

S-4.178 *Pain during prostate biopsy*

(En la biopsia de próstata, lidocaína más bupivacaína)

Autores: Luscombe CJ, Cooke PW
Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;363:1840-1
Calificación: Bueno

Comentario: En la biopsia prostática, los autores, ingleses, recomiendan la analgesia con la infiltración periprostática con una combinación de un agente anestésico de acción corta, como la lidocaína, más uno de larga duración, como la bupivacaína. Inmediatamente, el control del dolor es similar, pero una hora después la terapia combinada logra mejor resultado, que dura a lo largo de toda la semana. No hay más complicaciones con la terapia combinada (debería advertirse al paciente que el 20% de los biopsiados tienen complicaciones, tipo hematuria, infección y demás).

Referencias bibliográficas: 11
Revisor: MPF

S-4.179 *Outcomes-based drug coverage in British Columbia*

(El ejemplo de quien separa aprobación de financiación)

Autores: Morgan S, Basset K, Mintzes B
Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Affairs* 2004;23:269-76
Calificación: Excelente

Comentario: Los canadienses de British Columbia decidieron controlar el aumento del coste con la simple separación de la aprobación de comercialización y la cobertura pública de los medicamentos. En este texto lo cuentan. Los medicamentos se emplean muy ineficientemente, pues se utilizan en exceso en quienes no se necesitan, y en defecto en quienes los precisan. Una forma de mejorar el uso es financiar públicamente sólo los medicamentos que aportan algo a la salud, algo más que los del mismo grupo terapéutico o químico. Así que allí el que quiere financiación pública tiene que demostrar que su medicamento mejora algún aspecto de la salud, más que otro de su grupo ya financiado, y en la práctica clínica.

Referencias bibliográficas: 26
Revisor: MPF

S-4.180 *Disease management programs in Germany's statutory health insurance system*

(Dificultades en Alemania para mejorar la calidad de la atención a pacientes crónicos)

Autores: Busse R
Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Affairs* 2004;23:56-66
Calificación: Bueno

Comentario: En este trabajo sobre Alemania se comenta la influencia de las votaciones en la selección de una enfermedad crónica (cáncer de mama) entre las cuatro para in-

roducir la "gestión de casos", junto a diabetes, asma y enfermedad coronaria. No se ha logrado el objetivo, que no es verdadera gestión de casos, sino la implantación de mínimos de calidad para el seguimiento de pacientes con estas enfermedades. Se permite ya la libre elección de aseguradora, dentro del peculiar sistema mutualista alemán, y quieren que no se trabaje en contra de los crónicos al seleccionar a los pacientes más sanos. Por ello pagan un suplemento por pacientes crónicos. Así se aceptan sin problemas.

Referencias bibliográficas: 18
Revisor: MPF

S-4.181 *Menopause, hormones, and cardiovascular vulnerability in women*

(Los estrógenos como medicación en el climaterio, un riesgo coronario conocido desde el Estudio de Framingham)

Autores: Kannel WB, Levy D
Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2004;164:479-81
Calificación: Excelente

Comentario: El Estudio de Framingham es de los más conocidos en el campo de la patología cardiovascular, y los autores pertenecen al grupo que lo dirige. Hacen notar que ya demostraron en 1985 que las mujeres en tratamiento con estrógenos, entre 50 y 84 años, tenían más enfermedades cardiovasculares (50% más) y más ictus (el doble) que las que no los usaban. Y cita el artículo en el que se demostró, en 1973, que hubo que parar el ensayo clínico en el que se administraban estrógenos a varones con isquemia coronaria, por el aumento de las muertes.

Referencias bibliográficas: 23
Revisor: MPF

S-4.182 *Efectos adversos en la asistencia hospitalaria*

Autores: Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;123(1):21-5
Calificación: Bueno

Comentario: Los errores médicos existen, y sería bueno conocerlos con el fin de evitarlos y mejorar la atención que prestamos a nuestros pacientes. En esta revisión de los efectos adversos de la asistencia hospitalaria se encuentra una incidencia que varía del 2,9% al 16,6%. Lo más importante es que en los estudios revisados el porcentaje de errores evitables se sitúa en torno al 40%. A pesar de la creciente judicialización de la práctica médica y de la correspondiente temerosa medicina defensiva, no debemos olvidar que sólo una pequeña parte de los pacientes dañados demandan y que de los que demandan con frecuencia no se debe a mala praxis.

Referencias bibliográficas: 36
Revisor: MARL

S-4.183 *Bombas de insulina*

Autores: Martín P, Fernández A, Pallardo LF
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;123(1):26-30
Calificación: Informativo

Comentario: Las bombas de insulina son ya una realidad. Con ellas la insulina se administra a través de un catéter subcutáneo a intervalos de 3 minutos, durante 3 ó 4 días, mejorando el control metabólico (menor variabilidad de la glucemia, menor número de hipoglucemias graves, mejora en el control de hemoglobina glucosilada) y la calidad de vida. Su coste es un 44% superior a la administración tradicional de insulina (la bomba cuesta entre 1800 y 4200 €). Mientras se desarrollan los sensores continuos de glucemia que ajusten automáticamente la dosis a inyectar, los pacientes tendrán que seguir realizando controles de glucemia e interpretándolos, para lo que se requiere conocimientos, estabilidad psicológica y motivación.

Referencias bibliográficas: 31
Revisor: MARL

S-4.184 *Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2002*

Autores: Anónimo
Revista/Año/Vol./Págs.: *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004 ;28:50-53
Calificación: Informativo

Comentario: El importe total de los fármacos dispensados en las farmacias a través de receta del Sistema Nacional de Salud en 2002 fue de 8.649,28 millones de euros (654,5 millones de recetas); la aportación de los usuarios fue del 6,97% (muy inferior a la media europea). Por importe, los grupos de mayor consumo fueron: hipolipemiantes (600 millones de €), antagonistas H2-otros antiúlceras (573 millones de €), antidepresivos no tricíclicos (526), IECA-ARA II (514) y broncodilatadores inhalados (487). Cifras elevadas que nos deben hacer pensar si tienen una adecuada relación con el beneficio obtenido.

Referencias bibliográficas: 0
Revisor: MARL

S-4.185 *Evidencia científica en Medicina: ¿única alternativa?*

Autores: Serrado JJ, Cléries X, Ferrer M, Kronfly E
Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2004 ;18(3) :235-44
Calificación: Bueno

Comentario: Artículo de revisión y reflexión sobre la situación actual de las ciencias médicas. Aboga por la actualización científico-médica no sólo en los aspectos técnicos sino también en los relacionales, para lo que se precisa investigación no sólo cuantitativa sino también cualitativa. Se comenta asimismo la necesidad de reconceptualizar de forma contextualizada la salud y la atención sanitaria (en función de las necesidades identificadas por la propia comunidad a la que atendemos), priorizando el cuidado y la atención en los aspectos psicológicos, emocionales y morales de la salud y la enfermedad.

Referencias bibliográficas: 54
Revisor: MARL

S-4.186 *Breast radiotherapy after lumpectomy. No longer always necessary*

(La dudosa utilidad de la radioterapia tras la extirpación de un cáncer de mama)

Autores: Smith IE, Ross GM
Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2004;351:1021-3
Calificación: Bueno

Comentario: El cáncer de mama se cura en la mayoría de los casos, y su diagnóstico precoz no parece ser muy útil (con el cribaje de la población). Tampoco se sabe cuál es el tratamiento más conveniente, aunque los especialistas parecen de acuerdo en no seguir con la rutina brutal de la mastectomía radical. Los autores de este editorial comentan dos artículos publicados en el mismo número de la revista sobre el tratamiento posquirúrgico en los cánceres de mama localizados. De siempre se han demostrado más recidivas locales si no se da radioterapia, sin cambios en la mortalidad global (por los efectos adversos de la radioterapia).

Referencias bibliográficas: 15
Revisor: JG

S-4.187 *Características de las mujeres con cáncer de mama incluidas en el registro RIMCAN 1991-2002*

Autores: Ripoll MA
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;123:156
Calificación: Muy bueno

Comentario: Los programas de cribaje, como las campañas, sirven a los intereses de los que los realizan, no a los de la población. Buen ejemplo es el cribaje de cáncer de mama, de dudoso beneficio y de indudables efectos adversos. En esta carta al director hay datos para valorar la eficacia de la campaña de prevención del cáncer de mama en Castilla-León. En el registro RIMCAN, de médicos rurales básicamente, la mayor parte de los cánceres de mama se diagnostican en fase sintomática (como en todo registro español). Por cribado se diagnosticaron el 33% de los cánceres de mama declarados en mujeres a las que se les ofrece el mismo.

Referencias bibliográficas: 7
Revisor: JG

S-4.188 *The free trade agreement between Australia and the United States*

(El acuerdo comercial entre EE.UU. y Australia, un mal ejemplo)

Autores: Drahos P, Henry D
Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004;328:1271-2
Calificación: Muy bueno

Comentario: El cine gringo campa por sus respetos. Su distribución monopoliza salas a cambio de comercializar algún buen producto. Así se evita la competencia, como desea todo buen capitalista. Lo mismo hace EE.UU. con todos sus productos. Así se demuestra en el caso del acuerdo comercial con Australia, copia de los realizados con Chile, Jordania y Singapur. Se crea un órgano "independiente" que pueda analizar los medicamentos de patente gringa que no cumplen criterios de coste-efectividad. Y se imponen criterios de defensa de patente en contra de la Declaración de Doha, que era una puerta abierta a la globalización de la salud pública.

Referencias bibliográficas: 4
Revisor: JG

S-4.189 **Screening for suicide risk: recommendations and rationale**

(No hay método de cribaje para saber quién va a suicidarse)

Autores: US Preventive Services Task Force

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2004;140:820-1

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los suicidios serán cada vez más frecuentes. No podemos impunemente olvidar que la vida se hace de un tejido social de compromiso y solidaridad. Al elegir un modelo de desarrollo insostenible elegimos el suicidio como escape de los que no lo aguantan. Es lógico, no obstante, que hagamos lo que podamos para evitar tan impactante forma de muerte. En este trabajo se hace una declaración acerca de la inutilidad de los cuestionarios de cribaje de presuntos suicidas, de la falta de respuesta al tratamiento de los que tienen alto riesgo de suicidio, y de falta de estudios acerca de los riesgos del cribaje y del tratamiento.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-4.190 **Observational studies of treatment effectiveness: some cautions**

(Los problemas de los estudios observacionales)

Autores: Laupacis A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2004;140:923-4

