

Por Juan Gérvas, Miguel Ángel Ripoll Lozano y Mercedes Pérez Fernández

Cumplimiento y efectividad del tratamiento de la infección tuberculosa con isoniazida durante nueve meses en una cohorte de 755 pacientes. id:108-1

Autores: Pina-Gutiérrez JM, Ferrer-Traid A, Arias C, Sala-Farré MR, López-Sanmartín JL.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2008;130:165-71. Citas 29. MARL.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La quimioprofilaxis o tratamiento de la infección tuberculosa con isoniazida para intentar evitar que aparezca la enfermedad es un tratamiento vigente desde hace 50 años. Y efectivo, sobretodo si se hace durante 9 meses. La adherencia es mejor cuanto más riesgo hay de desarrollar la enfermedad (en conversores 90%, con un NNT -nº necesario de pacientes a tratar para evitar 1 caso- de 9; en contactos infrecuentes, adherencia del 65% y NNT de 79). El 10% de los pacientes tuvieron efectos secundarios hepáticos, en general leves.

Los pobres, lo más afectados si llega la pandemia de gripe aviar. id:108-2
Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective.

Autores: Blumenshine R, Bravenan P, Egerter S, Mokenhaupt R, Bravenan R, Marks J.
Revista/Año/Vol./Págs.: Emerging Infect Dis. 2008;14:709-15. Citas 40. MPF.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: El texto va sobre EEUU, pero los autores advierten que el problema es universal: la distinta afectación según clase socio-económica por la pandemia de la gripe aviar (si llega). Ya se demostró con la gripe española, que por ejemplo mató a muchísimos más soldados (hacinados) que a oficiales (en sus chalets) en la India. Los autores destacan que hay tres problemas para los pobres: 1/ mayor exposición (por ejemplo, por hacinamiento en las viviendas), 2/ mayor susceptibilidad (por ejemplo, por más tabaquismo y más enfermedad cardiovascular) y 3/ peor acceso a los servicios sanitarios (por ejemplo, barreras administrativas, culturales y horarias). Ser pobre afecta a la vida, la enfermedad y la muerte.

La imperiosa necesidad de estándares. id:108-3
Electronic health records, medical research, and the Tower of Babel.

Autores: Kush RD, Helton E, Rockhold FW, Hardison D.
Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med. 2008;358:1738-40. Citas 4. JG.
Calificación: Excelente.

Comentarios: Cuando se habla de historia clínica electrónica se tiende a ver resueltos todos los problemas en cuanto uno la tiene a su disposición. Vana esperanza, pues en muchos casos la electrónica sólo consigue hacer obvios los problemas ocultos en el papel, no resolverlos. La cuestión más increíble es la falta de estándares que hagan compatibles los distintos sistemas y sus datos. La compatibilidad es clave para la asistencia clínica, cuando el paciente recibe cuidados de muy distintos profesionales y centros. Pero es también clave para la investigación, como se destaca en este editorial. Se hace un listado de las iniciativas gringas de normalización de datos clínicos para facilitar la investigación.

La historia clínica electrónica personal. id:108-4
Personally controlled online health data. The next big thing in medical care?

Autor: Steinbrook R.
Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med. 2008;358:1653-6. Citas 5.
Calificación: Informativo.

Comentarios: Conviene saber por dónde van los tiros y las cosas nuevas. Por ello es interesante este editorial sobre la historia clínica electrónica personal. De lo que se trata es de que sea el propio paciente quien guarde su historia en un repositorio (y/o tarjeta) donde vaya acumulando todo lo que quiera, desde informes a resultados de pruebas diagnósticas y terapéuticas. Y que dé acceso a esa información como quiera y a quien quiera (su médico, en urgencias, para investigación y demás). En ese sentido la historia clínica electrónica de médicos y hospitales será sólo una parte de la historia personal del paciente. La cosa no es ciencia ficción, pues están interesadas desde grandes empresas para sus trabajadores a Google y Microsoft.

Problemas con la historia clínica electrónica. id:108-5
Off the record. Avoiding the pitfalls of going electronic.

