

Definiciones de las características básicas de la atención primaria.

id:105-1

Operational definition of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts.

Autores: Haygerty J, Burge F, Lévesque JF, Gass D, Pincault R, Beaulieu MD et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Fam Med. 2007;5:316-44. Citas 34. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Lo que es atención primaria depende de los intereses del que habla/escribe. Así, en EEUU atención primaria es un paraguas que cubre cualquier iniciativa para hacer negocio con la salud fuera de los hospitales. En España es cualquier asunto sanitario que no le interesa a los hospitales. Por eso vale la pena leer este artículo canadiense en que se establecen definiciones de las características básicas de la atención primaria. Se realizó mediante un *delphi*, y las conclusiones finales no son especialmente brillantes, pero al menos sirven de referencia y salen las cosas típicas (continuidad, coordinación, accesibilidad, adaptación cultural y demás).

La coordinación, un problema mundial.

id:105-2

Improved health system performance through better care coordination.

Autores: Hofmancher MM, Oxley H, Rusticelli E.
Revista/Año/Vol./Págs.: Paris: OECD Health Working Paper no 30; 2007. Citas 143. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La coordinación entre profesionales, niveles y sectores es algo difícil, por su propia naturaleza y por las resistencias de las organizaciones y sus profesionales. En este trabajo de la OCDE se demuestra que la coordinación es un problema mundial que no tiene fácil solución. Los autores aprovechan un cuestionario contestado por los países desarrollados (miembros de la OCDE) para hacer una revisión, con la virtud de exponer tres casos: Alemania, EEUU y el Reino Unido. No sale todo, pero al menos valoran en lo que vale el manejo de casos y de enfermedades (poco vale), insisten en la deriva alemana de apoyo al médico general como filtro (en forma voluntaria por los pacientes) y destacan el esfuerzo inglés para coordinar el sector salud con el social.

Ejemplos de mejora de la coordinación.

id:105-3

Care coordination. Vol 7. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies.

Autores: McDonnald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin M, Kraft SA et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: Rockville: AHRQ Publ no 04(07)-0051-7; 2007. Citas 331. JG.
Calificación: Excelente.

Comentarios: Puesto que la coordinación es algo difícil de lograr, lo lógico es analizar las experiencias al respecto. Eso hacen los autores, financiados por un programa estadounidense de mejora de la calidad. Revisan la literatura mundial en inglés y localizan 4.730 trabajos de análisis de programas de mejora de la coordinación asistencial. Entre ellos hay 75 revisiones sistemáticas, que determinan la idoneidad de 20 intervenciones sobre 12 poblaciones de pacientes. Cuando se agrupan los resultados se demuestra el positivo impacto de algunas intervenciones sobre insuficiencia cardiaca, diabetes, enfermedad mental grave, y depresión e ictus reciente. Lo malo es que no está clara la clave del éxito de dichas intervenciones.

Medir la actividad de las "medical home".

id:105-4

Standards and guidelines for Physician Practice Connections and Patient-Centered Medical Homes.

Revista/Año/Vol./Págs.: Washington: NCQA; 2008. Citas 30. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Las modas estadounidenses terminan llegando a España, de forma que es bueno estar al tanto de lo que allí se hace. Ahora se está acabando lo del manejo de casos y de enfermedades, y se nos viene encima lo de las "medical homes", que no son más que consultas médicas en que se intenta ofrecer un remedio de atención primaria (pero nadie habla de cubrir a toda la población ni de los problemas de accesibilidad según clase social). En este trabajo del *National Comité for Quality Assurance* se proponen definiciones y métodos para medir el grado en que se ofrecen en las "medical homes" cosas básicas, como comunicación con el paciente, registro, seguimiento, derivación, desempeño, uso de electrónica y demás.

Las "medical home" como negocio.

id:105-5

The Medical Home. Disruptive innovation for a new primary care model.

Autores: Keckley PH, Underwood HR.
Revista/Año/Vol./Págs.: Washington: Deloitte; 2008. Citas 22. JG.
Calificación: Informativo.