Calificación: *Excelente*

Comentario: El conocimiento científico se deriva del pensamiento racional. Es decir, de nuestra capacidad de hacernos preguntas. Se pueden resolver pensando, observando y con experimentos. Ahora en Medicina todo se confía a los ensayos clínicos, una forma "sucía" de experimentar, mejor que nada, pero no la panacea. Este editorial comenta un artículo increíble con unos resultados casi milagrosos en pacientes con infarto de miocardio agudo, con tratamiento inmediato con estatinas. El trabajo es observacional, y el canadiense firmante del editorial hace una disección crítica simple y preciosa de los problemas de dichos estudios.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-4.191 **Changing the clinical management of hereditary hemochromatosis**

(El impacto del cribaje en los empleados en el cuidado de los pacientes)

Autores: Hover AR, McDonnell SM, Burke W

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2004;164:957-61

Calificación: *Informativo*

Comentario: No es fácil cambiar el comportamiento de los médicos, que a veces hacen las cosas bien, y a veces las hacen mal. Hay quien confía en los protocolos, las guías y otros métodos para transmitir la "medicina basada en pruebas". Los autores demuestran que se puede lograr introducir algo nuevo en los pacientes a través de los 1.653 empleados. Son de una iguala (HMO) de EE.UU. a cuyos empleados se les ofrecen análisis en sangre y genéticos de hemocromatosis. Es un cribaje sin fundamento científico, pero logra su objetivo, el que los médicos de la iguala empiecen a hacer cribaje de la hemocromatosis también en los pacientes.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-4.192 **Osteoporosis screening**

(Cómo se vende el cribaje de la osteoporosis)

Autores: Mazanec D

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2004;164:1047-8

Calificación: *Informativo*

Comentario: Hay un montón de "epidemias silenciosas", tantas como especialistas en busca de trabajo. Con ello se medicaliza la sociedad y disminuye la salud de la población. Sirva de ejemplo la osteoporosis, una cuestión importante, sobre todo por su relación con las fracturas, de cadera y vertebrales. Ése es el primer problema, que hay poca relación entre lo uno y lo otro. Además, la técnica para el cribaje y diagnóstico, la densitometría, es una técnica inútil, con resultados puramente estadísticos. Lo lógico es que la mujer no fume, no engorde, haga ejercicio, tome el sol, no beba mucho alcohol y se alimente correctamente.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: JG

S-4.193 **Cyclo-oxygenase-2 inhibitors versus non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs heart failure outcomes in elderly patients: a population-based cohort study**

(El uso de AINE se asocia a más ingresos por insuficiencia cardíaca, con la excepción del celecoxib)

Autores: Mamdani M, Juurlink DN, Lee DS, Rochon PA, Kopp A, Naglie G, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;363:1751-6

Calificación: *Bueno*

Comentario: El dolor es un motivo frecuente de consulta y de prescripción de medicamentos sobre todo de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Los AINE tienen múltiples inconvenientes, que se han intentado superar sin éxito con los nuevos inhibidores específicos de la COX-2, tipo rofecoxib y celecoxib. En este trabajo se sigue un año de prescripción de AINE en una población de más de un millón de ancianos en Canadá. Se demuestra, como siempre, que el uso de los AINE se asocia a más ingresos por insuficiencia cardíaca, tanto con los AINE clásicos como con rofecoxib. No se demuestra tal aumento con el celecoxib.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

S-4.194 **Influence of socioeconomic deprivation on the primary care burden and treatment of patients with a diagnosis of heart failure in general practice in Scotland: population based study**

(La población de clase baja tiene más insuficiencia cardíaca, y los que la tienen ven menos a su médico de cabecera y se mueren más)

Autores: McAlister FA, Murphy NE, Simpson CR, Stewart S, MacIntyre K, Kirkpatrick M, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004;328:1110-3

Calificación: *Excelente*

Comentario: La insuficiencia cardíaca tiene muy mal pronóstico, incluso con buen seguimiento y buen tratamiento; es una enfermedad crónica que se complica de múltiples formas. Los autores, escoceses, australianos y canadienses, estudian un año de atención a una población de 307.741 en

53 centros de salud. Hubo una prevalencia de insuficiencia cardíaca de 7,1 casos por mil. La prescripción fue muy variable, pero se corrigió al ajustar por características de los pacientes. Entre la clase baja hubo más insuficiencia cardíaca (el doble de incidencia), menos consultas con el médico general y menos sobrevida.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-4.195 *Review of instruments for peer assessment of physicians*

(Falta de desarrollo de los cuestionarios para medir las cualidades de los pares)

Autores: Evans R, Elwyn G, Edwards A

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004;328:1240-3

Calificación: Muy bueno

Comentario: Es difícil valorar el trabajo de los médicos, y más si queremos hacerlo con cierta profundidad. Lo clásico es ir a los datos duros, a la información sobre utilización de recursos, morbilidad atendida y resultados en salud. Incluso en este campo las cosas no son fáciles. Por eso puede pensarse en la evaluación por pares, que permite medir cualidades “blandas”, como integridad, interacción con paciente y colegas y demás. Los autores, ingleses, hacen una extensa búsqueda, con valoración de 4.566 artículos, para estudiar a fondo finalmente tres cuestionarios (tres hospitalarios gringos, y uno de primaria, canadiense).

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-4.196 *Social class and elective caesareans in the English NHS*

(A las pobres, ni cesáreas)

Autores: Jarman B, Aylin P, Bottle A

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004;328:1399

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las cesáreas aumentan como expresión del encarnizamiento de los tocólogos y ginecólogos con las mujeres. Cuando la cosa se difunde, las cesáreas no sólo se ofrecen a las mujeres de clase alta (para que no “se estropeen”), sino a todas las mujeres (para “trabajar como dios manda”). En este comentario, de la sección Dr. Foster, se analiza la tasa de cesáreas (del 20%) en Inglaterra según clase social, en 2000 y 2001. No se demuestra una tendencia según clase, sino lo que manda es la edad materna (a más edad, más cesáreas). Y sólo en los barrios más pobres se hacen muchas menos cesáreas programadas, entre la clase más baja.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-4.197 *Rates of caesarean section and instrumental vaginal delivery in nulliparous women after low concentration epidural infusions or opioid analgesia: systematic review*

(La anestesia epidural anestesia bien, y no se asocia a más cesáreas, pero sí a más partos vaginales complicados)

Autores: Liu EHC, Sia ATH

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004;328:1410-2

Calificación: Bueno

Comentario: El embarazo y el parto se complican cada vez más, cada vez con menos fundamento científico. La mujer pare ya en una mesa que le fuerza e inmoviliza, rodeada de máquinas y personal, que poco hacen de valor científico. Se ha añadido

la anestesia epidural como señal de “progresismo”, de rechazo al parto natural. En este trabajo, los autores, de Singapur, se preguntan acerca del valor analgésico del uso de dosis bajas de opiodes en la epidural, comparada con la analgesia general con opiodes. Revisan los siete ensayos clínicos que encuentran al respecto y demuestran que la epidural anestesia mejor.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-4.198 *The policy analysis of “values talk”: lessons from Canadian health reform*

(Lo que significan los valores para los políticos)

Autores: Giacomini M, Hurley J, Gold I, Smith P, Abelson J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy* 2004;67:15-24

Calificación: Muy bueno

Comentario: En la decisión política hay mezcla de todo, de buenas y malas intenciones, de inteligencia e idiocia, de sanos y perversos intereses. También en la decisión política acerca de la salud. Se habla de salud, de “evidencia” y de cualquier cosa que ayude a vender el producto que se quiere vender. Los autores, canadienses, revisan 36 documentos acerca de la reforma del sistema sanitario producidos en su país a lo largo de la década de los noventa. Demuestran que los “valores”, explícitos o implícitos, se emplean como churros para adornar la mesa del desayuno. Por ejemplo, la accesibilidad se vende siempre con la equidad.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-4.199 *Co-payments in the Austrian social health insurance system. Analysing patient behaviour and patient's views on the effect of co-payments*

(La ignorancia acerca del monto de los copagos, y el escaso efecto en la conducta de los pacientes)

Autores: Reichman G, Sommersguter M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy* 2004;67:75-91

Calificación: Bueno

Comentario: Los copagos se han puesto de moda de nuevo. Nos espera otra temporada de discusión al respecto, y algún aumento de los copagos o algún nuevo copago. Un error, porque una cosa buena española es que el sistema sanitario se ha ido controlando del lado de la oferta, más que del lado de la demanda. En este trabajo austriaco se entrevista a pacientes acerca de los copagos que existen allí para ver al médico general y para los medicamentos. El resultado global demuestra su escaso impacto en la práctica. Muchos pacientes no tienen ni idea del monto exacto de los copagos a los médicos generales.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-4.200 *Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos*

Autores: Puig-Junoy J, Llop J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fundación Alternativas, documento* 50/2004

Calificación: Excelente

Comentario: El gasto en medicamentos crece mucho más que ningún otro dentro del sistema sanitario. Lo que es peor, el gasto no aumenta por un mayor uso racional de los medicamentos, y así muchos pacientes reciben prescripciones de más mientras otros mucho no reciben los medicamentos que necesitan. Los autores, han elaborado un informe excelente

sobre esta cuestión, de interés para médicos y farmacéuticos clínicos, (pedidos a laboratorio@fundacionalternativas.com). Terminan pidiendo más transparencia, más información, cambio a un copago inteligente sobre medicamentos y cambio en el papel del profesional de oficina de farmacia.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

S-4.201 *Evaluation of asthma prescription measures and health system performance based on emergency department utilization*

(En el asma infantil, utiliza tratamiento de fondo, no de rescate, si quieres evitar consultas en urgencias)

Autores: Fuhlbrigge A, Carey VJ, Adams RJ, Finkelstein JA, Lozano P, Weiss ST, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2004;42:465-71

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: El asma es frecuente, de causa desconocida, y de tratamiento complicado (para el paciente, pues muchas veces se autoadministran mal los medicamentos). Si no se trata bien, conlleva disminución de la calidad de vida, urgencias y muerte (todo evitable médicamente). En este trabajo, se sigue a 8.933 chicos de 3 a 15 años, durante 12 meses. Se estudia la correlación entre la prescripción y las consultas a urgencias hospitalarias. Hay más urgencias en los que se recetaron sólo medicamentos de rescate (tal como salbutamol) que en los que se les prescribió tratamiento de fondo (como corticoides inhalados, cromoglicato y otros).

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-4.202 *Prospective study of postmenopausal hormone use and newly diagnosed asthma and chronic obstructive pulmonary disease*

(El uso de la terapia hormonal en el climaterio se asocia a más asma de nuevo diagnóstico)

Autores: Graham R, Wentowski CC, Grodstein F, Somers SC, Stampfer MJ, Schwartz J, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2004;164:379-86

Calificación: *Bueno*

Comentario: El seguimiento de las enfermeras estadounidenses del Nurses' Health Study permite afirmar, concluyen los autores, que las mujeres tratadas con hormonas tienen más asma de nuevo diagnóstico que las que no usan hormonas (en el climaterio). Respecto a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), parece que no hay efecto. Siguió a 121.700 enfermeras, de las que 10.496 tuvieron de novo asma entre 1988 y 1996. Se siguieron pues, 546.259 años-persona, para demostrar que el uso de los estrógenos doblaba la incidencia de asma (2,29).

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: MPF

S-4.203 *Treatment of homosexuality in Britain since the 1950s. An oral history: the experience of patients*

(Recuerdos de homosexuales tratados médicamente para corregir su orientación sexual)

Autores: Smith G, Bartlen A, King M

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004;328:427-9

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los autores, psiquiatras ingleses, han conseguido entrevistar a 31 homosexuales masculinos y femeninos, y a algún familiar, sobre lo que fue su vida antes y después de

unos tratamientos que se pusieron de moda en la década de los setenta del siglo pasado. Los homosexuales tuvieron su tratamiento médico, como consecuencia de definir como enfermedad la homosexualidad, y conviene no olvidar esta barbaridad, como recuerda este estudio. Hubo de todo, desde psicoanálisis a uso de apomorfina (el hermano de una de las entrevistadas falleció a consecuencia del uso de la misma), desde terapia electroconvulsiva a hipnosis y psicodrama.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MPF

S-4.204 *Treatment of homosexuality in Britain since 1950s. An oral history: the experience of professionals*

(Recuerdos de los profesionales que trataron a homosexuales para cambiar su orientación sexual)

Autores: King M, Smith G, Bartlett A

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004;328:429-32

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Este trabajo es la imagen especular del anterior (S-4.203), pues los autores entrevistan a 30 profesionales que trataron a homosexuales, para cambiar su orientación sexual. La patología mental, como toda la morbilidad, se define según los patrones sociales y políticos, no científicos, y ello explica la dedicación de estos profesionales, no demasiado convencidos, pero arrastrados por el fácil "dejarse llevar". Hubo clínicas especializadas, y el tratamiento más frecuente, la terapia de aversión con descargas eléctricas. Todo cutre cuando se lee, pero diario y habitual en aquellos tiempos.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: MPF

S-4.205 *Turning a blind eye: the success of blinding reported in a random sample of randomised, placebo controlled trials*

(Los ensayos clínicos no son "doble enmascarado", aunque lo digan)

Autores: Fergusson D, Cranley K, Waring D, Shapiro S

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004;328:432-4

Calificación: *Excelente*

Comentario: Los ensayos clínicos dicen que son "doble enmascarado", pero los autores, no lo pueden comprobar. Escogen al azar 191 ensayos clínicos publicados en las mejores revistas del mundo a lo largo de cuatro años, y estudian cómo demuestran que realmente no se enteraron de qué tomaban, ni los pacientes ni los médicos. Sólo en cuatro estudios (2%) se midió el grado de ignorancia al respecto, y la medición no fue de mucha calidad. Sólo 7 de 97 ensayos en las revistas dijeron algo sobre el logro del enmascaramiento, y sólo 8 de los 94 ensayos clínicos sobre enfermedades psiquiátricas dijeron algo acerca del mismo.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: MPF

S-4.206 *Tratamiento de la enfermedad de Parkinson*

Autores: Arpa J, Vivancos F

Revista/Año/Vol./Págs.: *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004;28:57-69

Calificación: *Bueno*

Comentario: La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo, crónico y progresivo, que cursa con bradicinesia, rigidez y temblor, en combinación variable; la edad media de comienzo es 62,4 años y tiene una prevalencia estimada de 180-200 casos por 100.000 habitantes. En este artículo

se hace una actualizada revisión de su tratamiento, con algoritmos y pautas muy concretas de actuación. En general, en mayores de 70 años se aconseja iniciar tratamiento con levodopa y en menores de esa edad con agonistas dopaminérgicos (bromocriptina, pergolida, cabergolina, pramipexol, ropinirol), selegilina o amantadina.

Referencias bibliográficas: 44
Revisor: MARL

S-4.207 **Utilidad de Internet en información de medicamentos para Atención Primaria**

Autores: Orueta R
Revista/Año/Vol./Págs.: *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004;28:70-4
Calificación: Informativo
Comentario: Internet es una extraordinaria fuente de información. Pero hay que saber de dónde obtenerla, que sea de calidad y, si es posible, bien organizada. En este artículo se recogen direcciones con estas características, de Buscadores (Medline, Embase, IME) y Directorios (bases de datos específicas sobre medicamentos como la de los Colegios Oficiales de Farmacia, Ministerio, Comunidades autónomas, FDA, Medscape, etc). Además, se informa de algunos sistemas de alerta bibliográfica que nos permiten acceder de forma rápida y filtrada a información en la que podamos estar interesados.
Referencias bibliográficas: 6
Revisor: MARL

S-4.208 **Utilidad de la colonografía por tomografía computarizada en la detección de pólipos colorrectales**

Autores: Piñol V, Pagés M, Castells A, Bellot P, Carrión JA, Martín M, et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;123(2):41-4
Calificación: Bueno
Comentario: El cáncer colorrectal es una de las principales causas de muerte por cáncer. Existen diversas estrategias de cribado que se han demostrado útiles para disminuir su mortalidad, como son la prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia y colonoscopia, pero con muy mala aceptación por la población. En este estudio se señala que la sensibilidad y especificidad de la tomografía computarizada para la detección de los pacientes con pólipos de 10 mm o más fue del 88% y 100% respectivamente. Datos esperanzadores que en un futuro quizá permitan la utilización de esta técnica para la prevención del cáncer colorrectal.
Referencias bibliográficas: 18
Revisor: MARL

S-4.209 **Prevalencia de factores de riesgo de osteoporosis y fracturas osteoporóticas en una serie de 5.195 mujeres mayores de 65 años**

Autores: González J, Marín F, Vila J, Díez A, Abizanda M, Álvarez R, et al, en representación de los investigadores del Proyecto ECOSAP
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;123(3):85-9
Calificación: Bueno
Comentario: Los factores de riesgo de osteoporosis son bien conocidos, no así su prevalencia. En este estudio multicéntrico realizado en 58 centros de Atención Primaria con 5.195 mujeres mayores de 65 años se observó: menopausia precoz (menores de 45 años), 25,4%, antecedente personal de fractura osteoporótica 20,1%, familiar del 16,7%, peso inferior a 57 kg 14,6%, consumo de benzodiazepinas 26,2% y caída en año previo 26,7% (estos dos últimos son los principales

determinantes de fractura). Aparte de tratar o no la osteoporosis (o su posible existencia), hay que prestar mucha atención al uso de benzodiazepinas por su influencia en las caídas y fracturas consecuentes en mujeres con fragilidad ósea.
Referencias bibliográficas: 26
Revisor: MARL

S-4.210 **Escuelas de Salud Pública, más necesarias que nunca**

Autores: Freire JM, Repullo JR
Revista/Año/Vol./Págs.: *El Médico* 2004;918 (1-X-04):11-8
Calificación: Bueno
Comentario: No cabe duda, la Medicina es hacer Política, de otra manera. Así que de nuevo cabalga la Salud Pública, con el cambio político por el triunfo de los socialistas. Como con los populares, el cambio será más bien de formas que de fondo, pero parece que alegrará y suavizará el panorama. Así que ahora redescubrimos las escuelas de salud pública, en una de las cuales trabajan los autores. Como destacan, en España el movimiento internacional de principios del siglo XX se transformó en una escuela administrativa, dedicada a la producción de cuadros para el sistema sanitario y político, en lugar de generar escuelas universitarias.
Referencias bibliográficas: 3
Revisor: JG

S-4.211 **Tratamiento de la hipertensión arterial en la diabetes mellitus y en situaciones especiales**

Autores: Anónimo
Revista/Año/Vol./Págs.: *Sacyl-ite* 2003;número 2
Calificación: Excelente
Comentario: La información sobre hipertensión se está transformando en un tinglado imposible de seguir. Y, sin embargo, no son muchos ni los ensayos clínicos ni los estudios rigurosos. El médico general de a pie podría tener información directa con un pequeño esfuerzo. Esta publicación castellana ayuda a disminuir el esfuerzo, porque da en español claro una información excelente, y de interés clínico (pedidos a tacuino@grs.sacyl.es). En el tratamiento de los diabéticos e hipertensos no está justificado el uso rutinario de los IECA y ARA II.
Referencias bibliográficas: 26
Revisor: JG

S-4.212 **Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study (Respuesta biológica a cuadros sintomáticos)**

Autores: Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P
Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004;328:1057-60
Calificación: Muy bueno
Comentario: En la consulta de Medicina General es frecuente encontrar pacientes con síntomas físicos que no parecen corresponder a enfermedades físicas. Lo lógico es abrirse para que el paciente pueda expresarse y dar las claves para el diagnóstico. En este trabajo se registraron en audio 420 encuentros directos con 28 médicos generales, y se analizaron las 36 consultas primeras en las que se expuso un problema físico sin probable enfermedad física. Los pacientes presentaron sobre todo dolores (de abdomen, de cabeza, de piernas, de espalda y otros), y sólo 10 pidieron algún medicamento, y ninguna otra intervención.
Referencias bibliográficas: 18
Revisor: JG

S-4.213 *Identification of clinically significant prostate cancer by prostate-specific antigen screening*

(La agresividad de los cánceres de próstata diagnosticado por cribaje)

Autores: Smith RP, Malkowitz SB, Whittington R, VanArsdalen K, Tochner Z, Wein AJ

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Inten Med 2004;164:1227-30

Calificación: Bueno

Comentario: Sabemos poco acerca de la historia natural del cáncer de próstata, por lo que mal se puede juzgar la oportunidad de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Se discute el cribaje, por ejemplo, pues poco dice el antígeno prostático específico (PSA). En este trabajo, sin embargo, valoran la agresividad de los cánceres encontrados a través de cribaje, y determinan que el 61% tienen interés clínico (no es mucho, pero más de lo esperable). Fueron 977 pacientes, con una mayoría entre los 60 y 70 años, de los que el 13% (130) tenían una neoplasia de alto riesgo. Ninguno tuvo tumor palpable, y no se habla acerca de la evolución de los casos. Un trabajo, pues, con resultado parciales.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

S-4.214 *Ageing and health care expenditure: the red herring argument revisited*

(El envejecimiento no aumenta el coste, sino las hospitalizaciones antes de la muerte)

Autores: Seshamani M, Gray A

Revista/Año/Vol./Págs.: SHealth Econ 2004;13:303-14

Calificación: Muy bueno

Comentario: Es muy común hablar del mayor coste del sistema sanitario conforme envejece la población. Es cierto que los ancianos consumen más medicamentos y más recursos sanitarios, pero parece que la idea de que ello aumenta el coste sanitario es falsa. Los autores, ingleses, replican el estudio original que demostró la importancia de la cercanía de la muerte (a cualquier edad) como el verdadero factor de aumento del coste. Emplean datos de casi cien mil pacientes. Comprueban que la cercanía de la muerte aumenta los costes (no la edad, ni el sexo) por la mayor probabilidad de ingresar en el hospital.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

S-4.215 *Comorbidities and the willingness to pay for reducing the risk of a targeted disease: introducing endogenous effort for risk reduction*

(La co-morbilidad ayuda a preocuparse más por la enfermedad principal)

Autores: Liu L

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Econ 2004;13:493-8

Calificación: Bueno

Comentario: Muchos pacientes tienen varias enfermedades. Sobre todo, los pacientes que más utilizan los servicios sanitarios con los que más comorbilidad presentan. En este trabajo se reexamina la hipótesis de que los pacientes están dispuestos a pagar más por el cuidado de su enfermedad principal, cuanto más grave es la comorbilidad (por ejemplo, un paciente con isquemia coronaria, que se vuelve posteriormente diabético). La cosa parece lógica y la demuestra: a co-morbilidad más grave, más deseo de gasto, y más gasto en lo marginal en el coste de la enfermedad principal. Lo

importante es hacernos idea de que tener dos enfermedades no es como tener una y una, sino que cambia todo.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-4.216 *Market forces and efficient health care systems*

(El mercado no existe, en el campo de la salud al menos)

Autores: Enthoven AC

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Affairs 2004;23:25-7

Calificación: Informativo

Comentario: Los economistas te hablan siempre del mercado como si fuera una cosa visible y entendible. Desde luego, no es más que una ficción que ayuda, si acaso, a entender la economía, pero eso de la "mano invisible" y demás, es pura palabrería. Este texto es de un economista clásico, responsable en último término de aquello de "separar la financiación de la provisión", tan de moda en los ochenta y en los noventa. Comenta otro texto en la misma revista, que demuestra que en EE.UU. no hay un mercado sanitario. No hay transparencia, no hay clientes bien informados, no hay libre competencia, y hay un pago por acto que este autor ve como la peor forma de pago.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-4.217 *Physicians' use of electronic medical records: barriers and solutions*

(Las dificultades de la implantación de la historia clínica electrónica en EE.UU.)

Autores: Miller RH, Sim I

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Affairs 2004;23:116-26

Calificación: Bueno

Calificación: Cuando uno leía hace años que en EE.UU. la mayoría de los médicos tenían ordenador en la consulta, pensaba que tenían las historias clínicas informatizadas. Nada de eso, lo que había y hay son facturas, formularios de cobro y demás. Por eso la implantación de la historia clínica electrónica entre los médicos gringos va muy por detrás de, por ejemplo, los daneses, españoles, holandeses, ingleses y noruegos. En este trabajo se hace un estudio a fondo de las dificultades en una gran iguala para introducir la historia clínica electrónica. Se señala los problemas en el intercambio de datos con otras fuentes, como resultados analíticos y radiología. También la falta de desarrollo de "utilidades" que potenciarían la historia.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-4.218 *Trends in international nurse migration*

(Importación de enfermeras, una forma de resolver los problemas de mano de obra sanitaria de los países ricos)

Autores: Aiken LH, Buchan J, Sochalski J, Nichols B, Powell M

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Affairs 2004;23:69-77

Calificación: Muy bueno

Comentario: De los países pobres importamos todo, desde materiales a ideas y personas. Además, a través de las barreras arancelarias y de las subvenciones, cuidamos de que no progresen demasiado. Los autores, gringos y escoceses, revisan el tráfico mundial de enfermera, especialmente en lo que se refiere al mundo inglés. En EE.UU. se ha doblado el porcentaje de enfermeras importadas, del 6% en 1998 al 14% en 2002. En el Reino Unido, en 2002, hubo por primera vez más enfermeras nuevas importadas (16.155) que

de producción nacional (14.538). Mientras tanto, claro, en Botswana faltan enfermeras para el tratamiento del sida.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-4.219 *Social work, general practice and evidence-based policy in the collaboration care of older people: current problems and future possibilities*

(Menos buenos deseos, y más hechos en la colaboración entre servicios médicos y sociales)

Autores: Kharicha K, Levin E, Illiffe S, Davey B

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Social Care Comm* 2004;12:134-41

Calificación: Excelente

Comentario: Parece evidente que se necesita la colaboración entre servicios médicos y sociales. Pero no sólo necesitamos que exista, sino que mejore la salud de los pacientes atendidos. Los autores revisan la cuestión a propósito del nuevo énfasis en la colaboración entre servicios sociales y sanitarios para la atención a los ancianos en el Reino Unido. La revisión deja claro que hay poco de ciencia y de conocimientos científicos en muchas iniciativas. Que se da por supuesto la colaboración en la práctica cuando existen en los papeles. Y, peor, que las mejoras según los profesionales se entienden como mejoras reales en la salud de los ancianos.

Referencias bibliográficas: 60

Revisor: JG

S-4.220 *Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy*

(La salud es mucho más que servicios sanitarios)

Autores: Magnussen L, Ehiri J, Jolly P

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy* 2004;23:167-176

Calificación: Excelente

Comentario: Hay quien cree que lo importante para la salud son los médicos. Gran error. Lo importante es la educación de las madres, el que haya trabajo para todos, la justicia que funciona, el bienestar social y el acceso a agua limpia. De todo ello se hablaba en la Declaración de Alma Ata, que se desvirtuó por la apropiación de ella por tantos funcionarios de la OMS que la utilizaron de seguro de trabajo. Pero, como dicen los autores, sigue siendo cierto que la salud es multifactorial, y que el desarrollo de planes y programas aislados centrados en enfermedades (paludismo), o actividades (vacunación) no sirve para mucho. Lo lógico es hacer un enfoque global que facilite la mejora de la salud al valorar todos los componentes de la misma.

Referencias bibliográficas: 35

Revisor: JG

S-4.221 *Genetic counselling and prophylactic surgery in women from families with hereditary breast or ovarian cancer*

(La decisión en la determinación de los genes BRCA1 y BRCA2)

Autores: Lobb E, Meiser B

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;363:1841-842

Calificación: Bueno

Comentario: Los políticos al uso ofrecen ya la mamografía de cribaje como algo feminista y progresista. No tiene fundamento científico, pero ni lo evalúan ni tienen interés en valorar si es correcto ampliar aún más la edad. Lo mismo pasará con el diagnóstico genético de determinación de los genes BRCA1 y BRCA2. Una determinación de difícil

interpretación, de escaso sentido epidemiológico, y que lleva a la mastectomía y ovariectomía radical preventiva. Las autoras, australianas, comentan en este editorial su trabajo sobre el registro de 158 consultas de consejo genético acerca de la determinación de dichos genes. Se habló de la mutilación radical en la mitad de las consultas, y en las que se habló, la mujer sacó la cuestión en la mayoría de los casos.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-4.222 *Effect of Lactobacillus in preventing post-antibiotic vulvovaginal candidiasis: a randomised controlled trial*

(Los probióticos no evitan la candidiasis vaginal postantibióticos)

Autores: Pirota M, Jun J, Chondros P, Grover S, Omalley P, Hurley S, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004; 329:548-51

Calificación: Bueno

Comentario: Uno de los efectos adversos más frecuente de los antibióticos es la vulvovaginitis por *Candida*, al dejar el campo libre las bacterias muertas. En este trabajo, australiano, se estudia la presentación de vulvovaginitis por *Candida* en 235 mujeres que toman antibióticos durante seis días por causa no ginecológica. Se produjo en el 23% de la muestra. No tuvo efecto ni la ingesta de unos polvos con lactobacilos ni la administración vaginal de pesarios con el mismo contenido. El diseño es muy curioso, factorial de 2 x 2.

Referencias bibliográficas:

Revisor: JG

S-4.223 *Treating hipertensión with guidelines in general practice*

(Las guías de hipertensión, una locura sin ciencia ni conciencia)

Autores: Campbell NC, Murchie P

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004; 329:523-4

Calificación: Excelente

Comentario: Hay quien piensa que la mejor tensión arterial es 0 (cero) mmHg. Al menos ese es el límite que se parece buscar cuando se recomienda un máximo de 130 para la sistólica de pacientes diabéticos. Hay que estar locos. Locos están en el Reino Unido con las nuevas normas de la Sociedad Británica de Hipertensión. Este editorial las comenta a propósito del aluvión de críticas (S-4.224) que le caen tras su publicación. Los editorialistas insisten en que es absurdo tener que emplear hasta 4 medicamentos distintos para bajar la tensión, y en que es hora de que los pacientes tengan voz. Critican al HOT, claro.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-4.224 *Respuesta a la British Hipertensión Society*

(Rechazo a la guía de hipertensión británica)

Autores: Varios y *Guidelines from the British Hypertension Society*

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004; 329:569-71

Calificación: Muy bueno

Comentario: Esto de las guías y recomendaciones no hay quien lo pare, pero da gusto ver que hay médicos generales que piensan. Por ejemplo los cinco que escriben al British para criticar las nuevas recomendaciones de la Sociedad Británica de Hipertensión, que son agresivas y faltas de fundamento. Pero la Sociedad dice que menos agresivas que otras (y es verdad). Y lo que es peor, en su respuesta la Sociedad

dice que si los médicos generales no pueden con la hipertensión (como ella recomienda) habrá que desarrollar cambios en la prestación de servicios. ¡Qué infamia!

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-4.225 *Communicating with patients about medical errors. A review of the literature*

(Hay que revelar el error al paciente, pero no hay investigación acerca de lo que se espera suceda después)

Autores: Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2004; 164:1690-7

Calificación: Bueno

Comentario: Los errores médicos son inevitables para quienes ejercen de clínicos. ¿Qué hacer frente al error? Lo más importante, ser conscientes del mismo (y aprender de lo que duele). Y, después, hablar con el paciente y su familia franca y directamente. Los autores, gringos, se molestan en revisar los estudios empíricos acerca de la comunicación del error. Parece que médicos y pacientes están a favor, pero revisan 800 artículos al respecto, y sólo 17 tienen datos empíricos. Que dicen poco acerca de cómo comunicar el error, y las consecuencias de esa revelación.

Referencias bibliográficas: 47

Revisor: JG