejora del método de cribaje.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

S-3.805 *Effect of firmness of mattress on chronic non-specific low back pain: randomised, double-blind, controlled, multicentre trial*

(Para el dolor de espalda crónico, colchón de dureza media)

Autores: Kovacs FM, Abaira V, Peña A, Martín-Rodríguez JG, Sánchez-Vera M, Ferrer E, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2003;362:1599-604

Calificación: Muy bueno

Comentario: Solemos recomendar a los pacientes un montón de cosas de dudosa o nula eficacia, desde beber agua en el cólico renal a guardar reposo en el esguince de tobillo. También dormir en cama dura cuando el paciente tiene dolor de espalda. Los autores, españoles, utilizan colchones Flex para llevar a cabo un ensayo clínico. Los de dureza 2,3 (en una escala de 1 a 10, siendo 1 los más duros) dan peor resultado a los 90 días de uso que los de tipo medio (5,6). Trabajaron con 313 adultos con dolor crónico de espalda inespecífico.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

S-3.806 *Viral hepatitis C*

(Revisión de la hepatitis C, una epidemia mundial)

Autores: Poynard T, Yven MF, Ratzin V, Lai CL

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2003;362:2095-100

Calificación: Bueno

Comentario: Muchos pacientes tienen hepatitis C por transfusiones (antes de que se analizara la sangre al respecto), por prácticas sexuales de riesgo o por utilizar jeringuillas compartidas con drogadictos. Pero en la mayoría de los casos no hay causa. ¿Qué hacer? Los autores, franceses, revisan a fondo la cuestión y dejan claro que lo importante es diagnosticar, seguir y tratar a los pacientes. Con el tratamiento con interferón y ribavirina llega a erradicarse el virus en más del 50% de los pacientes. Vale la pena si el final previsto es la cirrosis, la hemorragia digestiva o el hepatocarcinoma.

Referencias bibliográficas: 75

Revisor: JG

S-3.807 *A 50-year-old man with hepatitis C and cirrhosis needing liver transplantation*

(El trasplante como última solución del paciente con hepatitis C complicada)

Autores: Hanto DW

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2003;290:3238-46

Calificación: Muy bueno

Comentario: La enfermedad tiene repercusión en los pacientes, obvio pero muy olvidado. Por eso son tan interesantes los casos clínicos "en la encrucijada" de JAMA, en los que se oye primero al médico de cabecera, luego al propio paciente y luego al especialista. En este caso se trata de un varón con 20 años de evolución de hepatitis C, cirrosis y varices esofágicas, en lista de espera para un trasplante. El especialista hace una revisión muy interesante de la situación, en general y con respecto a la situación del paciente.

Referencias bibliográficas: 71

Revisor: JG

S-3.808 *Assessing inequalities in maternal mortality*

(Necesitamos nuevas ideas y nuevos métodos, no nuevos datos)

Autores: Gwatkin DR

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

Calificación: Bueno

Comentario: Hay millones de datos disponibles que sólo se transforman en información cuando alguien inteligente los analiza. Por eso el autor de este editorial, del Banco Mundial, da importancia al trabajo que sigue (S-3.809) que permite demostrar que incluso en los países pobres hay grandes diferencias en salud (en Indonesia la mortalidad materna es casi cuatro veces mayor entre las pobres cuando se comparan con las ricas). Necesitamos nuevas ideas de métodos, nuevas formas de sacar el jugo a los datos que ya tenemos. Todo lo demás es sólo repetir y no avanzar.

Referencias bibliográficas: 2

Revisor: JG

S-3.809 *The familiar technique for linking maternal death with poverty*

(A más pobreza, más mortalidad materna [incluso en los países pobres])

Autores: Graham WJ, Fitzmaurice AE, Bell JS, Cairns JA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;363:23-7

Calificación: Excelente

Comentario: Ser pobre es tremendo, no ya por la pobreza en sí (las carencias materiales) sino por todo lo que lleva asociado respecto a vida y muerte. Los autores, escoceses, utilizan datos libres en Internet, de salud en 11 países pobres (de Burkina Faso a Tanzania) para estudiar la mortalidad materna en el parto. Cruzan datos sobre símbolos de riqueza (radio, coche, cuarto de baño, etc.) con datos sobre partos y mortalidad de hermanas de los encuestados. Queda claro: a más pobreza más mortalidad materna.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-3.810 *Impact of separating drug prescribing and dispensing on provider behaviour: Taiwan's experience*

(Cuando el médico que prescribe no dispensa los medicamentos, los gastos en medicamentos disminuyen)

Autores: Chou YJ, Yip WC, Lee CH, Huang N, Sun YP, Chang HJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy Planning* 2003;18:316-29

Calificación: Excelente

Comentario: Los sistemas sanitarios pueden tener características chocantes. Por ejemplo, en Japón y Taiwán (y otros países asiáticos) el médico prescribe y dispensa los medicamentos. Gana con ello hasta la mitad del coste total de los medicamentos. Los autores estudian un experimento en Taiwán, en el que se prohibió en dos localidades que los médicos dispensasen los medicamentos. Al comparar el gasto con otras dos localidades sin tal política se demuestra una disminución del gasto farmacéutico, pero sin variación del gasto sanitario total.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-3.811 *Privatization in the health care system of Croatia: effects on general practice accessibility*

(La competencia de la capitación aumenta la accesibilidad de los pacientes de médicos generales)

Autores: Hebrang A, Henigsberg N, Erdeljac V, Foro S, Vidjak V, Graga A, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy Planning* 2003;18:421-8

Calificación: Excelente

Comentario: Muchas veces los mejores experimentos son los "naturales", los que suceden con independencia de la voluntad de los investigadores. En este caso los autores, croatas, aprovechan la privatización de la Medicina General en Croacia, entre 1997 y 2000, y estudian los cambios en la accesibilidad. Cuando un médico general se independiza del Centro de Salud y contrata por sí mismo, pasa a cobrar por capitación, y tiende a ser más flexible acerca de horas de trabajo, citas a horas convenientes para el paciente, y consejo telefónico cuando ha cerrado la consulta.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-3.812 *Efecto de la disponibilidad de una UVI móvil medicalizada en los ingresos hospitalarios tras una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria*

Autores: Álvarez M, Cambroner JA, Nevado E, Trascasa M, Fuente EM, Sánchez M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Clin Esp* 2003;203:517-20

Calificación: Buena

Comentario: La apariencia engaña, ¡qué duda cabe! Por eso está bien enfrentarse a los hechos. En este caso, al éxito de la reanimación cardiopulmonar en Alcalá de Henares, por médicos intensivistas. Comparan 39 pacientes antes de implantar una UVI medicalizada (1988-1993) con 64 tras tener la dichos a UVI (1994-1998). Aumenta el número de ingresos, pero también el de muertos en cuidados intensivos tras tener la UVI móvil. También aumentaron las secuelas: de un tercio a dos tercios de los pacientes con encefalopatía anóxica grave. ¡Y piden otra UVI móvil como conclusión!

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-3.813 *Pobre evolución de la mortalidad por parada cardíaca en España*

Autores: Álvarez JA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Clin Esp* 2003;203:517-20

Calificación: Informativo

Comentario: A veces la crítica de un artículo aporta luz; otras veces ciega. En este editorial, de un canario, se comenta el trabajo alcaláino previo (S-3.812), y se olvida por completo del resultado horrible que han presentado los intensivistas de Alcalá de Henares (dos tercios de los pacientes dados de alta vivos con gravísimas secuelas encefálicas). Todo se reduce a decir que lo hacen bien, que logran un 10% de supervivencia y que hay que hacer más. Hay que hacer más, pero no de lo mismo.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

S-3.814 *Impact of clinical trial results on national trends of α -blocker prescribing, 1996-2002*

(Los malos resultados de la doxazosina logran disminuir su prescripción)

Autores: Stafford RS, Furberg CD, Finkelstein SN, Cockburn IM, Alegh T, Ma J

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2004;291:54-62

Calificación: Muy buena

Comentario: Sabemos poco acerca de las circunstancias que influyen en la decisión de prescribir de un médico ante un paciente en una situación concreta. Los autores, gringos, aprovechan la publicación en JAMA de los resultados del ensayo ALLHAJ, que obligaron a suspender el seguimiento de la doxazosina como antihipertensivo (aumentaba la mortalidad, por comparación con la clortalidona). Comparan las prescripciones de doxazosina nuevas (bajaron un 26% de 2000 hasta 2002), dispensaciones en farmacia (bajaron un 22%), y uso declarado por una muestra de médicos (bajó el 54%). No aumentó la prescripción de clortalidona.

Referencias bibliográficas: 35

Revisor: JG

S-3.815 *Transmisible spongiform encephalopathies*

(Las encefalopatías espongiformes transmisibles)

Autores: Collins SJ, Lawson VA, Marters LL

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;363:51-61

Calificación: Muy buena

Comentario: Sabemos poco de los priones y de las enfermedades que provocan. Por eso es interesante este trabajo, australiano, en el que se hace una revisión a fondo de las encefalopatías espongiformes transmisibles. Estas enfermedades son similares a, por ejemplo, la enfermedad de Parkinson y de Alzheimer en cuanto se deben a la acumulación neuronal de proteínas tóxicas. Lo que caracteriza al kuru, Creutzfeldt-Jakob y otras como la hipersomnia familiar fatal es su infectividad. Y más cuando se estudian en detalle y se demuestran las barreras de especie y las anomalías de alimentación que se asocian a su transmisión. Todo un ejemplo de los despropósitos de cierto tipo de "desarrollo y civilización".

Referencias bibliográficas: 128

Revisor: JG

S-3.816 *Troponinosis en los servicios de urgencias*

Autores: Domínguez A, García MJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Clin Esp* 2003;203:540-1

Calificación: *Excelente*

Comentario: Los médicos somos capaces de mal utilizar cualquier método diagnóstico o terapéutico. A veces por brutos, a veces por ignorantes. En este "comentario clínico" de cardiólogos canarios se define la "troponinosis" como aquel proceso diagnóstico de origen degenerativo según el cual a todo paciente que acude a un servicio de urgencias aquejado de un síndrome de dolor torácico se le solicitan determinaciones de troponina, y a poco que resulte elevada se le etiqueta de síndrome coronario agudo. Es un texto breve y precioso, de imprescindible lectura para todo clínico.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-3.817 *Neumonía grave por varicela*

Autores: Martínez JM, Gutiérrez A, Maraví E, Jiménez I

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Clin Esp* 2003;203;591-4

Calificación: *Buena*

Comentario: Entre un 10% y un 50% de los pacientes con varicela acaban con neumonía, aunque en la práctica es algo que vemos poco. Pero puede ser mortal, así que conviene andar espabilados cuando estos pacientes presentan disnea y tos entre el segundo y cuarto día después de iniciarse el exantema. Al menos estos son los síntomas de los ocho pacientes que estudian los autores, intensivistas navarros. Ningún paciente murió. La edad media fue 30 años. Hubo sólo una mujer (embarazada). Tres precisaron intubación y ventilación mecánica.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-3.818 *Health inequality and users' risk-taking: a longitudinal analysis in a French reproductive technology centre*

(El tratamiento de la infertilidad da también origen a diferencias de clase)

Autores: Tain L

Revista/Año/Vol./Págs.: *Social Science Med* 2003;57:2115-25

Calificación: *Muy buena*

Comentario: La infertilidad es algo de lo que se habla poco en nuestras consultas de médicos generales. Las parejas infértiles caen en manos de especialistas que las someten a tratos increíbles, en coste monetario y humano. A veces, incluso, logran ir a un centro público, y la historia se repite. En este trabajo francés se analiza a fondo el uso del servicio de infertilidad y de fertilización *in vitro*. Se ve que las mujeres de clase alta acuden cuando son mayores y, sobre todo, que en los primeros 15 años del servicio, cuando se implantó y experimentó la nueva técnica, lo que sobrepasó fue la clase baja.

Referencias bibliográficas: 59

Revisor: JG

S-3.819 *Drug reimbursement in Finland. A case of explicit prioritising in special categories*

(Se necesita más transparencia en la política farmacéutica)

Autores: Vuorenkoski L, Toivainen H, Hemminki E

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy* 2003;66;169-77

Calificación: *Buena*

Comentario: Es difícil mantener un coste razonable de la factura farmacéutica; y no sólo el coste, pues es también difícil mantener un uso razonable y juicioso de los medicamentos. En Finlandia intentan dar respuesta a ambos retos con la financiación selectiva de algunos medicamentos (al 75% y al 100%, según su utilidad y repercusión en el bolsillo del paciente crónico). En este trabajo se entrevista a diversos participantes en el proceso: los que deciden y asociaciones de médicos y pacientes e industria farmacéutica. La conclusión es que se necesita un sistema más transparente.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-3.820 *Measuring health in a vacuum: examining the disability weight of the DALY*

(La repercusión de la enfermedad depende de la cultura en que se mide)

Autores: Reidpath DD, Allotey PA, Kouame A, Cummins RA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy Planning* 2003;18:351-6

Calificación: *Excelente*

Comentario: Es difícil medir el grado de salud, y la salud en sí misma. Un intento es valorar el impacto de los años perdidos por mortalidad prematura al tiempo que la pérdida de años de vida sana por incapacidad. Son los "años ajustados por incapacidad", con los que se intenta obtener un índice que dé "peso de la incapacidad", que mida la repercusión de la enfermedad y el impacto de las políticas al respecto. Lo malo es, como destacan los autores, australianos, que ello se hace en un vacío, al no considerar el papel de la cultura de cada país.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: JG

S-3.821 *Viral hepatitis B*

(La hepatitis B vírica)

Autores: Lay CL, Ratziu V, Yven ME, Poynard T

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2003;362:2089-94

Calificación: *Buena*

Comentario: Las hepatitis víricas son una plaga que llega a nuestras consultas sin que haya mucho que hacer. Al menos, se puede vacunar contra la hepatitis B y controlar la sangre que se trasfunde, para evitar contagios. Queda la transmisión neonatal, el contacto estrecho con portadores/enfermos, la transmisión sexual y otras formas de contagio parenteral. Si la hepatitis B la coge un adulto la evolución es mucho mejor que si se contagia un neonato o niño. Los autores, chinos y franceses, revisan la cuestión. El 75% de los 400 millones de pacientes se encuentran en China.

Referencias bibliográficas: 67

Revisor: JG

S-3.822 *Learning from Thailand's health reform*

(La dificultad de lograr crédito para la Atención Primaria)

Autores: Twose A, Mills A, Tangcharoensathien V

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004;328:103-5

Calificación: *Buena*

Comentario: En Tailandia el sistema sanitario se centraba en los hospitales y dejaba sin atención a 18,5 millones de habitantes, por lo que se ha desarrollado una reforma en 2002 que se describe en este artículo. El objetivo es establecer un pago por capitación global y desarrollar una red de Atención Primaria. Si el paciente accede al centro de referencia que ha elegido, el coste es simbólico. Si el paciente va a otro centro, se hace cargo de los costes. Las redes previas para atender a funcionarios y a trabajadores no se han integrado. La mayor dificultad de la reforma está siendo la falta de crédito y de confianza en la Atención Primaria, y las carencias de médicos que trabajen como generalistas.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: MPF

S-3.823 *Quality standards for health care delivery and management in publicly oriented health services*

(La ética de Tavistock en la práctica de los servicios sanitarios de países en desarrollo)

Autores: Unger JP, Marchal B, Green A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Int J Health Plann Manage* 2003;18: S79-S88

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: No es fácil la aplicación práctica de los principios éticos, pero la sugerencia de los autores da en el clavo por su sencillez. Utilizan los principios de Tavistock aplicados a la sanidad de los países en desarrollo, pero tiene interés también en España. Lo importante es que la buena atención sanitaria es atención clínica personal con el objetivo de disminuir el sufrimiento, la minusvalía, la ansiedad y el riesgo de muerte prematura. Además, debería integrar la atención curativa y preventiva, por lógica y por uso racional de recursos, pues es mucho más caro mantener redes dedicadas a actividades distintas (y a enfermedades específicas).

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MPF

S-3.824 *Incidence of venous thromboembolic events among nursing home residents*

(El estar en un asilo ["residencia"] es factor de riesgo para sufrir un tromboembolismo)

Autores: Gomes JP, Shaheen WH, Truong SV, Brown EF, Beasley BW, Gajewski BJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Gen Intern Med* 2003;18:934-6

Calificación: *Bueno*

Comentario: A partir de una base de datos de 18.661 residentes en asilos ("residencias") en Kansas, EE.UU., los autores demuestran que la incidencia de tromboembolismo es de 1,3 por 100 persona-año. Los pacientes fueron seguidos una media de 233 días. Excluyeron del estudio a los que seguían tratamiento anticoagulante (cumarina y heparina). No parece una cifra muy alta; sí se sabe que la estancia en los asilos multiplica por ocho el riesgo de tromboembolismo. Lo lógico es la prevención, con aspirina, con medias de comprensión fuerte, o con ejercicios adecuados.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: MPF

S-3.825 *Ethical issues arising from a research, technology and development project to support frail older people and their family carers at home*

(La ética en un proyecto de investigación con tecnología a domicilio)

Autores: Magnusson L, Hanson EJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Social Care Community* 2003; 11:431-9

Calificación: *Excelente*

Comentario: En el proyecto ACTION se introducen recursos tecnológicos en la casa de ancianos cuidados a domicilio por sus familias. Es un proyecto internacional financiado por la Unión Europea que permite conectar la televisión del domicilio a un ordenador, y una cámara, para usarlo como vídeo teléfono que facilite el contacto con los profesionales sanitarios, y fomente el uso de la Red para lo mismo. Los suecos que dirigen el proyecto han desarrollado una gran sensibilidad e introducen las cuestiones éticas en todas las actividades, pues no deja de ser una intromisión el ir al domicilio del paciente, y el pedir su participación en un proyecto experimental, temporal.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: MPF

S-3.826 *Prevención y control de las tuberculosis importadas*

Autores: Grupo de Trabajo de los Talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(14):549-62

Calificación: *Bueno*

Comentario: La inmigración ha supuesto un aumento de casos de tuberculosis, a partir de la importación de casos, y su posterior diseminación. Para atajar el problema, en este artículo de consenso se recomienda buscar activamente los casos de tuberculosis en esta población, mediante cribado que incluya examen clínico, Rx de tórax y prueba tuberculina, enmarcado en un examen de salud a los inmigrantes. Y consecuentemente, el tratamiento adecuado de los casos, estudio de contactos, etc. Como es lógico, para ello se requieren importantes decisiones políticas, fortalecimiento de la Salud Pública, cambios socioculturales... empezando por facilitar el acceso de todos los inmigrantes al sistema sanitario (con todo lo que conllevaría).

Referencias bibliográficas: 86

Revisor: MARL

S-3.827 *Actividad física y factores de riesgo cardiovascular y metabólico en la población general*

Autores: Soriguer F, Rojo G, Esteve I, Ruiz MS, Catalá M, Merle MJ, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(15):565-9

Calificación: *Bueno*

Comentario: En una época tan medicalizada como la nuestra, nunca están de más artículos como este, en el que se refuerza la importancia del ejercicio físico para el control de los factores de riesgo cardiovascular. Máxime cuando la tendencia es a tener una menor actividad física en el medio laboral. En la población de Málaga estudiada en este trabajo, menos del 5% an-

daba diariamente al menos 30 minutos diarios (o actividad equivalente), como se considera recomendable.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: MARL

S-3.828 *Efecto clase*

Autores: Honorato J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003; 121(15):575-82.

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Existen fármacos que han demostrado su efectividad. Y con frecuencia la industria pone en el mercado principios activos con mecanismo de acción similar (de la misma "clase"), pero sin haber demostrado su efectividad. Esto ha conllevado a veces problemas, tanto de efectividad como de seguridad (por ejemplo, la cerivastatina). En este artículo se recomienda muchísima cautela con el intercambio terapéutico de fármacos de la misma clase, hasta que exista evidencia científica sólida que lo demuestre. Nuestra práctica no debe basarse en hipótesis, suposiciones ni extrapolaciones.

Referencias bibliográficas: 44

Revisor: MARL

S-3.829 *Mortalidad poblacional por infarto agudo de miocardio. Estudio IBERICA*

Autores: García J, Elosua R, Tormo MJ, Audicana C, Zurriaga O, Segura A, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(16):606-12

Calificación: *Bueno*

Comentario: Con frecuencia los datos de mortalidad por infarto agudo de miocardio (IAM) se refieren sólo a los atendidos en el hospital. Pero muchas personas con IAM fallecen antes. Este estudio se ha desarrollado en 7 comunidades autónomas españolas, sobre 10.654 pacientes con IAM, de los que fallecieron antes del mes el 37% de los varones y el 44% de las mujeres; la muerte se produjo en el 70% de casos fuera del hospital, por lo que las medidas que tendrán mayor impacto en la reducción de esta mortalidad no son hospitalarias: prevención primaria y secundaria, atención rápida y eficaz en caso de IAM (desfibrilación, maniobras de RCP), transporte adecuado y ágil.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MARL

S-3.830 *Medical nemesis* (Némesis médica)

Autores: Illich I

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:919-22

Calificación: *Excepcional*

Comentario: Me enteré de la muerte de Iván Illich (a finales de 2002) por un comentario en el *British Medical Journal* en donde se publicó su obituario. Ahora hay una revista, dirigida por un español (Álvarez Dardet) que le dedica el homenaje debido. Para ello hace varias cosas, entre otras la de reimprimir el artículo excepcional sobre "Némesis Médica" publicado en *Lancet*, en 1974. Un artículo que conmueve si el lector es médico. Define némesis médica como el poder de los médicos de sustraer

y medicalizar los sentimientos populares de dolor, sufrimiento y muerte. Todo lo que tocamos nos lo apropiamos.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-3.831 *Nemesis, Sisyphus and a contribution from the medical humanities to health research*

(Necesitamos médicos que investiguen sobre errores y excesos médicos)

Autores: Edwards RHT

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:926-7

Calificación: *Excelente*

Comentario: En los últimos años ha muerto gente como Illich, Cochrane, Donabedian, Tudor Hart, Fry y otros que ayudaron a entender nuestro trabajo de médicos generales. El autor de este excelente editorial comenta la muerte de Iván Illich y la pone en el contexto de una cultura médica que está enfermando a la sociedad. Aquello de lograr con un servicio de salud gratis el doble efecto de mejorar la salud de la población y disminuir su demanda de servicios no ha sido cierto. Todo lo contrario. ¿Intentaremos algo algún día?

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-3.832 *Iván Illich and medical nemesis*

(La Medicina tiene límites)

Autores: Bunker JP

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health* 2003;57: 928

Calificación: *Informativo*

Comentario: El problema de los profesionales médicos es el mismo que el de la educación, el transporte de masas y cualquier otra tecnología moderna que promete el cielo y el dominio del mundo, y sólo da insatisfacción y pérdida de autonomía. Sobre todo ello escribió Iván Illich, que además tomó actitudes personales en consonancia con estos discursos teóricos. Lo importante es ser más humildes y aceptar que la Medicina tiene límites, que no podemos desposeer al hombre de tanto conocimiento como ha adquirido a lo largo de la evolución.

Referencias bibliográficas: 1

Revisor: JG

S-3.833 *Does stage at diagnosis influence the observed relationship between socioeconomic status and breast cancer incidence, case-fatality and mortality?*

(Las mujeres de clase baja tienen menos cánceres de mama)

Autores: Yabroff KR, Gordis L

Revista/Año/Vol./Págs.: *Social Science Med* 2003;57:2265-79

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Las mujeres de clase alta mueren más de cáncer de mama (yo pienso que porque se le tocan menos las tetas, pero no hay ensayos clínicos al respecto, lastimosamente). En este trabajo ecológico, de gringos de la Johns Hopkins (Baltimore) se utilizan los datos de 195 provincias de EE.UU., con 20.216 casos de cáncer invasivo, y 2.526 *in situ*. Confirman que las mujeres de

clase baja tienen menos cáncer de mama (sobre todo *in situ*), pero cuando lo tienen mueren más. Algo tendrá que ver con el acceso a cuidados de especialistas, por exceso y por defecto.

Referencias bibliográficas: 82

Revisor: JG

S-3.834 *Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people*

(El médico general, la mejor ayuda si el anciano tiene problemas de salud sexual)

Autores: Gott M, Hinchliff G

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract* 2003;20:690-5

Calificación: Buena

Comentario: Lo de las edades es ridículo; hay "jóvenes" de 35, y "viejos" de 50. Y no sólo en los periódicos. Por ejemplo, en este trabajo inglés (en Sheffield, donde la película de *Full Monty*) se entrevista a ancianos de 50 a 92 años sobre sus problemas sexuales. Participan en la entrevista individual en el centro de salud 22 mujeres y 23 varones (el 25% del total invitado). Creen que la mejor fuente de información es el médico general, pero consultaron sólo siete de los 25 con problemas.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-3.835 *Childhood illness and the use of paracetamol (acetaminophen): a qualitative study of parents' management of common childhood illness*

(Los padres creen que al combatir la fiebre se mejora la enfermedad)

Autores: Lagerlov P, Helseth S, Holager T

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract* 2003;20:717-23

Calificación: Muy buena

Comentario: La fiebre es una reacción normal del organismo y sólo se ha demostrado la utilidad de bajarla en la fiebre con algunos casos de ictus. Pero los padres son instruidos para "combatir" la fiebre, como demuestra este trabajo, noruego. Se entrevista a 24 padres de niños menores de cinco años. Antes de enfermar los padres notan cambios del niño, y la fiebre les confirma el enfermar. Muchos creen que al combatir la fiebre se combate la enfermedad.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-3.836 *Health and media: an overview*

(La salud en los medios de comunicación)

Autores: Seale C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Sociology Health Illness* 2003;25:513-31

Calificación: Buena

Comentario: Los medios de difusión crean estados de opinión sociales, y muchos sectores sanitarios lo saben, y les dedican tiempo. Por eso es interesante el número entero de esta revista de Sociología, dedicado a la salud y los medios. En el editorial de presentación, el autor, inglés, hace un repaso a la cuestión general y a los artículos del número concreto. Los estudios tratan acerca de la producción de noticias y mensajes (¿de dónde vienen?, ¿quién actúa de intermediario?), de su representa-

ción (¿cómo se exponen?, ¿en qué sección?) y de su recepción (¿cómo lo entiende la audiencia?).

Referencias bibliográficas: 62

Revisor: JG

S-3.837 *The downside of Viagra: women's experiences and concerns*

(Las mujeres también tienen algo que decir del uso del sildenafil por sus maridos)

Autores: Potts A, Gavey N, Grace VM, Vares T

Revista/Año/Vol./Págs.: *Sociology Health Illness* 2003;25:697-719

Calificación: Excelente

Comentario: La impotencia se está volviendo una plaga, también respecto a publicaciones. Pero alguna es buena. Por ejemplo, este trabajo de unas neozelandesas que se interesan acerca de las opiniones, sensaciones y sentimientos de las mujeres cuyos maridos toman sildenafil. Entrevistan a fondo a 27 mujeres, y los resultados son muy interesantes. Sobre todo, casi nadie cuenta contigo. Y tras dos o tres años de sexo sin penetración te encuentras con una bestia animada por un deseo incoercible de sexo con penetración (y sexo repetido). En fin. Vale la pena leerlo.

Referencias bibliográficas: 64

Revisor: JG

S-3.838 *Ciência y humanismo. Novo paradigma da relação médico doente*

(La atención clínica en un contexto personalizado global del paciente y de su entorno)

Autores: Machado H

Revista/Año/Vol./Págs.: Coimbra: Livraria Almedina, 2003

Calificación: Excelente

Comentario: Desconocemos Portugal, y más su producción científica. Somos vecinos, y extraños. Inconcebible, pero cierto. El autor de este excelente libro es catedrático en Oporto, con experiencia amplia en Canadá y EE.UU. Ha preparado un texto precioso, sencillo y muy útil, en el que se plantean y resuelven casos clínicos con una historia global, que facilita el seguimiento del paciente. Además, el texto incluye referencias continuas a las cuestiones éticas, a la economía de la salud, y a la electrónica en el manejo de datos. Es, pues, una buena puerta para abrirse al aire fresco portugués.

Referencias bibliográficas: Libro

Revisor: JG

S-3.839 *The health of people: predicaments facing a reasoned utopia*

(Los sistemas sanitarios necesitan orientación política transparente y democrática)

Autores: Horton R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Internat J Health Services* 2003;33:543-68

Calificación: Excelente

Comentario: La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha convertido en un organismo que se cuida de sí mismo y de su principal financiador (EE.UU.). Y así vamos, con una orientación al mercado que repugna. Menos mal que hay autores de

peso, como el firmante (director del *Lancet*), que escriben y se despachan a gusto al respecto. No puede ser que sigamos estudiando y desarrollando los sistemas de salud en ausencia del entorno cultural y social, sin decisiones política explícitas y claras. De todo ello se habla, y muy bien, en este artículo.

Referencias bibliográficas: 57
Revisor: JG

S-3.840 *A practice-based intervention to enhance quality of care in the first years of life. The Healthy Steps for Young Children Program*

(El especialista en desarrollo como ayuda a la revisión del niño sano)

Autores: Minkovitz CS, Hughart N, Strobino D, Scharfstein D, Grason H, Hou W, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2003;290:3081-91

Calificación: Informativo

Comentario: La atención al niño sano, la puericultura, es una cultura natural que los mamíferos humanos hemos desarrollado con la evolución. Ahora se ha transformado en una actividad de especialistas (pediatras) sin ningún fundamento científico. Las cosas se pueden complicar, como en este ensayo clínico en el que se introduce un nuevo trabajador "especialista en desarrollo" para aconsejar sobre el desarrollo del niño, pa-

ra que no se den bofetadas a los infantes y para que las mamás puedan comentar si se sienten deprimidas.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-3.841 *Effect of ultrasound screening on the rate of first operative procedures for development hip dysplasia in Germany*

(El cribaje ecográfico de la luxación congénita de cadera es poco útil)

Autores: Kries R, Ihme N, Oberle D, Lorani A, Stark R, Altenhofen L, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2003;362:1883-7

Calificación: Bueno

Comentario: Las luxación congénita de cadera es relativamente frecuente, y se tiene el deseo de diagnosticarla y tratarla precozmente, en la idea de evitar intervenciones quirúrgicas agresivas posteriores. En Alemania se implantó un programa de cribaje con ecografía en 1997, que los autores evalúan a los cinco años. Se cribó al 90% de los niños (antes de las seis semanas). Entre los cribados hubo 64 casos de displasia que se escaparon (13%), y otros 272 (55%) se diagnosticaron. Lo peor, en el 55% de los casos operados había detección precoz.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG