



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

Pronóstico de los pacientes ingresados en una unidad coronaria después de la recuperación de una muerte súbita de causa cardíaca fuera del hospital. id:92-1

Autores: Vallés E, Martí V, Noguero M, Guindo J, Domínguez JM.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2006;127:281-5. Citas 28. MARL.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: ¿Qué ocurre con los pacientes ingresados en una unidad coronaria que han sido "reanimados" fuera del hospital tras una muerte súbita cardíaca (MSC)? Según este estudio, de Barcelona, fallece el 44,5% (en una media de 28 días desde el ingreso); de los que sobreviven, el 28,5% presentó secuelas neurológicas. La mayoría de los que sufren una MSC extrahospitalaria no sobrevive ni llega al hospital; de los que llegan, sobrevive el 55,5%, casi 1/3 con secuelas.

Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica y perspectiva de género en dos centros de atención primaria. id:92-2

Autores: Ribera JA, Peiró S.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2006;127:286-8. Citas 10. MARL.
Calificación: Bueno.

Comentarios: En este estudio de Alzira (Valencia) se observa una situación mejor que en otros estudios, pero aún insuficiente, sobre todo en mujeres. Globalmente, de los pacientes que han tenido un infarto agudo de miocardio, el 70,7%, el 58,6% y el 47,9% han recibido consejo sobre dieta, ejercicio y tabaco respectivamente; el 99,3% está con antiagregantes, el 41,4% con betabloqueantes, el 39,3% con IECA/ARA II y el 70,7% con hipolipemiantes. Parece que el hospital de referencia es el que más influye en el tratamiento de los pacientes.

Prevalencia de dislipemia en las consultas ambulatorias del Sistema Nacional de Salud: Estudio HISPALIPID. id:92-3

Autores: Vegazo O, Banegas JR, Civeira F, Serrano PL, Jiménez FJ, Luengo E, en representación de los investigadores del Estudio HISPALIPID.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2006;127:331-4. Citas 26. MARL.
Calificación: Bueno

Comentarios: Estudio en el que han participado 1.461 médicos. El 24,3% de los pacientes ambulatorios españoles está diagnosticado de dislipemia (máximo en Canarias, 33,9% y mínimo en Cantabria 18,6%); el 72,6% recibía tratamiento farmacológico; el 86,8% tenía al menos otro factor de riesgo cardiovascular y el 36,7% presentaba alguna enfermedad cardiovascular. Existe una relación directa entre dislipemia e IMC. Según el punto de corte, el porcentaje de hipercolesterolemia en adultos es del 20% (CT>250 mg/dl) o 50% (si CT>200 mg/dl).

Pravastatina en Japón, en prevención primaria. Primary prevention of cardiovascular disease with pravastatin in Japan (MEGA Study): a prospective randomised trial. id:92-4

Autores: Nakamura H, Arakawa K, Kitabatake H, Goto Y, Toyota et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2006;368:1155-1163. Citas 26. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Hay muchas dudas acerca de la utilidad de las estatinas en la prevención primaria de la isquemia coronaria. En este ensayo clínico japonés se compara la dieta contra dieta y pravastatina (10-20 mg) en 3.966 pacientes con hipercolesterolemia. Se siguen durante cinco años. Hubo enfermedad coronaria en 101 pacientes con dieta contra 66 con dieta más pravastatina. Parece, pues, que es eficaz, y menor, la dosis necesaria de pravastatina en Japón.

¿A quién y cómo estudiar las coronarias? Who is candidate for non-invasive coronary angiography? id:92-5

Autor: Greenland P.
Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2006;145:466-7. Citas 5. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Con frecuencia se hacen a nuestros pacientes coronariografías. Pero, ¿cuántas están justificadas? En este editorial se comenta un trabajo alemán en el mismo número en el que se compara la coronariografía invasiva y los estudios similares con TAC y con resonancia magnética nuclear. La coronariografía invasiva se recomienda en pacientes con angina estable sólo si el caso es grave. La TAC es mejor alternativa que la resonancia pues ambas tienen la misma especificidad y la TAC tiene más sensibilidad.

¿Medir la homocisteína? No, gracias.

id:92-6

Trials that matter: should we routinely measure homocysteine levels and "treat" mild hyperhomocysteinemia?

Autores: Rosenberg IH, Mulrow CD.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2006;145:226-227. Citas 10. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: La homocisteína se ha convertido en un factor de riesgo más, como el colesterol. Los autores se preguntan si los médicos deberíamos medir la homocisteinuria y tratar a los pacientes con cifras altas (con ácido fólico y vitamina B). La respuesta es negativa para ambas cuestiones. Lo estudian a partir de dos ensayos clínicos, el HOPE 2 y el NORVIT, de 5.522 y 3.749 pacientes seguidos 5 y 3 años de media, respectivamente. Ambos ensayos clínicos demuestran que la mejora de los niveles de homocisteína no conlleva mejoras en los resultados en salud.

El pago por calidad no revierte la ley de cuidados inversos.

id:92-7

Deprivation and quality of primary care services: evidence for persistence of the inverse care law from the UK Quality and Outcomes Framework.

Autores: MacLean G, Sutton M, Guthrie B.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Epidemiol Community Health 2006;60:917-22. Citas 16. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Como los autores demuestran, los efectos del pago por calidad pueden no ser los esperados, si se busca mejorar la atención a quien más lo necesita. Para los cálculos emplean datos escoceses, tanto de los pagos reales por el sistema de incentivos a la calidad, como de los pagos que se deberían haber realizado si no se excluyesen determinados pacientes. Al excluir a más pacientes en las zonas con población marginal, la calidad global en estos pacientes es mucho menor.

Intervenciones no farmacológicas y tratamientos alternativos en la fibromialgia.

id:92-8

Autores: Nishishinya MB, Rivera J, Alegre C, Pereda CA.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2006;127:295-9. Citas 69. MARL.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Si algo caracteriza a la fibromialgia, además del dolor crónico osteomuscular generalizado (y otros síntomas y características de los pacientes), es su mala respuesta al tratamiento y su impacto en la calidad de vida. En este artículo se revisa la efectividad de las intervenciones no farmacológicas y alternativas. Lo más útil, el ejercicio aeróbico sólo o junto a la psicoterapia cognitiva-conductual. De los resultados de la ozonoterapia, dietas, homeopatía, acupuntura, masajes, etc., se sabe poco o nada.

Gabapentina: una lección.

id:92-9

Narrative review: the promotion of gabapentin, an análisis of industry documents.

Autores: Steinman MA, Bero LA, Landefeld CS.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2006;145:284-93. Citas 124. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: A veces, los medicamentos se vuelven populares entre los médicos por mecanismos más bien extraños. Los autores aprovechan los documentos de un juicio para examinar a fondo las técnicas empleadas para difundir el uso de la gabapentina. Como es de esperar, y consta literalmente, "la educación médica controla el mercado". Para ello se localiza a líderes para "enseñarles" las ventajas de la gabapentina, al objeto de que lo vayan difundiendo en clases y sesiones. También se promueve la "investigación" y la publicación de los resultados positivos.

Más contacto con la industria, más ARA II.

id:92-10

Determinants for the adoption of angiotensin II receptor blockers by general practitioners.

Autores: Greving JP, Veen WJ, Belman FW, Sturkenboom MCJM, Haaijer FM.

Revista/Año/Vol./Págs.: Soc Sci Med 2006;63:2890-8. Citas 34. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los medicamentos deberían ser utilizados según las necesidades de los pacientes, pero una y otra vez se demuestra que son más importantes las características de los médicos que las de los pacientes. Por ejemplo, respecto al uso de ARA II en hipertensos en este trabajo holandés. Lo más importante, que el médico reconozca uso frecuente de las fuentes de información comerciales. También, el derivar al internista o al cardiólogo.



¿Es mejor hacer propaganda de medicamentos a los pacientes?

id:92-11

Better the devil you know than the doctor you don't: is advertising drugs to doctors more harmful than advertising to patients?

Autor: Vaithianathan R.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2006;11:235-9. Citas 26. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: En el mundo desarrollado sólo en EEUU y Nueva Zelanda se puede hacer propaganda a la población de medicamentos que exigen recetas. Hay varias revisiones con datos que hablan en contra de esta pauta, pero la autora, economista neozelandesa, la defiende. Dice que no puede ser peor que la actual propaganda a los médicos, y que estos deberían declarar públicamente sus lazos con la industria farmacéutica (puesto que ya lo hacen los investigadores cuando escriben sus artículos).

Adherencia al tratamiento.

id:92-12

Challenges for improving medication adherence.

Autor: Simpson RJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2006;296:2614-6. Citas 18. JG.

Calificación: Bueno

Comentarios: No es fácil que el paciente cumpla nuestras recomendaciones terapéuticas, por su complejidad y por otras causas (efectos adversos, coste y demás). En este editorial se comenta un trabajo en el mismo número en que se logra subir el cumplimiento de medicación anti-hipertensiva y anti-lipídica en ancianos estadounidenses veteranos de guerra, del 61% al 97%. Se emplea para ello el seguimiento por un farmacéutico y la preparación de la medicación en cajitas especiales. Ello no es "la solución", como comenta el editorialista, pero algo enseña.

El efecto Hawthorne en la calidad clínica.

id:92-13

Outpatient process quality evaluation and the Hawthorne effect.

Autores: Leonard K, Masatu MC.

Revista/Año/Vol./Págs.: Soc Sci Med 2006;63:2330-40. Citas 30. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Nuestro comportamiento cambia cuando somos observados. Es el efecto Hawthorne (de la fábrica en la que se demostró que el cambio de iluminación mejoró la producción, aunque sólo por la novedad). Los autores lo demuestran en Tanzania, al observar al médico en su trabajo con pacientes (el observador está en la consulta, al lado del médico). La calidad aumenta al comienzo de la observación, pero baja a su nivel inicial tras un máximo de 15 visitas consecutivas observadas.

Formación e
investigación

Campaña para el uso responsable de los antibióticos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

id:92-14

Revista/Año/Vol./Págs.: Disponible en <http://www.antibioticos.msc.es/PDF/antibioticos.pdf>. Citas 20. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: España es uno de los países con mayor consumo de antibióticos y mayores resistencias bacterianas, lo que justifica campañas institucionales para mejorar la situación, como la que se está llevando a cabo. Se pretende que se usen menos y mejor los antibióticos, evitando el abuso y mal uso por parte de la población, y apoyando la correcta prescripción y dispensación. En la dirección www.antibioticos.msc.es está disponible el documento, todo el material de la campaña, buenas guías y consensos, etc.

Enfermedades infecciosas

Documento de consenso sobre la utilización de antibióticos en atención primaria.

id:92-15

Autores: Baos V, Barbero A, Diogéne E, Eguilleor A, Eyaralar T, Ibáñez J, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria 2006;38:174-7. Citas 12. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: España es uno de los países desarrollados con mayor consumo de antibióticos y, de forma relacionada, mayores resistencias bacterianas. Por eso es de agradecer este documento de consenso de varias sociedades científicas (tuvo su origen en el Documento de Valencia de la REAP) con recomendaciones a los médicos, farmacéuticos y Administración para utilizar mejor los antibióticos, lo que implica un menor uso global y una buena elección del antibiótico cuando se precise (por el médico).

**Vacuna contra el herpes zoster.
Shingles vaccine: effective and costly or cost-effective?**

id:92-16

Autores: Soplan JP, Harpaz R.
Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2006;145:386-7. Citas 8. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: El herpes zoster es molesto per se y por la neuralgia postherpética (que se da en un 10-33% de los pacientes). De ahí el interés por una nueva vacuna contra el herpes zoster, en adultos, en fase de experimentación. Es una dosis, que cuesta unos 150 dólares, y que hay que mantener en frigorífico. Disminuye el riesgo de herpes y de neuralgia el 51 y el 67%, respectivamente. Los análisis de coste-efectividad no dejan muy claro que valga la pena. Veremos en qué queda.

**A mejores médicos, pacientes más seguros.
Success relies on winning hearts and minds.**

id:92-17

Autor: Irving D.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:965-6. Citas 7. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Hay que temer a los que nos adulan, y escuchar a los que nos critican. Eso hace el firmante, que comenta un informe del Ministerio de Sanidad inglés en el que se pide a la profesión que cambie para poder asegurar al paciente y a la sociedad que los médicos en activo son buenos médicos (Good doctors, safer patients). No es difícil definir y medir a un buen médico: competente, obtiene los mejores resultados, consigue la mejor seguridad, es respetuoso y cuenta con el paciente.

**Mejor cuidado de la rodilla dolorosa.
Treatment of knee pain in primary care.**

id:92-18

Autores: Hughes CM, Bleakley CM.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:981-2. Citas 12. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: La rodilla dolorosa equivale muy frecuentemente a la artrosis, y se suele tratar con anti-inflamatorios y analgésicos, por mucho que estos logren poco. En este editorial se comenta el estudio inglés en el que se comparó el cuidado habitual del médico general con el complemento del farmacéutico o del fisioterapeuta. Estos dos últimos ayudaron a obtener mejores resultados y menor uso de medicación. Pero el efecto no se mantuvo a los seis meses. Necesitamos mejor organización para cuidar mejor las rodillas dolorosas.

**Dolor de rodilla en mayores de 55 años.
Effectiveness of community physiotherapy and enhanced pharmacy review for knee pain in people aged 55 presenting to primary care: pragmatic randomised trial.**

id:92-19

Autores: Hay EM, Foster NE, Thomas E, Peat G, Phelan M, Yates HE, et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:995-8. Citas 13. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: El dolor de rodilla es muy frecuente en los mayores de 55 años, por la artrosis. Por eso es interesante este ensayo clínico pragmático en el que un farmacéutico atiende a los pacientes en el propio centro de salud, o un fisioterapeuta ve a los pacientes, hasta tres veces. Hay mejoría en el dolor, en menos uso de AINE y en satisfacción del paciente, pero la mejoría no se mantiene ni a los seis meses ni al año.

**A más continuidad, menos ingresos evitables.
Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults?**

id:92-20

Autores: Menec VH, Sirsku M, Attawar D, Katz A.
Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2006;11:196-201. Citas 31. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La continuidad de cuidados es básica en Medicina General, pero hay que demostrar en qué forma ayuda al paciente. Los autores, canadienses, estudian los ingresos hospitalarios de una muestra de población de 67 y más años. En Canadá hay libre elección de médico general, que paga el sistema público. Cuando hay gran continuidad (más del 75% de las visitas con el mismo médico general) hay menos hospitalizaciones evitables por primaria (Ambulatory Care Sensitive Conditions).



En el codo del tenista, fisioterapia.

id:92-21

Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial.

Autores: Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:939-41. Citas 10. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Cuando uno tiene al paciente con epicondilitis que no mejora, es difícil resistirse a la infiltración con corticoides. Los autores, australianos, estudiaron a 198 pacientes de 18 a 65 años, y compararon el simple consejo de intentar reanudar la actividad, poner corticoides, o dar ocho sesiones de fisioterapia. A corto plazo (6 semanas), lo mejor son los corticoides. A largo plazo (52 semanas), lo mejor es la fisioterapia.

Menos infiltraciones en el codo del tenista.

id:92-22

Tennis elbow in primary care.

