



S-2.930 *Medical care expenditures under gatekeeper and point-of-services arrangements*

(El filtro de la Atención Primaria puede ser más costoso que el libre acceso al especialista)

Autores: Escarce JJ, Kapur K, Joyce GF, Vorst KAV

Revista/Año/Vol./Págs.: HSR 2001;36:1037-57

Calificación: Bueno

Comentario: Los autores comparan una misma comunidad de profesionales estadounidenses que tienen pacientes en dos planes privados, uno que da papel de filtro a la primaria, y otro que permite el libre acceso a los especialistas. Los médicos trabajan en solitario, en su mayoría. En ambos casos hay un co-pago por la visita al especialista, de unos diez dólares, que se doblan si se accede directamente, en el plan que lo permite. Al comparar, los gastos son mayores entre los pacientes cuyos médicos de primaria filtran la derivación.

Referencias bibliográficas: 34

Revisor: MPF

S-2.931 *Information that informs rather than alienates families with disabled children: developing a model of good practice*

(Se necesita más información, más clara y directa para los padres de niños con minusvalías)

Autores: Mitchell W, Sloper P

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Social Care Community 2002;10:74-81

Calificación: Bueno

Comentario: ¿Qué quieren saber los padres de niños con minusvalías? Para saberlo, en este estudio, se trabaja con 4 grupos "locales", de un total de 27 padres de niños con diversos problemas (autismo, parálisis cerebral, enfermedades congénitas cardíacas y demás). Su experiencia acerca de la información recibida es muy mala. Los padres desearían tener alguien concreto al que preguntar, una persona encargada de darles información, que identifiquen con algún profesional cercano, como enfermera o trabajador social. También quieren información escrita, la inicial muy concreta, clara y sencilla, y acceso a información más compleja y sutil.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: MPF

S-2.932 *Oral health status and its inequality among education groups: comparing seven international study sites*

(La salud oral es expresión de la cultura personal y de la organización de los servicios)

Autores: Chen MS

Revista/Año/Vol./Págs.: Int J Health Serv 2002;32:139-61

Calificación: Excelente

Comentario: El autor, utiliza los datos de una encuesta, con examen clínico, sobre salud oral en EE.UU., Japón (Yamanashi), Nueva Zelanda y Polonia (Lodz). Aceptan como mala salud oral, en adultos de 35 a 44 años, la pérdida de 5 o más piezas dentales, o la presencia de dos o más piezas cariadas sin tratar. La mejor salud oral se da en Baltimore (17% de pérdidas y 11% de caries), y la peor en Lodz (75% y 70%, respectivamente). La situación opuesta se da respecto al exceso de morbilidad; en Baltimore es de 79% (pérdidas) y 70% (caries) y en Lodz de 11% y 14%, respectivamente. Parece que la buena salud oral personal se combina con la desigualdad social.

Referencias bibliográficas: 69

Revisor: MPF

S-2.933 *The effect of physicians' training on prescribing beta-blockers for secondary prevention of myocardial infarction in the elderly*

(Los cardiólogos, los médicos jóvenes y los formados en algunas facultades concretas recetan más betabloqueantes en los pacientes ancianos con infarto)

Autores: Levy AR, Tamblyn RM, McLeod PJ, Fitchett D, Abrahamowicz M

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Epidemiol 2002;12:86-9

Calificación: Bueno

Comentario: En Québec (Canadá) también se utilizan poco los betabloqueantes en los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio, como demuestran los autores. Siguen a 14.344 pacientes de 66 y más años que han tenido un infarto, atendidos por 3.209 médicos. Toman betabloqueantes sólo un tercio de los pacientes que podrían beneficiarse de los mismos. El sexo de los médicos prescriptores no tiene importancia; sí la especialidad, a favor de los cardiólogos, y el año de graduación (mejor los que terminaron después de 1989).

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: MPF

S-2.934 *Factores determinantes en la aplicación de las órdenes de no reanimación en el ictus*

Autores: Bestué M, Ara JR, Martín J

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2002; 118 (5): 170-3

Calificación: Bueno

Comentario: El ictus es uno de los procesos con peores resultados tras una reanimación cardiopulmonar. En nuestro medio las órdenes de no reanimación (ONR) en pacientes con ictus son excepcionales y se aplican sin criterios explícitos (de inutilidad o de preferencias del paciente), como se manifiesta en este estudio realizado en Zaragoza. Para evitar situaciones inútiles e incluso indeseables, se aconseja implantar políticas hospitalarias de ONR en España.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: MARL

S-2.935 *Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío*

Autores: García-Campayo J, Sanz C

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2002; 118 (5): 187-91

Calificación: Bueno

Comentario: En España hay actualmente cerca de un millón de inmigrantes con tendencia al aumento. Uno de sus principales problemas sanitarios es el malestar psíquico, influido por el propio hecho migratorio y adaptativo. Además, es frecuente que existan dificultades en la detección y tratamiento de dicho malestar por desconocimiento o falta de preparación y sensibilización en los profesionales. Debemos estar atentos y preparados para atender este tipo de problemas a todos los niveles.