Comentarios: El modelo estadounidense de asistencia sanitaria no resuelve los problemas de salud de la población, y crea graves problemas financieros, por su coste desbocado. Por ello están dispuestos a inventar lo que sea. Así nació el manejo de casos y el manejo de enfermedades, y ahora las "medical home". Lleva ya años rondando, pero en la actualidad es explosivo. Y siempre hay quien ve una oportunidad de negocio en esa expectativa de controlar el gasto, mejorar la atención a los crónicos, e introducir más prevención. Como los autores de este texto, de Deloitte. Hacen cálculos, y aún cobrando 100.000 dólares anuales más el médico de primaria por coordinar la atención vale la pena (en teoría).



En la comparación internacional, EEUU va a la cola.

American College of Physicians. Achieving a high-performance health care system with universal access: what the United States can learn from other countries.

id:105-6

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2008;148:55-75. Citas 104. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Los países pueden compararse entre sí en lo que respecta al resultado y al gasto sanitario. Lo raro es que la comparación la hagan los médicos, y que pidan que se copie a otros países en cuestiones de política sanitaria. Pues justo eso es lo que podemos leer en este texto, del *American College of Physicians*, de EEUU. Al comparar con otros países desarrollados se hace evidente que sus resultados son horribles, tanto en salud como en consumo de recursos. Se salva la organización que atiende a los veteranos de guerra (muy similar al sistema sanitario español, de médicos asalariados y edificios de propiedad pública, pero con mucha calidad y buen uso de medicamentos). Los médicos concluyen que se precisa un cambio en EEUU que lleve a un sistema que cubra a toda la población.

Mal futuro para la sanidad en EEUU.

Learning from the health care systems of other countries.

id:105-7

Autor: Sox HC.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2008;148:78-9. Citas 8. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En EEUU se dedicó a sanidad en 2005 el 16% del producto nacional bruto, y se espera que se dedique en 2015 el 20% del mismo. El autor de este editorial comenta el problema a la vista de las recomendaciones del *American College of Physicians* (texto previo). Hace un poco de historia acerca del fracaso del intento de reforma del sistema sanitario al empezar la "era Bill Clinton", en 1992 que movilizó a intelectuales, estudiosos y población, pero no pudo con la industria aseguradora. La situación en 2008 es mucho peor, tanto por el déficit fiscal como por la actitud de la población, menos proclive a la reforma. Por ello, el editorialista es pesimista acerca de introducir racionalidad en el sistema sanitario estadounidense.

A más médicos generales, menos eficiencia.

Education and health in G7 countries: achieving better outcomes with less spending.

id:105-8

Autor: Verhoeven M, Gunnarson V, Carcillo S.

Revista/Año/Vol./Págs.: Washington: International Monetary Fund (IMF-WP/07/263); 2007. Citas 55. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: El G7 es el grupo de los países más ricos, y es el que estudian los autores, de Fondo Monetario Internacional. Incluye Alemania, Canadá, EEUU, Francia, Italia, Japón y Reino Unido. Comparan algunos indicadores de educación (Informe PISA) y de salud (mortalidad infantil y materna, y otros) con el gasto dedicado a ambos sectores, y a veces lo analizan junto a los de los otros países de la OCDE. Demuestran que en el sector salud quienes gastan más eficientemente son Italia y Japón, y que quien lo hace bien en educación es Canadá. También demuestran que un exceso de personal (médicos generales y/o maestros) se asocia a menor eficiencia. Quizá podemos interpretarlo como que a menos cupo (y menos niños por clase) peor rendimiento del médico (y del maestro).

Enfermeras y médicos, algo que no siempre suma.

Quality of diabetes care in family medicine practices: influence of nurses practitioners and physician assistants.

id:105-9

Autores: Obman P, Orzano AJ, Hudam SV, Solberg LI, DiCiccio B, O'Malley D et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Fam Pract. 2008;6:14-22. Citas 42. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En este trabajo se analiza el impacto de tener enfermera en el consultorio. El estudio está hecho en EEUU donde la mayoría de los médicos de familia trabajan en solitario y no tienen más personal que el de recepción, si acaso. Algunos pocos contratan enfermeras y/o "asistentes médicos" (estos últimos, enfermeros más preparados para tomar decisiones autónomas). En el trabajo analizan 20 pacientes diabéticos de 46 consultorios médicos, en que 26 cuentan con enfermeras o asistentes médicos. El tener enfermera se asocia a mejores indicadores de seguimiento de los diabéticos (mejor constancia de cumplimiento), pero curiosamente sin mucha repercusión en mejor tratamiento (excepto en lo que se refiere a los lípidos).

La mejora de la calidad, con el mismo rigor que todas las intervenciones.

The tension between needing to improve care and knowing how to do it.

id:105-10

Autores: Auerbach AD, Landerfeld CS, Shojania KG.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med. 2007;357:608-13. Citas 49. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Hay áreas de trabajo que parecen "exentas", como si tuvieran un halo de bondad y omnipotencia. Por ejemplo, la prevención. Y la calidad. Y la seguridad. Lo que se haga en estas tres áreas no necesita mucha demostración, pues ya se sabe que está bien intencionado. Conviene recordar que el infierno está lleno de buenas intenciones. Y en este trabajo se revisan planteamientos falsos que llevan a imponer programas de seguridad y/o calidad sin el debido "respeto" (ensayos clínicos y demás).

La guerra contra los pobres.
The proxy war. SCHIP and the government's role in health care reform.

id:105-11

Autor: Rosenbaum S.
Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med. 2008;358:869-72. Citas 5. JG.
Calificación: Excelente.

Comentarios: Los sistemas sanitarios de los países desarrollados cubren a toda la población. Con una excepción, EEUU. En EEUU los pobres carecen de cobertura, excepto la de Beneficencia cuando cumplen determinados requisitos. La autora comenta el veto de Bush a la propuesta de los legisladores de ampliar la Beneficencia para incluir a más niños pobres. El veto no se debe tanto al aumento del gasto cuanto a que la iniciativa dejaba abierta la posibilidad de un papel activo de los estados en la organización de los seguros y coberturas. Es decir, se abría la mano para lograr cambios de profundidad e ir hacia una cobertura poblacional. Y de eso, nada de nada.

Tratamiento de la diabetes tipo 2: revisión de las opciones y prioridades terapéuticas actuales.

id:105-12

Autores: Arroyo J, Caixás A, Pi-Sunyer FX.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;129:746-57. Citas 125. MARL. .
Calificación: Bueno.

Comentarios: La diabetes mellitus tipo 2 es frecuente y conlleva importantes repercusiones para la salud. La dieta y el ejercicio son la base de su tratamiento, pero es frecuente que se descuide. A nivel terapéutico existen diversas opciones, con varias incorporaciones recientes. En este artículo se revisa el tema y se propone un algoritmo terapéutico simplificado, en el que se recomienda inicialmente metformina (independientemente de si hay obesidad o no); como segundo paso glitazona o sulfonilureas (sólas o añadidas) y en tercer lugar la insulinización (combinada o no con los fármacos orales). Y siempre dieta, ejercicio y educación.

Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: clustered randomised controlled trial.

id:105-13

Autores: Davies MJ, Sèller S, Skinner TC, Campbell MJ, Carey ME, Cradock S et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2008;336:491-5. Citas 60. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: La educación para la salud tiene muy buena prensa, pero pocos hechos que la sustenten. Por ello es interesante este ensayo clínico pragmático, en atención primaria, en el Reino Unido, con pacientes recién diagnosticados de diabetes tipo 2. Participaron 207 consultorios (con una lista de pacientes de 857 a 34.324), con 562 pacientes que llegaron hasta el final. Se dieron seis horas de formación sobre la enfermedad y su tratamiento a los pacientes experimentales. No se demostró mejora en los parámetros biológicos (hemoglobina glucosilada, por ejemplo) pero hubo más pacientes que dejaron de fumar, adelgazaron e hicieron ejercicio. Menos es nada.

El tamaño mamario a los 20 años, factor de riesgo para diabetes tipo 2.
A new predictor for type 2 diabetes?

id:105-14

Autor: Sorisky A.
Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2008;178:313-5. Citas 19. MPF.
Calificación: Informativo.

Comentarios: El autor del editorial comenta el artículo que sigue, publicado en el mismo número de la revista, que se refiere al tamaño de las mamas a los 20 años y el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El editorialista es canadiense, y el estudio con datos gringos, pero también canadiense. Dicho estudio se basa en los datos del *Nurses' Health Study*, de seguimiento durante 10 años de 92.000 enfermeras. Entre otras cosas se les preguntó por la talla del sujetador cuando tenían 20 años. Al cabo del tiempo se demuestra una asociación entre el tamaño mamario y la aparición de diabetes tipo 2 (hasta 5 veces el riesgo, sin corregir, y hasta el 1,6 corregido por índice de masa corporal, antecedentes de diabetes y otros). Como se ve, no hay límites para la imaginación en materia de factores de riesgo.

Obesidad, mamas y diabetes tipo 2.
Breast size and risk of type 2 diabetes mellitus.

id:105-15

Autores: Ray JG, Mohlajee AP, Dam RM, Michals KB.
Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2008;178:1289-95. Citas 35. MPF.
Calificación: Informativo.

Comentarios: En este trabajo se emplean los datos de 92.000 enfermeras gringas seguidas 10 años desde los 38 años (de media) en 1989. Se produjeron en total 1.844 casos de diabetes tipo 2, con una edad media de 45 años. Se demuestra una asociación estadística entre el tamaño de las mamas a los 20 años (que se establece por el recuerdo de la talla del sujetador) y el desarrollo de diabetes tipo 2. Los autores lo interpretan en forma que unen obesidad y tamaño mamario, lo cual es cierto hasta un punto, pero no hay estudios que lo prueben. El caso es que ello permite establecer un nuevo "factor de riesgo".



Déficit de vitamina D en la fractura osteoporótica de cadera y factores asociados.

id:105-26

Autores: Larrosa M, Casado E, Gómez A, Moreno M, Berlanga E, Ramón J, Gratacós J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;130(1):6-9. Citas 34. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La fractura de cadera es un problema relativamente frecuente en los mayores. En su origen están implicados múltiples factores, entre los que no siempre la osteoporosis es el más determinante. En este estudio de 324 pacientes con fractura de cadera se observa una edad media de 83 años, e hipovitaminosis D en el 67%; esta es más frecuente en los que tienen menor exposición solar, peor estado nutricional y baja capacidad funcional. Habrá que intentar que los ancianos estén bien nutridos, mantengan una adecuada capacidad funcional, se expongan al sol, tomen suplementos de vitamina D y calcio, y que no se caigan.

Elección de mastectomía radical por la paciente con cáncer de mama.

id:105-27

From policy to patients and back: surgical treatment decision making for patients with breast cancer.

Autores: Katz S, Hawky ST.

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Affairs. 2007;26:761-9. Citas 38. MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Las mujeres aceptan muchas veces un sobre-tratamiento en el caso del cáncer de mama, y los autores intentan entender el porqué. Aciertan al enfocar el problema en sus justos términos, que van más allá de la simple imposición médica. De hecho, en la actualidad se suelen ofrecer tratamientos menos agresivos, pero las mujeres con frecuencia piden los más radicales, como forma de "erradicar" el problema, de disminuir la probabilidad de recurrencia y muerte por cáncer de mama. Lo prudente sería escuchar a la mujer, y darle tiempo para explicar su elección, que puede tener causas múltiples. Lo sencillo, creer que la mujer se equivoca, no resuelve el problema.

Alerta SEMG



GlaxoSmithKline

Le facilita cualquiera de los artículos reseñados en esta sección

Nombre y apellidos:.....

Centro de trabajo:.....

Dirección:.....CP:.....Provincia:.....

Teléfono:.....Fax:.....e-mail:.....

Indique a continuación el título, primer autor, número de edición de **medicinageneral**, mes y año

título	primer autor	nº edición	mes	año	id

Enviar, citando **medicinageneral** - Alerta SEMG, a CIC centro de información GSK - Tel. 902 202 700 e-mail: es-ci@gsk.com - Fax 918 070 479

En cumplimiento de la Ley Orgánica 16/1999 de 13 de diciembre de protección de Cartas de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales recogidos en el presente formulario se incluirán en un fichero cuyo responsable es GlaxoSmithKline. S.A. con domicilio en C/ Severo Ochoa. 2. 28760 Tres Cantos (Madrid) con la finalidad del envío de artículos de revistas científicas. Usted tiene derecho al acceso, rectificación y anulación de sus datos así como a la oposición a su tratamiento en sus términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo desea puede ejercitarlos dirigiéndose por escrito a la dirección del responsable arriba mencionado, indicando CIC Centro de Información de GSK*.