Autores: Smidt N, Windt DAWM.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:927-8. Citas 8. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: El codo del tenista tiene una incidencia anual de menos de siete casos por 1.000 pacientes, con mayor presencia entre los 35 y 54 años. Los autores de este editorial comentan el ensayo clínico precedente, e insisten en que la mayoría de los pacientes con codo del tenista mejoran espontáneamente en un año. Ponen énfasis en destacar que todos los ensayos clínicos concluyen con la recomendación de evitar las inyecciones de corticoides, que dan peor resultado a largo plazo que la fisioterapia, o el simple "esperar y ver".

Pacientes más jóvenes y ricos, más atractivos.

id:92-23

Might how you look influence how well you are looked after? A study which demonstrates that GPs perceive socio-economic gradients in attractiveness.

Autores: O'Reilly D, Steele K, Patterson C, Milsom P, Harte P.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2006;11:231-4. Citas 26. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Es difícil atender igual a todos los pacientes. Los autores, de Irlanda del Norte, sacaron tres fotografías de la cara de 301 pacientes consecutivos (con un guardapolvo igual para que no se vieran joyas ni vestidos), a los que clasificaron según su clase social. Distribuyeron las fotos a 30 médicos generales, y les pidieron que los clasificaran por su atractivo. A más vejez, menos atractivo (3 puntos por década, en una escala de 1 a 100). A clase social baja, menos atractivo (8 puntos entre los dos extremos).

Cuatro claves para mejorar la calidad.

id:92-24

Redesigning health systems for quality: lesson from emerging practices.

Autores: Wang MC, Jun JK, Harrison MI, Shortell SM, Fraser I.

Revista/Año/Vol./Págs.: Joint Comm J Qual Patient Safety 2006;32:599-610. Citas 26. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Hay que aprender de la práctica, piensan los autores, estadounidenses. Y para aprender, entrevistan a líderes, tienen reuniones y revisan la literatura, como forma de valorar los problemas de la mejora de la calidad en la práctica clínica. Hay cuatro factores clave: implicar a los líderes, incluir la calidad en la estrategia, cambiar las estructuras (para medir lo que interesa), y transmitir a todo el personal el cambio. No se puede aumentar la calidad si va contra los intereses de la organización. Obvio.

El sistema sanitario de Corea del Sur, parecido al de Japón.

id:92-25

The future of health care in South Korea and the UK.

Autores: Matthews B, Jung Y

Revista/Año/Vol./Págs.: Social Policy Soci 2006;5:375-5. Citas 60. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los autores, inglés y coreano, hacen una revisión comparada de los sistemas de salud en sus respectivos países. Como era de esperar, el sistema coreano recuerda al de Japón (y el de este, al de Alemania). Es decir, médicos como profesionales independientes, libre acceso al médico general y al especialista, no existencia de papel de filtro para el médico general, ni existencia de lista de pacientes, sistema basado en Seguridad Social, fuerte co-pago, y demás.

**Nuevas ideas
(y hechos)**
Retos de la autoinmunidad.
id:92-26
Autores: Fehervari Z, Sakaguchi S.

Revista/Año/Vol./Págs.: Investigación Ciencia 2006;363:25-32. Citas 4. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En este trabajo en español se resume mucho de lo nuevo sobre los mecanismos que generan enfermedades autoinmunes, como la esclerosis en placa y la artritis reumatoide. El segundo firmante, japonés de Kioto, ha descubierto el importante papel de los linfocitos T reguladores (con la molécula CD25). No se sabe bien cómo, pero a través de contactos directos célula-célula, logran controlar a los linfocitos T CD4 para que no destruyan tejidos del propio organismo. Parece que las células reguladoras tienen una proteína, factor de transcripción, que facilita su activación. Ese factor falta en una enfermedad genética grave, IPEX.

Diabetes
Mejor resultado con calidad compartida.
id:92-27
Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemc control.
Autores: Shojanian KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff R et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2006;296:427-40. Citas 108. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La atención a los diabéticos es manifiestamente mejorable, pero no se sabe muy bien cómo hacerlo. Los autores, canadienses, revisan lo publicado sobre mejora en la calidad de la calidad en diabéticos tipo 2. Encuentran 50 ensayos clínicos y otros 16 trabajos, y evalúan el total. La mejora que consiguen los cambios es modesta, de apenas 0,42% al año en la tasa de hemoglobina glicosilada. Lo logran mejor cuando hay cambios en la organización (más y/o nuevos profesionales, con nuevos o re-definidos roles).

Guías, prevención y ensayos clínicos
Los límites del cribaje neonatal.
id:92-28
Newborn screening for metabolic disorders.
Autor: Waisbren SE.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2006;296:993-5. Citas 19. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Desde la implantación del cribaje de la fenilcetonuria, cada vez se incluyen más enfermedades en la "prueba del talón" (la toma de una muestra de sangre para el cribaje neonatal). La autora comenta un trabajo holandés publicado en el mismo número de la revista sobre la detección precoz de una rara enfermedad genética (deficiencia de la cadena corta de la dehidrogenasa del coenzima A). Puesto que no hay relación entre la clínica y la genética, la utilidad es dudosa. Pero es difícil decidir, pues cuenta "el clima sociopolítico".

La medicina basada en pruebas como una religión.
id:92-29
Analogies between reading of medical and religious texts.
Autor: Links M.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:1068-70. Citas 17. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Los cochraneanos creen en la Medicina Basada en Pruebas con fe de carbonero. Y, desde luego, lo primero que no admiten es la sentencia que antecede. Les vendría bien leer el artículo que firma este australiano, oncólogo inteligente. Hace una comparación entre la fe que lleva a interpretar rígida o laxamente los textos sagrados religiosos y "evidentes". Además, no se limita a la crítica conceptual, también pone ejemplos muy ilustrativos de la quimioterapia. Hace pensar, no cabe duda.

El extraordinario impacto de las expectativas de médicos y pacientes.
id:92-30
Interpreting surgical trials with subjective outcomes. Avoiding unSPORTsmanlike conduct.
Autor: Flum DR.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2006;296:2483-5. Citas 10. MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: En este editorial se comentan dos estudios publicados en el mismo número sobre el proyecto SPORT, ensayo clínico que pretende valorar la eficacia de la intervención quirúrgica en el dolor de espalda. El punto débil del estudio es que no se puede valorar el resultado por intención de tratar, dadas las altas tasas de rechazo a participar, de cambio en el tratamiento tras la aleatorización y las pérdidas de seguimiento. Peor es que no haya un grupo de control con "intervención fantasma", pues mucha mejoría depende de las expectativas de médicos y de pacientes.



Menos tacto digital y menos PSA.
Clinically localised prostate cancer.

id:92-31

Autores: Wilt TJ, Thompson IM.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:1102-6. Citas 26. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: En la hoguera de la prevención del cáncer de próstata se quema la salud de los varones. Los autores, estadounidenses, hacen un repaso de la cuestión desde un punto de vista neutral. Dejan claro que ni el tacto rectal ni la determinación del PSA conllevan ningún beneficio respecto a la mortalidad del cáncer de próstata. Eso sí, entre 1990 y 2002 se ha doblado la incidencia del cáncer de próstata, con las consecuencias previsibles derivadas de los efectos adversos de su diagnóstico. Una penita.

La Unión Europea, federal en sanidad.
Health policy and European law: closing the gap.

id:92-32

Autores: McKee M, Mossialos E.

Revista/Año/Vol./Págs.: Public Health 2006;120:16-22. Citas 34. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los países componentes de la Unión Europea se niegan fieramente a ceder atribuciones en el campo de la atención sanitaria. Vano intento, como demuestran los autores, ingleses. El tribunal de Luxemburgo, el Tribunal Europeo de Justicia, está produciendo legislación federal con sus sentencias, de forma que se crean y expanden derechos de atención que se han evitado en los diferentes tratados de la UE. Así, por ejemplo, uno tiene el derecho a ser atendido en cualquier país de la UE y ser compensado por el gasto en el propio país.

Pago por mejor salud de la población.
A pay for population health performance system.

id:92-33

Autor: Kindig DA.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2006;296:2611-3. Citas 24. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Se habla mucho de cambios en la forma de pago, sobre todo del pago por calidad (en inglés pay for performance, PXP). El autor, estadounidense, insiste que eso no es suficiente. Lo que interesa es que con el trabajo clínico aumente la salud de la población, y por ello se debe pagar. En la revisión no se llega a ninguna conclusión práctica, aunque se cita la experiencia canadiense de pago sanitario global regional (lo que en España se propone como pago por capitación conjunta a primaria y hospitalaria).

La salud pública y la acción sanitaria.
Population health as a framework for public health practice: a Canadian perspective.

id:92-34

Autor: Cohen BE.

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Public Health 2006;96:1574-6. Citas 25. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La autora, enfermera, entrevistó a 61 personas clave en política sanitaria en Manitoba (Canadá). Demuestra así que la práctica de la atención sanitaria desde el punto de vista poblacional tiene mucho de sesgo, pues lo que predomina es el aspecto biológico y se basan en los indicadores epidemiológicos. Se ignoran los componentes sociales y de equidad, dos aspectos fundamentales. Se pierden muchas posibilidades de acción para mejorar la salud de la población.

Minusvalía y enfermedad.
Going beyond disease to address disability.

id:92-35

Autor: Iezzoni LI.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2006;355:976-9. Citas 4. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los problemas de los minusválidos los ignoramos olímpicamente, como si no existiesen. En este trabajo, la autora relata desde su silla de ruedas, su trabajo de médico y su vida llena de oportunidades, por contraste con la de muchos pacientes minusválidos ante los que nos rendimos los médicos. La enfermedad es nuestra, la minusvalía no (creemos erróneamente). En algunas facultades se está intentando que los estudiantes se hagan clara idea de estas cuestiones, por ejemplo, estando un día en silla de ruedas.

**La inutilidad de la anticoncepción postcoital.
Emergency contraception. It is worth all the fuss?**

id:92-36

Autor: Glasier A.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:560-1. Citas 12. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Creíamos que los embarazos no queridos se debían a la falta de conocimiento. Después a la falta de métodos anti-conceptivos. Después a la necesidad de la anticoncepción postcoital. Pero cuando ya tenemos todo, los abortos siguen aumentando sin cesar. Algo falla. Y resulta muy irónico, como se destaca en este editorial, que un método que funciona en la teoría no sirva en la práctica. Ni siquiera cuando se le da la mujer para que la tenga en casa, "por si acaso".

Somatización y utilización de servicios.

id:92-37

Distinctive patterns of medical care utilization in patients who somatize.

Autores: Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care 2006;44:803-11. Citas 49. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Los pacientes somatizadores son frecuentes en nuestras consultas, y no siempre logramos entenderlos. En este trabajo se identifican 1.440 pacientes somatizadores y se analiza su patrón previo de uso tanto de primaria como de especializada, ingresos y urgencias. El 20% de pacientes somatizadores tiene un patrón de uso intensivo de todos los recursos analizados. Pero los autores no logran "identificar" a los pacientes somatizadores a partir de dicho patrón de uso (especificidad 99%, sensibilidad 15%).

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 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 incluyen en un fichero de carácter público de GlaxoSmithKline, S.A. con domicilio en C/ Biscaya 04 sus. 2, 28/180 (Isla Castell) surto Madrid) sobre finalidad del envío de artículos de revistas científicas. Usted tiene derecho al acceso, rectificación y actualización 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. Indicación: CIC Centro de Información de GSK