Referencias bibliográficas: 61

Revisor: MARL

S-2.936 *Problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso hospitalario*

Autores: Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (6): 205-10
Calificación: Bueno

Comentario: Los problemas relacionados con la medicación se han señalado con frecuencia como causa de ingreso hospitalario. Según este estudio, del Clinic de Barcelona, lo fueron el 12%; el 50,2% por efectos adversos (sobre todo AINE), el 46,5% por fracaso terapéutico (sobre todo incumplimiento con diuréticos) y el resto intoxicaciones. Se considera que el 68,4% de los casos podría haberse evitado (con mejor cumplimiento, profilaxis y monitorización o seguimiento adecuado de la medicación).

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: MARL

S-2.937 *Estudio coste-efectividad del tratamiento de la hipertensión arterial en Cataluña*

Autores: Plans P, Tresserras R, Navas E, Pardell H
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (6): 211-6
Calificación: Bueno

Comentario: Según los resultados de este estudio, realizado en Cataluña en 1998 con individuos hipertensos de 40 a 69 años, los fármacos más coste-efectivos en la HTA moderada/severa ($TAD \geq 105$ mmHg) fueron hidroclorotiazida y propranolol, y en la HTA ligera (95-104 mmHg) hidroclorotiazida y nifedipino. Un dato a destacar: en la HTA ligera, el coste efectividad por año de vida ganado en los hombres varía entre 1.087.700 y 6.824.600 pesetas; en las mujeres, entre 1.010.000 y 12.699.000 pesetas. La razón coste efectividad disminuye con la edad en todos los casos.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MARL

S-2.938 *Battle heats up over mammography benefits*

(Mamografías en mayores de 40 años)

Autores: Marshall E
Revista/Año/Vol./Págs.: *Science* 2002;295:124-1625
Calificación: Informativo

Comentario: Hay dudas acerca del valor del cribaje del cáncer de mama en general (y de aceptarse algo, el comienzo a los 50 años) cada dos años. Pero en EE.UU., como comenta el periodista, se ha aprobado el recomendar mamografía a partir de los 40 (consta en www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer). Lo ha recomendado el US Preventive Services Task Force. Es absurdo, pues no hay demostración científica de que compensen los perjuicios a los beneficios, que son mínimos (algo así como 4 días más de vida por mujer cribada). Como siempre, el debate científico se mezcla con los grandes intereses comerciales.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-2.939 *Listening to injured workers: how recovery expectations predict outcomes- a prospective study*

(Si un trabajador cree que se recuperará pronto, se recupera pronto de su accidente)

Autores: Cole DC, Mondloch MV, Hogg-Johnson S
Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ* 2002;166:49-54
Calificación: Muy bueno

Comentario: Las expectativas de curación son esenciales en el proceso de la atención, como no puede ser menos. Por ello los autores, canadienses, valoran el influjo de dichas expectativas en la recuperación de 1.566 trabajadores que han sufrido lesiones de órganos blandos (no fracturas). Todas las formas de valorar las expectativas de curación demuestran que al cabo del año, los trabajadores positivos al respecto están mucho mejor, con menos dolor, y con más probabilidad de seguir trabajando. Los autores sugieren seguir más estrechamente a los que tienen expectativas negativas de recuperación. Parece lógico, ¿no?

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-2.940 *Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomized trials*

(Vale la pena el seguimiento de los pacientes tras extirpar el cáncer de colon)

Autores: Renehan A, Egger M, Saunders MP, O'Dwyer S
Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2002;324:813-6
Calificación: Bueno

Comentario: A nuestros pacientes los citan y "recitan" en los hospitales, sobre todo para llenar de banalidades la sala de espera. Pero a veces aciertan los especialistas, sin darse cuenta. Por ejemplo, en el caso del seguimiento tras intervenir por cáncer colon-rectal. Los autores revisan 5 ensayos clínicos, con 1.342 pacientes, y demuestran que a los 5 años, la tasa de supervivencia es mejor en los seguidos muy intensamente, sobre todo por la detección precoz de las recurrencias, y de recurrencias aisladas locales. Parece que lo más eficaz es la TAC y el análisis del CEA. Los estudios se refieren, siempre, a 5 años de seguimiento.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-2.941 *Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures*

(El riesgo, en palabras sencillas)

Autores: Edwards A, Elwyn G, Mulley A
Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2002;324:827-30
Calificación: Bueno

Comentario: No es fácil entender el concepto de riesgo, y transformar las cifras en información útil para médicos y pacientes. En este trabajo, inglés, se hace una revisión de la cuestión, que termina con algunas recomendaciones lógicas. Por ejemplo, dar información sobre riesgo absoluto, y no sólo sobre riesgo relativo; dar datos positivos y negativos; dar probabilidades y comparar con la probabilidad de sucesos de la vida diaria; dar cifras acerca del riesgo a lo largo de años, y demás. Hay que tener en cuenta, además, que el contexto e historia familiar del paciente influye en los "miedos" y en el entendimiento de los riesgos.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

S-2.942 *Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?*

(Médicos insatisfechos: causas y soluciones)