Autores: Hartzband PH, Groopman J.
Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med. 2008;358:1656-8. Citas 0. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Cada instrumento tiene sus problemas peculiares, como es de esperar. Por eso conviene leer textos como este editorial del *New England* en el que se critica la historia clínica electrónica por quienes la usan/promueven. Insisten en el "cortar y pegar", de forma que la historia se llena de trozos de informes repetidos, que no añaden nada (y a veces reproducen/llevan a errores). También en la falta de resalte de la información relevante, que se mezcla con toda la basura inimaginable que se puede almacenar. Así mismo, el trabajo estéril de rellenar por rellenar, para cumplir objetivos, aunque ello provoque un trabajo clínico defectuoso. Hay quienes están llegando a escribir de nuevo fichas a mano, para tener una síntesis de los problemas del paciente.



Prevalencia y características clínicas de la microalbuminuria en la población española con hipertensión arterial.

id:108-6

Autores: De la Sierra A, Egocheaga MI, Aguilera MT.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2008;130:201-5. Citas 28. MARL.
Calificación: Bueno.

Comentarios: La microalbuminuria es frecuente en los pacientes hipertensos, como se refleja en este estudio realizado en casi 5.000 pacientes a nivel de atención primaria. El 21,4% la tenían, correlacionándose con peores cifras de TA, la existencia de otros factores de riesgo cardiovascular y la lesión de órgano diana (o sea, los que peor están tienen más microalbuminuria). Y en ellos lógicamente es en los que más habría que esforzarse por mejorarlos.

Riesgo cardiovascular asociado a microalbuminuria en pacientes diabéticos y en pacientes con hipertensión arterial.

id:108-7

Autores: Robles NR, MENA C, Velasco J, Angulo E, Garrote T y García F, en representación de los investigadores del estudio MICREX.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2008;130:206-9. Citas 29. MARL.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Como se ha señalado en el comentario anterior, la microalbuminuria es frecuente en los pacientes hipertensos (también en los diabéticos). Y los pacientes con microalbuminuria tienen un riesgo aumentado de enfermedades cardiovasculares, que se incrementa si se asocian diabetes e hipertensión. Algo bastante lógico, los pacientes con más comorbilidad y deterioro es normal que tengan más problemas. Y ese es uno de los principales retos de la atención primaria, atender adecuadamente la comorbilidad.

Uso racional y eficiente del tratamiento hipocolesterolemiante.

id:108-8

Autores: García AJ, Morata F, Montesinos AC.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2008;130:263-6. Citas 27. MARL.
Calificación: Bueno.

Comentarios: El gasto anual en hipocolesterolemiantes (HC) es muy elevado, no siempre de forma justificada (sobre todo en prevención primaria en pacientes sin otros factores de riesgo cardiovascular y con cifras de colesterol poco elevadas). En este artículo se ofrece una guía resumida en una figura muy representativa para el uso eficiente (efectivo y coste razonable) de los HC, en función de la LDLc inicial y el objetivo terapéutico. Entre las estatinas, simvastatina sería la más efectiva inicialmente, y en casos con LDLc más altos, atorvastatina.

Tratamiento multifactorial de la arteriosclerosis.

id:108-9

Autores: Mangas A, Gómez F.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;129:785-96. Citas 124. MARL.
Calificación: Bueno.

Comentarios: La arteriosclerosis y la repercusión cardiovascular consecuente es la primera causa de muerte. En esta revisión, se dan pautas claras de actuación, como por ejemplo en prevención primaria y en secundaria, dieta, ejercicio, no fumar, evitar el sobrepeso y atención a los factores de riesgo cardiovascular (diabetes, HTA, HLP). En arteriopatía periférica, aspirina o clopidogrel y pentoxifilina. En insuficiencia cardíaca IECA y bloqueadores beta; si hay congestión vascular diuréticos de asa y espirolactona si es ICS avanzada. Todo bastante razonable y asequible, pero no siempre recomendado ni realizado.

Problemas con el autocontrol en diabéticos.

id:108-10

Self management of type 2 diabetes. More efforts are needed to capture the patients' perspective.

Autor: Snoek FJ.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;335:458-9. Citas 12. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: El seguimiento de los pacientes diabéticos es un problema. En concreto, es dudosa la utilidad de los perfiles de glucemia, el autocontrol de los diabéticos. En este editorial se comenta dicho problema, y otro adicional sobre el beneficio del tratamiento antidiabético cuando además hay insuficiencia cardíaca (sólo la metformina se asocia a menos muertes, a un claro beneficio). Respecto al autocontrol, en un trabajo longitudinal publicado en el mismo número se demuestra el impacto de sentimientos de frustración, culpa y fracaso de la determinación de las glucemias, particularmente en las mujeres. Además, el escaso interés de los médicos sobre los datos. Todo ello hace poco útil el autocontrol.

Enfermedad: ciencia y ficción.

id:108-11

Autor: Gérvas J.

Revista/Año/Vol./Págs.: AMF. 2008;4:2-3. Citas 6. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: En este editorial se hace evidente que, sin saberlo, los médicos tenemos una visión realista del mundo. Es decir, una visión que cree que el mundo existe tal cual, independientemente de nosotros. Con ello se establece una visión biológica y falsamente científica del enfermar y de la enfermedad, muy alejada del empirismo que debería gobernar nuestro saber, y que se expresa bien con el "no existen enfermedades sino enfermos". La visión realista nos lleva de sanadores (que consuelan) a curanderos, en el afán de curar toda enfermedad. Incluso de curanderos a magos, al ofrecer casi la vida eterna con el control de los factores de riesgo y de las pre-enfermedades. Es fácil el último paso, el convertirnos en negociantes al promocionar remedios y pautas que sólo sirven al que las promociona.

Contra las patentes de los genes.

id:108-12

HER2 testing: the patent "genee" is out of the bottle.
Autor: Goldman B.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2007;176:1443-4. Citas 11. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los genes no se deberían poder patentar, dice en síntesis el autor, canadiense. Sin embargo, en EEUU ya se ha patentado más de 4.000 de un total estimado de 24.000. En el 63% de los casos, por compañías privadas con ánimo de lucro. Se patenta todo, los usos diagnósticos y terapéuticos y el propio gen. Con ello hay problemas tan pintorescos como los ocurridos en Canadá al intentar determinar los genes BRCA1 y BRCA2 (del 10% de los cánceres de mama), que ha originado reclamaciones judiciales por quien tiene su patente, para que hasta los mismos análisis se hagan en sus laboratorios en EEUU. El autor revisa el problema y termina alabando la decisión de la Unión Europea de no autorizar ni reconocer las patentes de genes.

Los límites de la ciencia.

id:108-13

Autor: Galindo A.

Revista/Año/Vol./Págs.: Eidón. 2008;26:6-10. Citas 0. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Decía Cajal que no hay cuestiones agotadas sino hombre agotados ante las cuestiones. Decía Clarke, el autor de ciencia ficción, que si un científico sabio dice que algo es posible probablemente acierte, pero si dice que es imposible lo más probable es que se equivoque. Y de todo ello va este artículo, donde se plantean cuestiones últimas que conviene que también los médicos clínicos consideremos. Por ejemplo, cuando plantea que el objetivo de la ciencia no es entender los porqués, sino los cómo. Es decir, no pretendemos entender las causas sino interpretar los hechos, darles una descripción más o menos matemática. Lo importante es la capacidad creativa, la capacidad de ver nuevas relaciones, de imaginar las cosas. En fin, un texto para leer subrayando.

La importancia de la herencia epigenética.

id:108-14

Development origins of health and diseases: new insights.
Autores: Hanson MA, Gluckman PD.

Revista/Año/Vol./Págs.: Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2008;102:90-3. Citas 39. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los seres vivos transmitimos caracteres a la descendencia a través de los ácidos nucleicos, bien del núcleo, bien de las mitocondrias, con lo que llamamos genotipo. Por supuesto, el desarrollo en un grupo o tribu hace que además se transmita otra herencia, epigenética, que modifica el genotipo para generar la morfología, función y conducta final. Pues bien, los autores sostienen que hay hechos clave en la herencia epigenética, como se demuestra en animales, que tiene efecto importante en torno al periodo del nacimiento y cría. Por ejemplo, el contenido en grasas de la leche de la madre, que en exceso conlleva el desarrollo de un cuadro parecido al del síndrome metabólico.

Ejemplos en humanos de patología por influencia en la herencia epigenética.

id:108-15

Late insights into early origins of disease.
Autor: Grandjea P.

Revista/Año/Vol./Págs.: Basis Clin Pharmacol Toxicol. 2008;102:94-9. Citas: 36. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La herencia epigenética es más evidente cuando conlleva cambios patológicos. Por eso el texto de este danés tiene más impacto que el anterior, al centrarse en ejemplos de la especie humana. Por ejemplo, el influjo del dietilestilbestrol tomado por la madre (como antiemético en el embarazo) en el desarrollo al cabo de décadas de cáncer del tracto inferior genital en las hijas. Por ejemplo, el impacto de la intoxicación por plomo en el desarrollo mental de los niños intoxicados. También el influjo del metil-mercurio en la enfermedad neurológica de las madres japonesas envenenadas por el consumo de pesca en Minnamata, que se empezó a estudiar a primeros de 1950 y tardó tres décadas en aceptarse. Por eso el autor se queja de la tardía tardanza en tomar acciones en estos casos, y en otros muchos.



¿Educación u operación bancaria? Reflexiones en memoria de Paulo Freire.

id:108-16

Autor: Archer D.

Revista/Año/Vol./Págs.: Educación Adulto Desarrollo. 2007;69:9-28. Citas 18.

Calificación: Bueno.

Comentarios: El trabajo y las ideas de Paulo Freire son siempre novedad, pues pocas veces se han llevado a la práctica íntegramente. La revista comentada se dedica íntegra a dicho autor, de que se celebró en 2007 el décimo aniversario de la muerte. En este trabajo se comenta el fracaso en mayo 2007 de la reunión de los países desarrollados sobre "Cumplimiento de nuestras promesas sobre educación" (fracaso más doloroso por las presiones del Banco Mundial y del FMI para que disminuir el gasto en educación que conlleva mal pago y mala calidad de la enseñanza). Parece que no hay interés por combatir la pobreza, marginación y opresión, que forman un círculo de hierro del que sólo se puede salir con la educación, formación y solidaridad que promueven autores como Paulo Freire.

Lipoatofia semicircular.

id:108-17

Autores: Pomares JM, Arrizabalaga P.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2008;130:213-5. Citas 19. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: A veces aparecen nuevas enfermedades (y otras las inventamos), como la lipoatofia semicircular, en la que se pierde tejido adiposo y aparecen bandas semicirculares, sobretodo en muslos. Se relaciona con las características de los nuevos edificios de oficinas, con humedad baja, electricidad estática alta, y el número de apoyos o contactos con bordes de mesa finos. En España se comunicaron casos epidémicos en 2007, en Gas Natural (Barcelona), pero ya se habían descrito 1500 casos en 1995, en grandes empresas europeas y americanas (y se había descrito ya en 1974). Es reversible.

El "despilfarro" farmacéutico español, un mito sin fundamento.

id:108-18

Autores: Simó J, Gérvas J.

Revista/Año/Vol./Págs.: El Médico 1-II-2008. Citas 34. MARL.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Artículo en el que se rebate el mito del despilfarro farmacéutico español. Se gasta poco en atención primaria, y entonces proporcionalmente el gasto en farmacia es mayor, y existe muy poco copago (6% en España, frente al 15% en Europa) y no equitativo. Sin esos condicionantes el gasto sería adecuado a nuestro nivel de renta y envejecimiento. Se pide además que se revisen los criterios de financiación pública de los fármacos (con criterios de coste-efectividad). Todos debemos contribuir a un buen uso de los fármacos (no sólo los médicos).

La promoción de la actividad física en niños, en la escuela.

Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescent: systematic review of controlled trials.

id:108-19

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;335:703-7. Citas 28. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los estilos de vida están cambiando, y cada vez es más raro, por ejemplo, ver a un niño subirse a un árbol, a un adolescente salir de caza con su padre. La juventud sigue la estela de la sociedad, y cada vez llena más sus ocios de actividades sedentarias. De ahí el interés de evaluar las intervenciones que pretenden que los chicos hagan más actividad física. En este texto se presentan los resultados de la búsqueda sistemática de ensayos clínicos sobre promoción de la actividad física en niños y adolescentes. Se localizaron 57 estudios, de ellos 24 de alta calidad metodológica. Puede concluirse que las intervenciones son poco útiles en los niños. En los adolescentes parecen ser útiles las centradas en las escuelas (no en la comunidad). No hay trabajos sobre la efectividad.

Prevención en ancianos, demasiado.

Preventive health care in elderly people needs rethinking.

id:108-20

Autores: Mangin D, Sweeny K, Heath I.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;335:285-7. Citas 14. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: La prevención tiene una cara demasiado amable, casi hipnotizadora. Por ello conviene tener poco trato con ella. Se demuestra en mil casos en los que la prevención se adopta sin precaución. Insisten en ello los autores al tratar el problema de la prevención en los ancianos. Muchas veces todo lo que se logra es cambiar una causa por otra. Por ejemplo, con el uso de hipolipemiantes los ancianos mueren menos (poco) de enfermedad cardiovascular y más de cáncer. Pero mueren en la misma cantidad, y a la misma edad. Es decir, el tratamiento cambia la causa de muerte, sin explicárselo a los ancianos ni darles a elegir. Un disparate, anexo a la forma de pensar ligada al diagnóstico y a los modelos de "una sola enfermedad".

Predecir lo peor, para evitarlo.
id:108-21
Predictive failure análisis. Planning for the worse so that it never happens!
Autor: Hipple J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Community Health. 2008;31:71-75. Citas 12. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Las crisis sanitarias son un poco impredecibles, y un mucho mal manejadas. Toca este año la del aceite de girasol importado de Ucrania, pero mañana será otra. No es fácil predecir cuál será la siguiente, y cómo responder mejor. En este texto se propone un método basado en la predicción del peor escenario posible y en la toma de decisiones para intentar evitar que se presente. Lo importante es tener idea de los potenciales fallos en los sistemas de respuesta, lo que permite prever cómo cambiar para mejor responder a los acontecimientos. El método fue desarrollado en la antigua Unión Soviética, y permite responder a problemas potenciales imprevistos.

Seguros privados en España.
id:108-22
Changes in the demand for private medical insurance following a shift in tax incentives.
Autores: Rodríguez M, Stoyanova A.

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Econ. 2008;17:185-202. Citas 58. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En España, hay una buena convivencia de la industria privada del aseguramiento sanitario con el sistema público. La privada cubre en torno al 10% de la población (más el 5% que pertenece a funcionarios y sus familiares). En 1998 se eliminó la deducción fiscal del 15% para las pólizas individuales, y se creó una deducción sobre los beneficios empresariales cuando se ofrece aseguramiento privado al colectivo de trabajadores. Las autores, de la Universidad de Barcelona, analizan el impacto de estas dos medidas, y demuestran que en conjunto ha cambiado poco el panorama. Quizá ha conllevado el que haya menos mujeres con pólizas privadas (pues las mujeres son mayoría en grupos como desempleados, pensionistas y demás).

A más médicos de primaria menor uso del hospital.
id:108-23
Health care utilization and the proportion of primary care physicians.
Autores: Kravet SJ, Shore AD, Miller R, Green GB, Kolodner K, Wright SM.

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med. 2008;121;142-8. Citas 36. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Si los de primaria trabajamos bien hay que esperar que los especialistas trabajen menos. No sucede en España, donde a más médicos de primaria (más reforma) más uso de las urgencias, por ejemplo. Los autores, de la Johns Hopkins, Baltimore, EEUU, analizan la proporción de médicos de primaria (generales, de familia, medicina interna general y pediatras generalistas) en los 3.028 condados gringos en relación con el uso hospitalario (ingresos hospitalarios, urgencias y cirugía). Demuestran que a mayor proporción de médicos de primaria menor uso del hospital. Por ejemplo, pasar del 35 al 40% disminuye los ingresos anuales en 2.500, las consultas a urgencias en 15.000 y la cirugía en 2.500. Otro mundo.

El doctor Kleenex y la batalla de la receta.
id:108-24
Autor: Casajuana J.

Revista/Año/Vol./Págs.: AMF. 2008;4:122-4. Citas 11. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: En este editorial se comenta que la banalización de la atención médica llega a tal extremo que para un paciente con mocos resulta más sencillo llegar al médico de cabecera que al Kleenex, y de ahí lo de Dr. Kleenex, para el médico de primaria. El autor inicia el texto con un comentario sobre la locura preventiva, que lleva a suponer que habría que dedicar 11 horas diarias de consulta a un cupo de 1.500 personas sólo para atender las 10 enfermedades crónicas más frecuentes, y las propuestas preventivas generales. Con eso, y la alta frecuentación española (9,5 visitas por habitante y año, contra una media en la OCDE de 6,8), no es de extrañar la impresión de que faltan médicos en España. Termina el editorial reclamando lógica contra burocracia, no rechazo sin más.

Informe sobre las pérdidas para la economía catalana debidas a la enfermedad.
id:108-25
Autor: Oliva J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Madrid: FEDEA; 2007. Citas 32. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Las bajas laborales tienen un coste altísimo, para el individuo, su familia y la sociedad. En este estudio, de la Universidad de Castilla La Mancha, se analiza el coste de las bajas laborales en el año 2004 en Cataluña. Se excluyen los costes indirectos para las familias (que pueden ser enormes, para enfermedades como demencia, o ictus). En total, las bajas laborales costaron 7.432 millones de euros en el año 2004 (el gasto público total en Cataluña fue de 6.502 millones en ese año). La mortalidad prematura (que en el 70% de los casos afectó a hombres) costó 1.682 millones. La morbilidad por Incapacidad Permanente, 3.467, y por Incapacidad Temporal 2.283 millones. Son cifras mareantes, que obligan a pensar en el problema con preocupación.

**A más precio, más efecto.**

id:108-26

Autores: Waber RL, Shiv B, Carmon Z, Ariely D.**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA. 2008;299:1016-7. Citas 6. JG.**Calificación:** Excepcional.

Comentarios: El efecto placebo es poderosísimo. Todos los médicos tenemos idea de su impacto, pero muchas veces se nos olvida. Por eso considero de obligada lectura ("excepcional") esta breve carta de investigación, de Instituto de Tecnología de Massachussets. El último firmante es autor excepcional en torno a las decisiones irracionales de los humanos. En este caso, sobre el mayor poder analgésico de un placebo, comparado según precio. Comprobado con voluntarios sanos a los que se les explicó que era un nuevo analgésico que había que probar (y en realidad tenía un contenido inerte). Con dos grupos, a los que se les dio la píldora y se les dijo el precio. La píldora de 2,5 dólares disminuye el dolor más que la misma píldora de 0,10 dólares. Estudiado el dolor con descargas eléctricas en la muñeca. A más precio más efecto. Esperable, increíble y cierto.

Lo difícil de mezclar ciencia y clínica.

id:108-27

Science, clinical practice, and a synthesis of both.**Autor:** Ernst E.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med. 2008;121:2. Citas 0. JG.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: El trabajo se complica cuando el médico clínico trata de pasar los resultados de los estudios científicos a su consulta. No se nada fácil cambiar de un papel básico de "sanadores" (de ayuda al que sufre) a un papel básico imposible de "científicos", por más que la Medicina Basada en Pruebas prometa que ello es posible y sencillo. En este breve editorial se comenta con acierto que el médico clínico tiende a ver resultados sesgados por su misma práctica. Por ejemplo, tiende a no valorar el poderosísimo efecto del placebo en la interacción médico-paciente. O a no percibir el sesgo del propio paciente, que intenta ser agradable con su médico, hasta el punto de sentirse mejor "por complacer". Etc.

Paciente-profesional, efecto placebo intenso.

id:108-28

Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome.**Autores:** Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE et al.**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2008;336:999-1003. Citas 32. JG. **Calificación:** Excelente.

Comentarios: El médico tiene que tener empatía con el paciente, demostrarle que le interesa genuinamente sus problemas. Es cuestión de elegancia y cortesía, de humanidad y profesionalidad. Pero es también cuestión de eficacia. Lo demuestran de nuevo en este trabajo gringo, con pacientes con colon irritable (262, el 76% mujeres, con más de 150 puntos con los criterios de Roma II). Se hicieron tres grupos: en espera, acupuntura simulada, y acupuntura simulada más empatía, calidez y comprensión por el acupuntor (con un método estandarizado, y con registro de video para comprobarlo). La mejora en los tres grupos fue, respectivamente, 3,8, 4,3 y 5,0. El alivio en los síntomas: 28, 44 y 62%. La mejora en la calidad de vida: 3,6, 4,1 y 9,3. La mejora en la calidad de vida: 30, 42 y 82%. Lo más fuerte, el placebo de la relación con el profesional. Lo más bonito, la posibilidad de sumar varios efectos placebo.

