

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

**No está justificado el cribaje de diabetes en pacientes asintomáticos.**

id:110-1

*Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement.*
**Autores:** US Preventive Task Force.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med. 2008;148:846-54. Citas 52. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La diabetes es frecuente. Más frecuente según se defina. Ahora, con el descenso de la glucemia desde 140 mg/dl a 126 mg/dl hay más diabéticos. En este texto se preguntan si vale la pena hacer cribaje para diagnosticar precozmente la diabetes, bien empleando este criterio de definición, bien la sobrecarga oral de glucosa, o la cifra de hemoglobina glucosilada. Los de la *US Preventive Task Force* recomiendan no hacer cribaje de la diabetes. No hay ningún estudio que compare los resultados en salud entre los pacientes diagnosticados con cribaje y los diagnosticados con síntomas. Recomiendan del cribaje en los pacientes hipertensos, pero no en los hiperlipémicos. No hay estudios para avalar la frecuencia del cribaje en los hipertensos; se recomienda cada 3 años, por acuerdo de expertos.

**El fundamento para no recomendar el cribaje de la diabetes.**

id:110-2

*Secreenign adults for type 2 diabetes: a review of the evidence for the US Preventive Task Force.*
**Autores:** Norris SL, Kansagara D, Boutgasus C, Fu R.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med. 2008;148:855-68. Citas 164. JG.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** La tentación de diagnosticar cuando no hay síntomas es grande. De ahí la popularidad de los cribajes. Lo malo es que en muchos casos los cribajes producen más daños que beneficios, y conviene la prudencia antes de adoptarlos. En este excelente trabajo se hace una revisión de actualización entre 2001 y 2007 sobre todos los trabajos que se refieren al cribaje de la diabetes. Lo más interesante son las preguntas, pues van al grano. Se demuestra así que no hay estudios que demuestren que adelantar el diagnóstico de diabetes mejore el resultado. Ni que existan ventajas en el tratamiento de los hipertensos diabéticos con algún producto en particular.

**La dieta mediterránea ayuda a prevenir la diabetes.**

id:110-3

*Adherence to Mediterranean diet and risk of diabetes: prospective cohort study.*
**Autores:** Martínez-González MA, Fuente-Arrillaga C, Núñez-Córdoba JM, Basterra-Gortari FJ, Beunza JJ, Vázquez Z et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2008;336:1348-51. Citas 47. JG.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Comer bien es un placer. Y ese placer en España es fácil que sea sano, además. Nuestra dieta incluye frutas, verduras y legumbres, además de pescado, algo de vino y mucho aceite de oliva. Los autores, de Pamplona, establecen una cohorte a partir de universitarios y enfermeras de su universidad y de asociaciones varias en todo el país. Emplean el correo postal, y finalmente enrolan a 13.380 personas a las que siguen durante más de cuatro años. En la encuesta inicial (y cada dos años) se valora su dieta, con respuesta a 134 cuestiones, y una graduación final máxima de 9 puntos. La probabilidad de desarrollar diabetes entre los que tienen de 6 a 9 puntos es de 0,41 por comparación con los que tienen 3 o menos puntos.

**Ojo, no bajes mucho la hemoglobina glucosilada.**

id:110-4

*Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;358:2545-59. Citas 25. JG.*
**Autores:** ACCORD.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med. 2008;358:2545-59. Citas 25. JG. **Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** La obsesión por hacer las cosas bien puede ser peligrosa. Lo demostró el caso de la cerivastatina, estatina que bajaba más que ninguna los niveles de colesterol, pero que hubo que retirar por provocar rhabdmiolisis y muerte. Hace tiempo tenemos un caso similar con la obsesión por mantener bajos los niveles de hemoglobina glucosilada, a ser posible en el 6% o menos. Sin fundamento científico, sólo acuerdo de expertos. Ahora los resultados del ACCORD son contundentes: el control estricto de la hemoglobina glucosilada disminuye las complicaciones de la diabetes pero aumenta las muertes (el 22%). Con 10.251 pacientes seguidos 3,5 años. Los del control intenso, mejor hemoglobina glucosilada, menos eventos cardiovasculares, menos muertes por diabetes (352 contra 371), más visitas, más medicamentos, y más muertes por otras causas (257 contra 201).

**Control de la glucemia y neuropatía.**

id:110-5

*Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes.*
**Autores:** The ADVANCE Collaborative Group.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med. 2008;358:2560-72. Citas 34. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La tentación de controlar bien la diabetes es permanente (y parece lógica). Uno tiende a deducir que el mejor control conllevará mejor resultado. Los autores hacen un ensayo clínico con 11.140 pacientes, y en el grupo intervención el objetivo de conseguir una hemoglobina glucosilada de 6,5% o menos. Logran ese objetivo, contra una media en el grupo control de 7,3%. Después de cinco años de seguimiento no se demuestra ningún impacto en las complicaciones macrovasculares (muerte cardiovascular, infarto de miocardio e ictus) ni en la retinopatía. Sólo hay mejores resultados respecto a la incidencia de la neuropatía, que baja del 5,2% al 4,1% (el 21%). No hay variaciones en la mortalidad global.



**Contradicciones en los resultados de ensayos clínicos sobre diabetes.  
O controle glicémico stricto piora o risco cardiovascular no diabetes tipo 2?**

id:110-6

**Autor:** Tambascia M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Assoc Med Bras. 2008;54:1. Citas 9. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Dados los resultados en los ensayos clínicos sobre el tratamiento de la diabetes a lo largo de los años, es difícil llegar a una conclusión clara. El editorialista repasa un poco todo y trata de dar sentido al conjunto. Parece evidente que no entendemos bien el origen de las complicaciones macrovasculares, especialmente cardiovasculares, y que sobre ellas tiene poco o nada que hacer el control estricto de la diabetes. Respecto a las complicaciones microvasculares, parece que el tratamiento logra disminuir la incidencia de la neuropatía sin efecto sobre la retinopatía. Conviene valorar el efecto pernicioso de la polimedicación, y en todo caso ajustarse a normas de prudencia adaptadas al paciente individual.

**La guía NICE para la diabetes.  
Type 2 diabetes. The management of type 2 diabetes.**

id:110-7

**Autor:** NICE.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** London: NICE; 2008. Citas 0. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Sobre diabetes, como sobre hipertensión, hay un exceso de guías y normas, que en poco ayudan al clínico que quiere hacerlo bien. Al menos esta guía inglesa, del NICE, es sencilla. Sugiere un objetivo entre 7,5% y 6,5% de hemoglobina glucosilada, aunque insiste en que el paciente lo entienda y lo acepte sin que ello lleve a crisis de hipoglucemia ni pérdida de calidad de vida. Recomienda medir la glucemia cada 2-3 meses mientras el cuadro se estabiliza, y después cada 6 meses, aunque reconoce que no hay fundamento científico para decidir al respecto. Contiene varios algoritmos que dan ideas; por ejemplo, para el tratamiento de la neuropatía. Se puede tener la guía en [www.nice.org.uk/CG066](http://www.nice.org.uk/CG066).

**Índice pronóstico de muerte en diabéticos tipo 2.**

id:110-8

**Autores:** Yang X, So WY, Tong PCY, Ma RCW, Kong APS, Lam CWK et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med. 2008;168:451-8. Citas 38. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los pacientes diabéticos mueren antes de tiempo. Es decir, se puede prolongar su vida si reciben tratamiento adecuado, como bien demostró en su día la introducción de la insulina. Lo malo es que no sabemos muy bien qué es lo crítico en el seguimiento de los diabéticos. En este trabajo chino, en Hong Kong, siguieron durante 6 años a 7.583 pacientes con diabetes tipo 2 (media de edad 57 años, y de duración previa de la diabetes 6 años). Murieron 619. Al relacionar la muerte con las características básicas, se asocia a uso de insulina, aumento de la hemoglobina glucosilada, varón, albuminuria, obesidad, arteriopatía periférica y disminución de la filtración glomerular. Casi todo el exceso de mortalidad se debe a neuropatía.

**Ley de Cuidados Inversos en las mamografías de cribaje.  
Screening mammography in older women. Effect of wealth and prognosis.**

id:110-9

**Autores:** Williams BA, Lindquist K, Sudore RL, Covinsky KE, Walter LC.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med. 2008;168:514-20. Citas 47. JG.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** El cribaje del cáncer de mama con mamografía es de efectividad dudosa entre los 50 y 65 años, lo que exige informar bien a las pacientes de beneficios y perjuicios. A partir de los 65 años, y con menos de 50, las dudas sobre efectividad son nulas, por falta de eficacia. En este trabajo se considera la realización de mamografía de cribaje a mujeres de más de 65 años en EEUU. Se demuestra que se hace con más frecuencia en las mujeres más ricas, incluso en las que tienen escasa perspectiva de vida (menos de cinco años). Lo contrario sucede en las mujeres pobres, en las que se hace menos incluso en las que tienen buena perspectiva de vida (de más de cinco años). Los cinco años son los necesarios para que se logren los beneficios esperables del cribaje mamográfico.

**La densidad mamaria, clave en el cribaje.  
Using clinical factors and mammographic breast density to estimate breast cancer risk: development and validation of a new predictive model.**

id:110-10

**Autores:** Tice JA, Cummings SR, Smith-Bindman R, Ichikawa L, Barlow WE, Kerlikowske K.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med. 2008;148:337-47. Citas 56. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La probabilidad de tener cáncer de mama depende de muchos factores, y algunos son conocidos. Los autores, gringos, emplean datos del seguimiento de algo más de un millón de mujeres durante más de cinco años. El 46% tenía menos de 50 años al comienzo del estudio y de la primera mamografía. Se diagnosticaron 14.766 cánceres de mama invasivos. Para desarrollar un modelo predictivo se emplearon datos clínicos (edad, grupo étnico, historia en la familia de cáncer de mama e historia de biopsia) y una gradación de la densidad mamaria. El modelo final no tiene gran precisión pero ayuda a valorar la probabilidad de tener cáncer de mama.

**El hipotiroidismo subclínico no es un factor de riesgo cardiovascular.**

id:110-11

*Meta-analysis: subclinical thyroid dysfunction and the risk for coronary heart disease and mortality.*

**Autores:** Nanchen D, Auer R, Bauer DC, Gussekloo J, Cormuz J et al.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med. 2008;148:832-45. Citas 73. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Tenemos muchos pacientes con hipotiroidismo subclínico, y uno no sabe nunca qué hacer. En este trabajo se revisan todos los estudios de cohorte de seguimiento de pacientes con hipotiroidismo subclínico (no se excluye ninguno por idioma). Entre 1950 y 2008 localizan 10 estudios con 14.449 pacientes. En ellos hubo 2.134 eventos cardiovasculares y 2.822 muertes. Se encuentra una asociación incierta entre hipotiroidismo subclínico y estos eventos/muertes, pero la asociación es menor en los mejores estudios. Concluyen los autores pidiendo que se hagan ensayos clínicos, para llegar a conclusiones más ciertas.

**Prevención del tromboembolismo tras prótesis de cadera y rodilla.**

id:110-12

*Postdischarge thromboprophylaxis and mortality risk alter hip or knee replacement surgery.*

**Autores:** Rahme E, Dasgupta K, Burman M, Yin H, Sernataky S, Berry G et al.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ. 2008;178:1545-54. Citas 31. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La embolia pulmonar es complicación temible del tromboembolismo. Y este es complicación frecuente tras la cirugía por prótesis de cadera y rodilla. Se recomienda el tratamiento profiláctico del tromboembolismo 10 días tras la prótesis de rodilla y 35 días tras la de cadera. Los autores estudian las instrucciones de alta hospitalaria en mayores de 65 años, y en sólo el 19% se recomendaba tal prevención. Se analizaron los datos de 10.744 altas (de ellas 7.058 prótesis de cadera), de pacientes de una media de 75 años, el 38% varones. Hubo 223 muertes en los 3 meses siguientes al alta. Muchas menos cuando se hizo profilaxis. La probabilidad de ésta era mayor en la clase alta, en hospitales no universitarios, y en pacientes con insuficiencia cardíaca y/ fibrilación auricular.

**Amenazas a la Medicina General en el Reino Unido.**

id:110-13

*The state of general practice. No all for the better.*

**Autores:** Howie J, Metcalfe D, Walter J.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2008;336:1310. Citas 0. JG.  
**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Una de las ventajas del Reino Unido es creer en la historia. Nosotros tendemos a olvidarla. Por ejemplo, no es raro ver en el extranjero a un ponente jovencito (o viejo) hablar de la atención primaria en España y empezar con el cuento de que se implantó con la reforma en 1984, lo que elimina de un plumazo casi 700 años. Al continuación un inglés se remonta a la Edad Media (y el español abre la boca asombrado). Pues bien, cuatro brillantes ancianos médicos generales ingleses resumen en una página el desmantelamiento de la Medicina General inglesa en una forma muy inteligente, cuando cumple 60 años el Servicio Nacional de Salud. Ven cuatro derivas: el enfrentamiento entre paciente y población, los incentivos perversos (pago por desempeño), las dificultades para el acceso, y los problemas de formación.

**La calidad en el trabajo en solitario o pequeño grupo.**

id:110-14

*Performance measurement in the small office practice: challenges and potential solutions.*

**Autores:** Landon BE, Normand SLT.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med. 2008;148:353-7. Citas 17. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** La inmensa mayoría de los médicos del mundo trabaja en solitario o en grupos de menos de cinco. Este es el caso en EEUU, como en casi todos los países europeos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda. Los autores valoran el problema en EEUU, pues allí casi todo lo que es está desarrollando sobre seguridad y calidad es para grandes grupos de médicos. El problema es que más del 75% de las consultas ambulatorias son en centros con menos de cinco médicos, de forma que hay que pensar en ellos, y en cómo ayudarles para que se sumen a la corriente. Por ejemplo, seleccionando indicadores que se sumen a lo largo del tiempo, para conseguir una cierta "estabilidad".

**¿Vertical u horizontal? Horizontal.**

id:110-15

**Autores:** Maesener JD, Weel CV, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Practice. 2008;58:3-4. Citas 16. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Ante un problema la tentación es resolverlo directamente. Por ejemplo, ante la epidemia de SIDA la respuesta es invertir recursos para resolverla. Eso es lo que se está haciendo con el SIDA, la tuberculosis y el paludismo. Lamentablemente, es una forma de tirar el dinero. Se organizan servicios verticales con personal dedicado en exclusiva al problema considerado. Aunque parezca mentira, es una respuesta que resuelve poco el problema. Y que puede crear otros como se demuestra al "atraer" al personal que antes prestaba atención global (atención primaria), por ejemplo en Etiopía. Los autores piden que se revalorice la respuesta horizontal, con una organización y personal capaz de hacerse cargo de la persona y de sus diversos problemas de salud.



**Uso legal de las revisiones por pares.  
*Confidential review. Or not.***

id:110-16

**Autor:** Kennedy D.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Science. 2008;319:1009. Citas 0. JG.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** La revisión por pares tiene graves inconvenientes, pero es el método admitido para la selección de las publicaciones en las revistas científicas. Una cuestión central no resuelta es el mantenimiento en el anonimato de los revisores. Se dice que así pueden actuar con más libertad. Discrepo. Pero nadie había pensado en que los informes de los revisores tuvieran un uso en los juicios. En este editorial se comenta sobre la reclamación de Pfizer al *New England* para que le pase los informes de los revisores de artículos sobre los coxib, bien publicados bien rechazados. Pfizer espera encontrar en esos informes datos para su defensa por los daños de los coxib. De dar satisfacción a la petición el proceso de revisión por pares tendría que cambiar completamente.

**Los jueces ponen el proceso de revisión en su sitio.  
*Peer review in the balance.***

id:110-17

**Autores:** Curfman GD, Morrissey S, Annas GJ, Drazen JM.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med. Citas 4. JG.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Firmo el texto cuando escribo un comentario sobre un artículo que me ha remitido una revista. Me parece una señal de honradez, pues diría lo mismo si no firmase y mi texto fuera anónimo. No me importa que mi crítica tenga nombre y apellidos para los autores del texto comentado. Otra cosa es que ese texto mío como revisor vaya a salir incluso para ser utilizado en juicios. En principio no me importaría, pero me gustaría saber con antelación ese detalle. Pues bien, el *New England* ha ganado el juicio a Pfizer y no tendrá que entregar los informes de los revisores sobre los artículos referidos a los coxib. También ha ganado el juicio *JAMA*, con una reclamación similar. En ambos casos los jueces han puesto el proceso de revisión por encima de la reclamación, al estimar que así se defiende más el bien común.

**Baja calidad de los artículos periodísticos.**

id:110-18

***How do US journalists cover treatments, tests, products and procedures? An evaluation of 500 stories.***

**Autor:** Schwitzer G.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** PLoS Med. 2008;5(5):e.95. doi 10.1371/journal.pmed.0050095. Citas 11. JG.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Profesionales y legos obtienen información de los medios de comunicación. Las noticias nos ayudan a saber por dónde van las cosas. Pasa lo mismo en lo referente a la salud. En este caso identificamos muchos fallos, ya que los médicos sabemos muchas veces por dónde van los tiros. Los fallos son oportunidades perdidas. El autor lleva un proyecto, copia del original australiano con replicación canadiense, de seguimiento de las noticias sobre salud. En los primeros 22 meses han evaluado con diez criterios pre-definidos 500 noticias. Sólo el 8% obtiene un diez. Lo que menos se trata es del coste (en el 23%). Lo que mejor se cubre, las alternativas (38%). Se trata poco de los beneficios (28%) y de los daños (33%).

**Las causas de la baja calidad de los artículos periodísticos.**

id:110-19

***False hopes, unwarranted fears. The trouble with medical news stories.***

**Autor:** PLoS Editors.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** PLoS Med. 2008;5(5):e118. doi 10.1371/journal.pmed.0050118. Citas 18. JG.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Las noticias sobre salud tienen muy baja calidad. Y no toda la culpa es de los periodistas. Los autores revisan un poco el entramado, y destacan la escasísima formación de los periodistas en este campo, el poco tiempo que tienen para escribir, y los problemas con los encabezamientos, que muchas veces eligen los jefes en forma que llamen la atención. Además, muchos científicos y profesionales se benefician de la baja calidad de las noticias, de forma que pueden transmitir sesgos con cierta impunidad. Incluso las revistas científicas tratan de manipular a los periodistas con sus notas acerca de lo que se publica en cada número.

**Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad.**

id:110-20

**Autores:** Pascual JC, Castaño J, Espulga N, Díaz B, García-Ribera C, Bulbena A.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;130:281-5. Citas 24. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los pacientes con trastornos de ansiedad consultan con frecuencia, tanto por problemas mentales como físicos, que a veces se etiquetan como somatizaciones. Pero según los resultados de este estudio, estos pacientes, además de la ansiedad, tienen mayor riesgo de enfermedades somáticas como cefalea, cardiopatía, enfermedades osteomusculares y digestivas. Siempre hay que abordar las cosas de forma integral, y no excluyente. Los problemas mentales no excluyen los problemas orgánicos.

**Vacuna contra el virus H5N1 de la gripe.**
**id:110-21**
**Autores:** Ehrlich HJ, Müller M, Oh HML, Tambiah PH, Joukhadar C, Montomoli E et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med. 2008;358:2573-84. Citas 23. JG.

**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** La pandemia de gripe no nos dejará de amenazar nunca. Otra cosa es que sea la que se predice, pues el virus puede mutar cuando se tercié. Por ello es interesante este trabajo, diseñado y financiado por Baxter, la firma que produce la vacuna. Es una vacuna con el virus salvaje, que se hace crecer en células, por lo que exigen laboratorios de la máxima seguridad (BS2-3). La han probado en 275 días, con dos dosis separadas por 21 días. La máxima y suficiente respuesta se obtiene con 7,5 y con 15 microgramos del antígeno sin adyuvante. Como reacciones adversas identificadas, dolor en el punto de inyección y cefalea. Parece una vía prometedora y rápida, por partir directamente del virus salvaje.

**Mejora del diagnóstico de tuberculosis.**
**id:110-22**
**Using tests for latent tuberculosis infection to diagnose active tuberculosis: can we eat our cake and it too?**
**Autor:** Menzies D.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med. 2008;148:398-9. Citas 10. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La tuberculosis es una enfermedad de la pobreza. Y de la exclusión social. El resultado final, dadas las políticas neoliberales, es que seguimos teniendo tuberculosis, con el sufrimiento y la mortalidad que conlleva. Las cosas tienen ahora un mejor aspecto, al desarrollarse métodos diagnósticos rápidos con interferón gamma. En este editorial se comenta un texto publicado en el mismo número de la revista en que se combina la prueba de la tuberculina con una variación del método del interferón gamma. La sensibilidad fue del 99%. Es decir, si la probabilidad pre-test de enfermedad es muy baja y las dos pruebas son negativas es casi seguro que el paciente no tiene tuberculosis. Si el probabilidad pre-test es alta (del 80%, por ejemplo), las dos pruebas negativas dan una probabilidad post-test de no tener la enfermedad de sólo el 8%.

**Las visitas a urgencias por mal efecto de los medicamentos.**
**id:110-23**
**Autores:** Zed PJ, Abu-Laban RB, Balen RM, Loewen PS, Hohl CM, Brubacher JR et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ. 2008;178:1563-9. Citas 25. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los medicamentos tienen ventajas e inconvenientes, como todo. Entre los inconvenientes, provocar daños que exijan la visita a urgencias hospitalarias. En este trabajo se analizan a fondo estas consultas en urgencias, en un hospital general universitario canadiense. Se estudió una muestra a lo largo de tres meses, en que hubo 112 urgencias atribuibles a medicamentos. Analizadas por un médico y un farmacéutico se determinó que el 68% fueron prevenibles. En el 9% se consideraron graves. Básicamente fueron efectos adversos (39%). Llevaron a más frecuentes ingresos y más largos que las consultas no relacionadas con medicamentos.

**Los problemas de comunicación empeoran el resultado sanitario.**
**id:110-24**
**Impact of patient communication problems on the risk of presentable adverse events in acute care settings.**
**Autores:** Bartlett G, Blais R, Tamblyn R, Clermont RJ, McGibbon B.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ. 2008;178:1555-62. Citas 37. JG.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Los pacientes no son tratados todos igual. Los que más lo necesitan son tratados peor y/o reciben menos cuidados que los que menos lo necesitan (la Ley de Cuidados Inversos). En este trabajo canadiense se vuelve a demostrar. Analizan las altas de 20 hospitales, en 2000. Un total de 145.672 altas, de las que revisan a fondo una muestra al azar de 2.355. En estas encuentran 217 eventos adversos, el 29% (63) prevenibles. Los eventos prevenibles son más frecuentes en los pacientes con problemas de comunicación (ciegos, sordos, sin saber el idioma, psiquiátricos). Una pena. Casi todos errores con la medicación (40%) y con el seguimiento del paciente (32%).

**La lumbalgia como enfermedad contagiosa.**
**id:110-25**
**Back pain, a communicable disease?**
**Autores:** Raspe H, Hueppe A, Neuhauser H.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Inter J Epidemiol. 2008;37:69-74. Citas 35. JG.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** La lumbalgia es una auténtica epidemia. Es importante por el aumento de su incidencia y por las minusvalías y excesos de intervención que conlleva. Los autores, alemanes, comparan las tasas de lumbalgia en la Alemania Democrática (comunista) con la Alemania Federal, y ven la evolución en ambas a lo largo de los años, desde la unificación real (1990) hasta 2005. Sucede en este caso como en todo: los alemanes del este se transforman en alemanes del oeste. Es decir, la tasa de lumbalgias aumenta en el este hasta asimilarse a la del oeste. Es decir, la lumbalgia es una enfermedad "social", contagiosa, cuya baja laboral depende del contexto cultural.



¿Qué es salud y sentirse en buen estado de salud?

*Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for "true" health?*

id:110-26

Autor: Quesnel-Vallée A.

Revista/Año/Vol./Págs.: Inter J Epidemiol. 2007;36:1161-4. Citas 23. JG.

Calificación: Excelente.

**Comentarios:** No tenemos una idea clara de lo que sea salud. La definición de la OMS se ha convertido en un mantra, pero no dice nada más que palabras vacías. En este editorial se comentan tres estudios publicados en el número de la revista sobre la capacidad predictiva de la auto-percepción de salud sobre la mortalidad, y la influencia de la clase socio-económica. La autora sostiene que tener sensación de salud depende de la clase económica a que se pertenece y de las enfermedades que se sufren. Ello es más evidente cuanto más injusto sea el acceso a los servicios sanitarios. En todo caso, la auto-percepción de salud da claves acerca del "conocimiento privilegiado" que cada uno tiene del impacto de la enfermedad en su vida. Por ello predice la muerte mejor que el examen médico.

Eficacia y efectividad del consejo contra el abuso del alcohol.

*Brief interventions in primary care for alcohol misuse: Cochrane review.*

id:110-27

Autores: Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Peinar E, Campbell F, Schlesinger C et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Inter J Epidemiol. 2008;36:1186-7. Citas 5. JG.

Calificación: Bueno.

**Comentarios:** Entre las pocas cosas ciertas de la prevención en clínica, ninguna como la efectividad del consejo breve contra el tabaco en el curso de la entrevista médico-paciente. ¿Podría suceder algo parecido con el consejo breve en los pacientes bebedores excesivos? Sí. Es más, puede que el efecto sea más beneficioso en los bebedores ocasionales, en fines de semana, fiestas y juergas. Desde luego, en este brevísimo resumen de una revisión Cochrane se concluye que el consejo breve contra el alcohol es muy eficaz y efectivo. Pero sólo en los varones. Y no vale la pena alargarlo, pues en este caso lo bueno si breve dos veces bueno.

# Alerta SEMG



GlaxoSmithKline

Lo 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 15/1999 de 13 de diciembre de protección de Datos 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: indicándole CIC Centro de Información de GSK.