Autores: Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2002;324:835-38

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los médicos no sólo “se queman”, sino que están a disgusto, y trabajan con desgana. En este trabajo se intenta analizar el porqué. Y los autores, ingleses, centran la respuesta en la existencia de un nuevo contrato entre la profesión médica y los pacientes, que desconocen los médicos. Por ello sugieren que los médicos participen en el diseño de objetivos y de desarrollo de las organizaciones en las que trabajen, que adquieran más habilidades de organización, y que acepten necesitar más creatividad y movilidad (geográfica y funcional). Por último, habría que participar para transmitir información acerca de los límites de la medicina, de manera que disminuyesen las expectativas de la población.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-2.943 *Screening of infants and mortality due to neuroblastoma*

(El cribaje del neuroblastoma es inútil y peligroso, en Canadá)

Autores: Woodds WG, Gao RN, Shuster JJ, Robison LL, Bernstein M, Weitzman S et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2002; 346:1041-6

Calificación: *Bueno*

Comentario: El cribaje no siempre es beneficioso. El mejor ejemplo es el neuroblastoma, que en muchos casos se cura por sí solo. Los autores, canadienses, insisten en la detección precoz, y establecen un programa de determinación de catecolaminas en orina en niños, a las tres semanas y a los 6 meses. Lo aplican a todos los recién nacidos en Quebec, durante 5 años, de 1989 a 1994, y determinan la mortalidad por neuroblastoma. Aunque parezca mentira, la mortalidad aumenta si se compara con otras regiones canadienses y estadounidenses. Con el programa se localizan casos de neuroblastomas, pero de los que evolucionan espontáneamente a la curación.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-2.944 *Neuroblastoma screening at one year of age*

(El cribaje del neuroblastoma es inútil y peligroso, en Alemania)

Autores: Schilling FH, Spix C, Berthold F, Erttmann R, Fehse N, Hero B et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2002; 346:1047-53

Calificación: *Bueno*

Comentario: El cribaje no es siempre beneficioso, como se ha demostrado en Canadá (S-2.943). En este trabajo se presentan los resultados de un programa de cribaje en Alemania, con determinación de catecolaminas en orina, en niños de un año de edad. Se hizo durante 5 años, en casi millón y medio de niños. Los resultados se compararon con la incidencia y mortalidad en otra zona de Alemania y demuestra que se diagnostican más neuroblastomas, pero que la mortalidad es la misma. Es decir, que el programa de cribaje ayuda a localizar los niños con neuroblastomas de buen pronóstico.

Referencias bibliográficas: 46

Revisor: JG

S-2.945 *The science and politics of screening newborns*

(El cribaje neonatal)

Autores: *Cunningham G*

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2002; 346:1084-5

Calificación: *Informativo*

Comentario: La decisión de implantar un programa de cribaje es cada vez más un cúmulo de despropósitos, resultado de los intereses de profesionales e industriales varios. El editorialista, salubrista de California, aprovecha los resultados de los dos trabajos previos (S-2.943, S-2.944) que demuestran cuán inútil es el cribaje del neuroblastoma, para defender los múltiples cribajes que se están implantando en EE.UU. en recién nacidos. Pronto llegaremos como con el calendario vacunal, al exceso sin sentido, aunque sea aceptando una baja tasa de detección y/o un gran número de falsos positivos.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-2.946 *Adult-to-adult transplantation of the right hepatic lobe from a living donor*

(Trasplante hepático de donante vivo)

Autores: Trotter JF, Wachs M, Everson GT, Kam I

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2002; 346:1074-82

Calificación: *Informativo*

Comentario: Hay siempre escasez de donantes de hígado, así que se está empezando a sustituir el órgano íntegro de un cadáver por el lóbulo derecho de un donante vivo. La cosa empezó en Asia, donde el trasplante de cadáver está mal visto culturalmente. En este trabajo, de revisión, se valoran las ventajas e inconvenientes de los trasplantes parciales entre vivos. Primitivamente se trasplantaba el lóbulo izquierdo y en la actualidad el derecho (el izquierdo suele ser insuficiente). En general, se pide relación familiar y donación voluntaria, pero de todo hay en la viña del Señor (ver S-2.947).

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-2.947 *The right to sell or buy a kidney: are we failing our patients?*

(La compraventa del riñón de donante vivo)

Autores: Friedlaender MM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2002; 359:971-3

Calificación: *Informativo*

Comentario: De los países pobres nos traemos de todo, desde cerebros brillantes hasta cuerpos esbeltos, desde materia prima a precio irrisorio a riñones. Sí, riñones. En este terrible artículo un israelí, jefe de una unidad de trasplantes renales, aboga por la regulación del mercado de riñones, que ahora se compran y venden sin control. El relato es espeluznante, e incluye la descripción de aviones privados cargados de “donantes” que llegan a Tel Aviv de Estonia, Bulgaria, Turquía, Georgia, Rusia y Rumanía. Al parecer en Bagdad el riñón se compra en la calle, a unos 500 \$, entre los “donantes” que se ofrecen en las esquinas de los hospitales.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-2.948 *Relationship of prenatal diagnosis and pregnancy termination to overall infant mortality in Canada*

(Muerto el perro se acabó la rabia)

Autores: Liu S, Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Sauver R, Rusen ID et al

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2002; 287:1561-7

Calificación: Bueno

Comentario: La eugenesia es una ciencia que inventaron los ingleses a finales del siglo XIX, y que desarrollaron a gran escala los alemanes en el XX. Ahora no hablamos de eugenesia, por el descrédito del abuso nazi, pero la aplicamos diligentemente. Por ejemplo, en este trabajo se analiza el descenso en la mortalidad infantil en Canadá, de 5,5 en 1997. Los autores demuestran una asociación entre la actividad de detección y terminación de embarazos (entre las 20 y 23 semanas de gestación) con anomalías congénitas, la consiguiente disminución de la mortalidad infantil por dichas anomalías, y el descenso global de la mortalidad infantil.