Uso correcto del placebo.

id:108-29

The thinking doctor's guide to placebos.**Autores:** Pittrof R, Rubenstein I.**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2008;336:1020. Citas 0. JG.**Calificación:** Muy bueno.

Comentarios: La utilización del placebo siempre deja un poso de mal sabor de boca, en el sentido de manipular al paciente, de no ser franco, de ocultar parte de la verdad respecto a la actividad que se propone. Los autores de este breve comentario elaboran un listado de condiciones que permiten superar el inconveniente ético, y compartir con el paciente los resultados que demuestran la utilidad de la actividad que se le propone. Es un poco el uso correcto de la Medicina Basada en Pruebas. Lo importante es que no haya una mejor alternativa, y que exista un ensayo clínico que demuestre la utilidad del placebo propuesto. El salto a dar, es el de siempre, el de la validez externa. Lo importante es que el médico y el paciente sean conscientes del poder del placebo.

Placebo, algo más que la psique.

id:108-30

What is the placebo worth?**Autores:** Spiegel D, Harrington A.**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2008;336:967-8. Citas 9. JG.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: Aunque parezca mentira, se sigue dudando sobre la eficacia del placebo. Es lógico, pues resulta increíble que sea tan poderoso. En este editorial, los autores comentan los trabajos previos (y otros), y destacan la importancia del placebo no sólo como actividad propuesta, sino como contexto. Sobre todo por el mayor efecto placebo de una buena relación médico-paciente. Es algo más que una cuestión psicológica, pues se ha podido demostrar la asociación en el cerebro de zonas del dolor con zonas de la atención. Ello explica mucho del efecto de las medicinas "complementarias" ("alternativas"), pues sus profesionales valoran y cuidan los aspectos sociales, culturales y psicológicos de los encuentros, y logran un efecto positivo innegable.

El sistema de salud de Brasil, ejemplar en algunas cosas.
Flawed but fair: Brazil's health system reaches out the poor.

id:108-34

Autor: Jamberg C.

Revista/Año/Vol./Págs.: Bull WHO. 2008;86:248-9. Citas 0. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: El grupo BRICI de países está formado por el grupo de naciones emergentes, que se suponen tomarán la antorcha del desarrollo en las próximas décadas. Incluye Brasil, Rusia, China e India. Brasil, con casi 200 millones de habitantes es el más cercano a España en muchos sentidos. De ahí el interés por su evolución, incluyendo la de su sistema de salud. Desde hace algo más de 10 años se está desarrollando el Sistema Único de Salud, con el Programa de Medicina de Familia, que ya cubre al 70% de la población, y ofrece atención primaria gratuita en el punto del servicio. Aunque hay problemas (el peor, el poco crédito logrado entre las clases media y alta), el sistema funciona, y está teniendo impacto en la salud de la población.

Garantías (AUGE) en Chile.

id:108-35

Delivering cost-efficient public services in health care, education and housing in Chile.

Autor: Moccero D.

Revista/Año/Vol./Págs.: Paris: OCDE, Economics Department Working Paper 606; 2008.

Comentarios: El sistema sanitario chileno empezó en 2002 a ofrecer garantías de tiempo y calidad para un cierto grupo de 56 enfermedades (seguimiento diagnóstico y terapéutico), con el programa AUGE. La experiencia chilena es interesante, además, por la coexistencia del aseguramiento privado y público, ambos con financiación pública (pero el primero con mayor co-pago). Se llaman respectivamente ISAPREs y FONESA. EL 7% de los privados utilizan lo público y el 18% de los pacientes con aseguramiento público utilizan lo privado (con sus co-pagos). Aproximadamente el 68% de la población está cubierta por FONESA. El problema es que lo privado descrema mucho la clientela, de forma que FONESA tiene que cargar con los individuos y familias en peores condiciones de salud.

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 Organica 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".