Referencias bibliográficas: 43

Revisor: JG

S-2.949 *A 75-year-old man with depression*

(La depresión en la ancianidad)

Autores: Kroenke K

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2002; 287:1568-76

Calificación: Muy bueno

Comentario: En estos casos clínicos de JAMA se tratan problemas tan cotidianos y difíciles como la depresión. El médico de cabecera y el paciente hablan de su problema (varón de 75 años, con depresión hace dos años, tras una intervención quirúrgica), y el consultor analiza el problema general y el caso en particular. Por ejemplo, incluye unas recomendaciones de cuándo derivar al psiquiatra que son conservadoras. Insiste, también, en distinguir depresión de duelo, tan frecuente en los ancianos al enviudar. En fin, habla del mundo complejo de la depresión en el anciano y del rol de la familia.

Referencias bibliográficas: 77

Revisor: JG

S-2.950 *Thinking about risk. Can doctors and patients talk the same language?*

(Explicación del concepto de riesgo al paciente)

Autores: Misselbrook D, Armstrong D

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2002; 19:1-2

Calificación: Muy bueno

Comentario: Ni los médicos generales ni muchos salubristas/epidemiólogos entienden bien qué es eso de pasar de riesgos grupales a riesgos individuales. Es decir, cómo pasar de los ensayos clínicos al paciente en la consulta. En pura teoría filosófica es imposible; en la práctica algo se puede hacer, como sugieren los autores de este editorial. Proponen que se hable a los pacientes con palabras, no con números, y que se atienda a su propia re-interpretación de lo dicho por el médico (los pacientes tienden a ver riesgo alto a bajo, sin casi gris). Todo un campo por explorar.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-2.951 *The development of a routine NHS data-based index of performance in general practice (NHSPPI)*

(Calidad del trabajo de médicos generales ingleses)

Autores: Heaney DJ, Walker JJ, Howe JGR, Maxwell M, Freeman GK, Berrey PNE et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2002; 19:77-84

Calificación: Bueno

Comentario: Es difícil medir la calidad, por lo que vale la pena seguir las publicaciones en que se intenta hacer algo al respecto. En este trabajo, inglés, se utilizan datos rutinarios acerca de los centros de salud (por ejemplo, prescripción de algunos medicamentos) y datos de una encuesta a pacientes de los centros estudiados con la duración de las consultas. Se utiliza la información agregada, por centro, y no se demuestra un patrón consistente de correlación entre la calidad según indicadores de rutina y según encuesta a los pacientes.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-2.952 *Liberal fortification of foods: the risks. A study relating to Finland*

(No a los alimentos enriquecidos con calcio)

Autores: Suojanen A, Raulio S, Ovaskainen ML

Revista/Año/Vol./Págs.: J Epidemiol Community Health 2002; 56:259-64

Calificación: Muy bueno

Comentario: A la población se la puede enloquecer con las recomendaciones médicas (no digamos las de los protocolos que siguen las enfermeras). Por ejemplo, con el consejo sobre el consumo de calcio. Los autores, finlandeses, utilizan datos de una encuesta sobre dieta, de 1992 en adultos de 25 a 64 años. Calculan la ingesta de calcio, según productos "naturales", y la que correspondería si tomaran productos similares enriquecidos con calcio. Entre los que ya toman mucha leche y derivados (hasta 2.315 mg por día) el añadir la fortificación llena la ingesta de calcio a niveles tóxicos (más de 2.500 mg por día).

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-2.953 *Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure*

(El seguimiento telefónico de los pacientes con insuficiencia cardíaca, por enfermeras, mejora su salud)

Autores: Riegel B, Carlson B, Kopp Z, Lepetri B, Glasser D, Unger A

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2002; 162:705-12

Calificación: Bueno

Comentario: Lo del case management es una invasión que rompe la Atención Primaria y que se justifica por la baja calidad de la misma. En ese caso se desarrolla un programa de ordenador (por Pfizer) que permite el asesoramiento telefónico de pacientes con insuficiencia cardíaca. Hacen un ensayo clínico, de 6 meses de duración, tras el alta hospitalaria, con enfermeras que llaman por teléfono una media de 17 veces (dedican casi 16 horas en total a cada paciente, si se incluyen llamadas a familiares, médicos y otros). Disminuyen las hospitalizaciones, las readmisiones y el coste.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-2.954 *Too much medicine? Almost certainly*

(Demasiada medicina)

Autores: Moymihan R, Smith R

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2002; 324:859-60

Calificación: Excelente

Comentario: Los lectores del *British* votaron porque un número se dedicara a los "excesos de la medicina", y éste es el primer editorial del mismo. Lo firman un periodista australiano y el director del *British*, y da gusto leerlo. La cuestión es que hay que aceptar la muerte, el dolor y el sufrimiento como parte de la vida, y los médicos deberíamos ayudar a nuestros pacientes a sobrellevar lo inevitable con dignidad. En su lugar nos dedicamos a "combatir" cada vez más enfermedades y factores de riesgo absurdos, con medicamentos e intervenciones más caras y peligrosas. Y así, a más gasto sanitario, más percepción social de enfermedad.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-2.955 *Health: perception versus observation. Self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading*

(A más cultura y salud más sensación de enfermedad)

Autores: Sen A

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2002; 324:860-1

Calificación: Bueno

Comentario: Los estudios de Amartya Sen sobre Kerala han hecho a este estado indio un laboratorio de la salud y la economía. En este editorial, el premio nobel de economía habla irónicamente de la buena educación en Kerala, lo que conlleva una perspectiva de vida, en un estado paupérrimo, similar a EE.UU. Pero la cultura conlleva, también, una morbilidad percibida de país culto. Y al contrario, el estado más pobre e inculto de la India es el que tiene una población que se considera más sana, aunque con una expectativa de vida cortísima.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-2.956 *Genetics and medicalisation. Genetics could drive a new wave of medicalisation if genetic test are accepted without appropriate clinical evaluation*

(El diagnóstico genético y la medicalización de la vida)

Autores: Melzer D, Zimmern R

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2002; 324:863-4

Calificación: Muy bueno

Comentario: Estamos medicalizando y atemorizando a la sociedad, haciéndola cada día más dependiente de los médicos (buen negocio, pues, aunque sea a costa de la salud pública). Los autores dedican el editorial al desastre genético que se nos viene; son ingleses, de Cambridge, pero hablan de algo que llegará a todos sitios: la transformación de sanos en enfermos con las pruebas diagnósticas genéticas. Esto, en una ciencia que habla de "penetrancia" y otras lindezas de los genes, con tal complejidad que, por ejemplo, sólo el 1% de los homocigóticos para hemocronstosis desarrollarán la enfermedad.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-2.957 *Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study*

(Los abortos no necesitan legrado)

Autores: Luise C, Jermy K, May C, Costelo G, Collins WP, Bourne TH

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2002; 324:875

Calificación: Bueno

Comentario: Los médicos holandeses tienen reglas muy claras acerca de lo que hacer ante la amenaza de aborto: nada (excepto si hay fiebre, o dolor abdominal). Ahora los ingleses, que ofrecen acceso directo a ecografías en mujeres presumiblemente embarazadas, se preguntan si se podría evitar el legrado en las que llegan con aborto incompleto. Naturalmente, el 91% de las mujeres terminan de abortar sin más intervención que el paso del tiempo, sin legrado ni ingreso. Lo que no saben los ingleses es que ni siquiera se necesita la ecografía transvaginal que preconizan para antes de no hacer nada.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-2.958 *Pharmacists scope of practice*

(El trabajo bien hecho por los farmacéuticos, una ayuda para los médicos y pacientes)

Autores: Keely JI

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2002;136:79-85

Calificación: Muy bueno

Comentario: La autora firma en nombre de dos asociaciones científicas de médicos yanquis, *American College of Physicians* y *American Society of Internal Medicine*. Hace un recorrido por el amplio campo de la actividad farmacéutica en EE.UU. e incluye varias "declaraciones", en las que las sociedades toman postura y se definen. Es algo muy alejado de la permanente calificación de intrusismo del Consejo y los Colegios españoles, pero dejará pasmado a más de un farmacéutico, por lo categórico y claro del contenido de las declaraciones.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: MPF

S-2.959 *Research should not ignore the power of elite group*

(La salud pública a través de los que mandan)

Autores: Gregory RJ

Revista/Año/Vol./Págs.: Aust N Z J Public Health 2002;26:6-7

Calificación: Bueno

Comentario: Puesto que hay una clase social, un grupo reducido de personas que gobierna el mundo, ¿por qué no implicarlo en los proyectos y estudios acerca de la salud pública? Ésta es la cuestión acerca de la que reflexiona el autor, psicólogo neozelandés, quien propone que no basta con estudiar la mala salud de tantas minorías como hay en el mundo, y que es hora de estudiar a las élites que nos gobiernan, para implicarlas en las respuestas y soluciones que necesita la salud pública. La reflexión es interesante, puesto que hasta ahora ha habido poco debate y menos reflexión acerca del rol de los poderosos en la salud de las poblaciones.

Referencias bibliográficas: 1

Revisor: MPF

S-2.960 *Eficacia de dos métodos de compresión en la aparición de hematomas post-extracciones sanguíneas*

Autores: Pedro JE, Llobera J, Bennassar M, Vera B, Álvarez J
Revista/Año/Vol./Págs.: *Enfermería Clin* 2002;12:1-5

Calificación: Bueno

Puesto que la venopunción es frecuente, conviene estar atentos a sus complicaciones. Los autores, enfermeros mallorquines, se preguntan por la frecuencia de los hematomas tras la extracción de sangre, en el hospital de Son Dureta. Demuestran, con 90 casos, que es una complicación frequentísima, puesto que aparece en el 32% de los casos, se haga la compresión como se haga, con flexión o con extensión. A continuación hacen un ensayo clínico aleatorizado y con enmascaramiento del observador y demuestran que basta la compresión mantenido 5 minutos, en flexión o extensión del antebrazo, para bajar la frecuencia al 19%.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: MPF

S-2.961 *New advances in the management of acute coronary syndromes: 4. Low molecular weight heparins*

(Las heparinas de bajo peso molecular no son mucho mejores que la heparina en la angina inestable)

Autores: Ageno W, Turpie AGG

Revista/Año/Vol./Págs.: *CAMJ* 2002 ;166 :919-24

Calificación: Bueno

Comentario: Nunca se sabe cómo hacer las cosas bien, por lo que no viene mal leer este texto, de italianos y canadienses, acerca del poder terapéutico de las heparinas de bajo peso en los cuadros isquémicos coronarios agudos. La cuestión es que en la angina inestable y en el infarto sin alteración de la Q convendría añadir a la terapéutica antitrombótica la terapéutica anticoagulante. ¿Con heparina, o con heparina fraccionada? Algunos ensayos clínicos sugieren un mejor resultado para las heparinas fraccionadas, especialmente la enoxaparina, pero un meta-análisis demostró que las diferencias son irrelevantes.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: MPF

S-2.962 *Manejo clínico de la lumbalgia inespecífica*

Autores: Kovacs F

Revista/Año/Vol./Págs.: *SEMERGEN* 2002; 28(1): 1-3

Calificación: Bueno

Comentario: La lumbalgia inespecífica es una "plaga" en la sociedad, con importantes efectos: sanitario, laboral y económico. La mayoría de estas alteraciones son irrelevantes y no se correlacionan con la existencia de dolor. En este editorial se señala lo que se ha mostrado de utilidad en el episodio agudo (AINE, miorrelajantes y mantener el mayor grado de actividad física posible) y lo que no (reposo en cama, infiltraciones, antidepresivos, acupuntura o TENS); en los casos subagudos también se han mostrado útiles la intervención neurorreflejo-terápica, el ejercicio, y programas multidisciplinarios. Se informa en: www.espalda.org.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: MARL

S-2.963 *El dolor lumbar*

Autores: Seguí M, Gervas J

Revista/Año/Vol./Págs.: *SEMERGEN* 2002; 28(1): 21-41

Calificación: Muy bueno

Comentario: Amplia revisión sobre el dolor lumbar, actualizado, práctico y desmitificador. Existe una gran variabilidad en su manejo, reflejo de la falta de consenso sobre el mismo. La mayoría evolucionan bien en el plazo de un mes, aunque factores clínicos y sobre todo psicosociales pueden cronificarlo. La realización innecesaria de pruebas contribuye a su medicalización y cronificación. Si no existen signos de alarma, se recomienda no hacerlas hasta pasado un mes. Como respuesta a algunas preguntas, se señala la inutilidad del reposo o la posibilidad de desaparición espontánea de algunas hernias.

Referencias bibliográficas: 51

Revisor: MARL

S-2.964 *Influencia del uso de inhaladores en la estimación del grado de alcoholemia mediante determinación de etanol en aire espirado.*

Autores: Ignacio JM, Ignacio JM, Almenara J, Hita C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002; 118(9): 332-4

Calificación: Bueno

Comentario: Los controles de alcoholemia, con razón, cada día son más frecuentes. A menudo se habla de las posibles interferencias de tipo médico en los mismos. En este artículo, se señala que el uso de inhaladores (de salbutamol, salmeterol, formoterol, budesonida, etc.), aun careciendo de excipiente alcohólico, producen lecturas positivas en el etilómetro. Pero estos falsos positivos se limitan sólo a los 10 primeros minutos tras su administración.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MARL

S-2.965 *Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades cardiovasculares*

Autores: García-Reyes M, López-Torres J, Ramos E, Alcarria A, Fernández C, López MA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002; 118(10): 371-5

Calificación: Bueno

Comentario: El incumplimiento terapéutico se ha señalado como la principal causa de fracaso terapéutico en los tratamientos correctamente prescritos. En este estudio, realizado en Cuenca, se observó que los pacientes cardiovasculares incumplen o abandonan más los tratamientos prescritos por los médicos de primaria, en relación con una mayor prescripción de fármacos de utilidad terapéutica baja. Otros factores relacionados con el incumplimiento son el menor coste de los medicamentos (¿se considerarían menos efectivos?), el mayor número de tomas al día y la edad inferior a 65 años. Para mejorar el cumplimiento debemos hacer prescripciones adecuadas e informar-motivar al paciente adecuadamente.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MARL

S-2.966 *Impact of the U.S. Panel on Cost-effectiveness in Health and Medicine*

(La mejora de los estudios de coste-efectividad es tarea difícil)

Autores: Phillips KA, Chen JL

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Prev Med* 2002; 22:98-105

Calificación: Bueno

Comentario: Los estudios de coste-efectividad permiten tomar decisiones políticas acerca de la prioridad de los servicios. En 1996 se publicó un libro (y tres artículos en JAMA) con recomendaciones de un grupo yanqui sobre cómo realizar y difundir estudios de coste-efectividad, con el objetivo de lograr su mejora. Los autores demuestran que los estudios que citan esos trabajos previos siguen las indicaciones, mientras que los que no los citan las ignoran; pero sólo un 28% de los que citan los trabajos siguen las tres recomendaciones básicas.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-2.967 *The early days of primary care groups: general practitioners perceptions*

(Los médicos generales ingleses muestran poco entusiasmo por la reforma)

Autores: Dowsnell G, Harrison S, Wright J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Social Care Community* 2002; 10:46-54

Calificación: Bueno

Comentario: En Inglaterra van de reforma en reforma, como si el reformar fuera el objetivo. Fue el presupuesto cerrado, es el teléfono "directo" y las casas de socorro con enfermeras. También son los "grupos de Atención Primaria". Sobre ellos entrevistaron los autores, sociólogos de Manchester, a 47 médicos generales. Hay poco entusiasmo acerca de esta reforma, pero sin llegar a la resistencia activa. Los médicos están poco al tanto de los objetivos de los grupos (mejora de calidad) que se están transformando en "juntas" y que deberían buscar el mejor uso del conjunto de recursos (derivación, servicios sociales y demás).

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-2.968 *The "doctor-customer" relationship: Hippocrates in the modern marketplace*

(Los pacientes prefieren ser tales, no clientes)

Autores: Mulhall KJ, Ahmed A, Marterson E

Revista/Año/Vol./Págs.: *Int J Health Care Q Assurance* 2002; 15:9-10

Calificación: Muy bueno

Comentario: Cuando los gerentes no saben qué hacer, cambian las palabras. Uno de los cambios más inútiles y absurdos es transformar a los pacientes en "clientes" o "usuarios". Los autores, traumatólogos irlandeses, se preguntan si esa jerga que emplean los gerentes de su hospital tiene algún sentido. Pasan un cuestionario a 100 pacientes consecutivos que acuden a urgencias por fracturas no quirúrgicas, acerca de sus preferencias y sentimientos. Son 98 los que se sienten "pacientes" y desean ser considerados como tales. Sólo dos prefieren ser considerados "clientes"; ninguno desea ser "usuario".

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-2.969 *Los protocolos de enfermería siguen los requisitos de calidad estructural. Resultados de una evaluación multicéntrica en Atención Primaria de salud*

Autores: Llor B, Saturno P, Gascón JJ, Saura J, López MJ, Sánchez M et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Enfermería Clin* 2002; 12:22-8

Calificación: Bueno

Comentario: Los protocolos cumplen un fin en sí mismos; es decir, justifican su existencia *per se*, aunque sean inútiles. Inútiles y muy defectuosos. Los autores, murcianos, analizan los 147 protocolos de enfermería elaborados (y accesibles) entre 1985 y 1993 en Murcia, según criterios de calidad estructural. El 50% no se ajusta al concepto de protocolo, y el 100% no cumple los 9 criterios de calidad marcados. Solamente dos criterios se cumplen en el 60% de los protocolos. En fin, un buen ejemplo de la calidad que ofrece la enfermería en Atención Primaria.

Referencias bibliográficas: 34

Revisor: JG

S-2.970 *Current medical therapies for patients with peripheral arterial disease: a critical review*

(La isquemia arterial cínica se combate con ramipril y clopidogrel)

Autores: Regensteiner JG, Hiatt WR

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2002; 112:49-57

Calificación: Excelente

Comentario: Se habla mucho y de variadas formas sobre tratamientos y actividades diversas para los pacientes con enfermedad arterial, central o periférica (el clásico "riesgo cardiovascular"). Los autores, de Denver hacen una cosa simple: revisan los ensayos clínicos al respecto. Para sorpresa de muchos, casi todas las recomendaciones son fruto del consenso, no de las pruebas de ensayos clínicos. Quizá, con resultados de subgrupos en estos ensayos (lo que disminuye el valor de los mismos), como utilidad del ramipril o del clopidogrel. Es consenso sólo el control estricto de la diabetes, o de los parches, la aspirina, el ejercicio físico y demás.

Referencias bibliográficas: 75

Revisor: JG

S-2.971 *Triplicate publication, not an epidemic*

(Publicación triple repetida)

Autores: Goldman L

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2002; 112:77

Calificación: Informativo

Comentario: Hay quien divide un trabajo en unidades mínimas publicables y engorda el currículum con nimiedades. Otros prefieren publicar raras veces lo mismo. En este caso se comenta la triple publicación del mismo caso de un paciente con endocarditis por *Streptococcus equinus* en revistas diversas (*Scandinavian J Infections Diseases*, *JAMA*, *American J Medicine*). El comentarista destaca el proceso que llevó a la publicación en esta misma, desde la recepción de un artículo original hasta su publicación como una simple carta, y se queja del abuso de publicar por triplicado.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-2.972 *Triage of patients with chest pain in the emergency department: comparative study of physicians' decisions*

(Los médicos predicen mal las complicaciones de un dolor precordial)

Autores: Reilly BM, Evans ATE, Schaidler JJ, Wang Y
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med 2002; 112:95-103

Calificación: Muy bueno

Comentario: No hay quien nos entienda cuando tomamos decisiones (los médicos) Al tiempo que enviamos a los sanos al infierno de las cadenas diagnósticos y terapéuticas, muchas veces dejamos a los enfermos sin hacer nada de lo necesario. Lo mismo demuestran los autores, de Chicago (EE.UU.) que comparan las respuestas de 147 médicos a 20 casos simulados de pacientes con dolor precordial. Los médicos tienden a ingresar y ver más graves a los pacientes, y hacen más ingresos, pero sus decisiones (con concordancia del azar entre ellos) cuadriplan los casos con complicaciones no atendidas, comparados con un algoritmo.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-2.973 *Navigating the Scyllan and Charybdis of chest pain management in the emergency department. Is a computer the answer?*

(Necesitamos algoritmos para valorar el dolor precordial)

Autores: Newby LK, Mark DB

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med 2002; 112:154-6

Calificación: Bueno

Comentario: Es difícil entender cómo piensan y deciden los médicos, pero todos los estudios demuestran que somos erráticamente pesimistas al considerar la posibilidad de un mal resultado. Los editorialistas comentan el artículo anterior [S-2.972] que demuestra que un algoritmo puede mejorar los resultados. Lo que aumenta es, sobre todo, la sensibilidad, la capacidad de enviar a la UVI pacientes que lo necesitan. El modelo matemático es más neutral y frío, menos pesimista. Por cierto, el grado de error de los médicos no depende ni de su formación ni de sus experiencias.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-2.974 *Family physicians' referral decisions. Results from the ASPN referral study*

(Los médicos gringos derivan, también, al 5% de sus pacientes)

Autores: Forrest C, Nutting PA, Starfield B, Schrader SV
Revista/Año/Vol./Págs.: J Fam Pract 2002; 51:215-22

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las derivaciones a los especialistas son frecuentes, caras e incómodas, por lo que resulta importante saber más acerca de las mismas. En este trabajo se estudian las derivaciones hechas por 141 médicos de familia durante 15 días consecutivos de trabajo. Vieron 34.519 pacientes, y derivaron al 5%, por múltiples problemas. En general, tres problemas de salud suelen dar lugar al 50% de las derivaciones a cada especialidad. Los autores insisten en la oportunidad docente que dan esos tres problemas por especialidad.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-2.975 *Approach to the perimenopausal patient*

(Lo mejor en las mujeres peri-menopáusicas, calmar los sofocos)

Autores: French L

Revista/Año/Vol./Págs.: J Fam Pract 2002; 51:271-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: A las pobres mujeres las vuelven locas en la perimenopausia. Ya suelen estar fastidiadas con los sofocos, los cambios de humor, las alteraciones del sueño, la disminución de la libido y la sequedad vaginal, pero además, les ponen tratamientos sin sentido (y las someten a torturas de análisis y pruebas). En este sintético texto, la autora, gringa, deja las cosas bien claras acerca de la utilidad de los parches (y los estrógenos en general) para tratar los sofocos. De lo demás, nada de nada, excepto que la terapia hormonal aumenta la incidencia de cáncer de mama (un caso más cada 167 mujeres tratadas durante 10 años).

Referencias bibliográficas: 76

Revisor: JG

S-2.976 *Effectiveness of physical activity interventions for older adults. A review*

(La recomendación de hacer ejercicio es poco útil)

Autores: Bij AK, Laurant MGH, Wensing M

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Prev Med 2002; 22:120-33

Calificación: Muy bueno

Comentario: Aconsejamos con frecuencia "hacer ejercicio" a nuestros pacientes adultos y ancianos. Y nos quedamos tan contentos; pero ¿sirve para algo? Los autores, holandeses, hacen una revisión de la literatura y su conclusión es más bien triste. El consejo, individual, en grupo, a domicilio o como sea, logra un efecto limitado en intensidad y duración acerca del incremento de la actividad física. Habría que estudiar otros métodos alternativos no sólo para iniciar el ejercicio, sino para mantener su práctica en el tiempo.

Referencias bibliográficas: 79

Revisor: JG

S-2.977 *El cribado neonatal y la colaboración entre instituciones científicas*

Autores: Comisión de Errores Metabólicos Congénitos de la SEQC
Revista/Año/Vol./Págs.: An Esp Pediatr 2002; 56:201-3

Calificación: Informativo

Comentario: A veces hay discrepancias científicas sanas. En este editorial sale una de ellas, entre pediatras y bioquímicos (los firmantes). Lo importante es que dejan claro el componente político de todo programa de detección precoz de metabolicopatías en el recién nacido y de la falta de obligatoriedad de los mismos (tampoco son obligatorias las vacunas, claro). Además dan flexibilidad al aceptar tanto la toma de una muestra única de sangre, a partir de las 48 horas, o de una doble toma (>48 horas y >5 días).

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG