

Enfermedades mentales

Somatización y utilización de servicios.

id:95-1

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%).

Relación médico-paciente

Incertidumbre en medicina de familia y toma de decisiones compartidas con el paciente.

id:95-2

Autores: Prados D, Leiva F.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria 2006;38:531-4. Citas 14. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La incertidumbre es para compartirla con el paciente, como analizan los autores, malagueños, en este editorial. Su texto es muy bueno porque no rehúyen ninguna cuestión, desde la definición pragmática de la salud a la importancia del teorema de Bayes. Dedicar el grueso del breve trabajo a la necesidad de compartir con el paciente los problemas de la toma de decisión en torno a los tratamientos, ya que en casi la mitad de estos no existe conocimiento científico suficiente para pronunciarse sobre ventajas e inconvenientes.

Sistemas de información

Programa piloto para la mejora de la certificación de las causas de muerte en atención primaria en Cataluña.

id:95-3

Autores: Abós R, Pérez G, Rovira E, Canela J, Doménech J, Bardina J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2006;20:450-6. Citas 46. MPF.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Los médicos mejoramos la calidad de los certificados de defunción con tan sólo 90 minutos de sesión docente, como demuestran los autores, catalanes. Es cierto que normalmente la calidad de la certificación es deplorable, pero se debe tanto a los médicos certificadores como a los que lo toleran. Lo de "parada cardio-respiratoria" es intolerable como causa de muerte. Y basta un sencillo ejercicio (tres casos y un decálogo) para mejorar la calidad de la certificación casi el 60%. Vale la pena.

Pacientes, médicos, medicamentos e industria

Gasto farmacéutico en España y en Europa (1995-2002): el "despilfarro" español, un mito sin fundamento.

id:95-4

Autores: Simó J, Gérvas J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Adm Sanit 2007;5:1-15. Citas 20. MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: En este trabajo se demuestra con números que se habla mucho sin fundamento, sobre el gasto farmacéutico. Los autores comparan el gasto sanitario entre comunidades autónomas y con otros países, y concluyen que el gasto farmacéutico es inversamente proporcional a la riqueza y directamente proporcional al envejecimiento, lo que tiene lógica. Las regiones y países ricos tienen la oportunidad de resolver problemas de salud sin medicamentos, y por ello su gasto sanitario global es mayor, pero no en el área farmacéutica.

La prestación farmacéutica de las mutualidades de funcionarios españoles: ¿buena, bonita y barata?

id:95-5

Autor: García C.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Adm Sanit 2007;5:17-34. Citas 17. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: MUFACE y Cía establecen un doble sistema sanitario financiado con fondos públicos, que beneficia a los mutualistas frente al común de los españoles, como demuestra el autor (inspector médico madrileño). De hecho, el gasto por mutualista en medicamentos es de 30 euros por año y persona mayor que el gasto general. Y, lo que es peor, se carga sobre los hombros de los mutualistas ancianos honrados (los que no hacen fraude, con una doble ilegal pertenencia al régimen general y al de MUFACE y Cía, y pagan de media tres euros de co-pago por receta). Un texto lleno de datos que antes estaban en el "cuarto oscuro".

**Ética en cuidados paliativos.**

id:95-6

Autores: Gracia D, Rodríguez Sendín JJ (coordinadores).

Revista/Año/Vol./Págs.: Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2006. Libro. MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Los pacientes terminales están yendo casi sin remedio al hospital, pero en este libro se nota la presencia entre los autores de dos médicos rurales, y se abre a la posibilidad de los problemas éticos de la asistencia en domicilio. El texto se presenta a partir de casos prácticos, de forma que se lee con facilidad. Llama la atención la claridad de exposición, y a veces la rotundidad. Por ejemplo, acerca de la falsa creencia en la "objeción de conciencia" como un derecho, que no se corresponde con la legislación, donde prima la obligación del deber de socorro y de atención al paciente.

Ética profesional y ética institucional: ¿convergencia o conflicto?

id:95-7

Autor: Gracia D.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública 2006;80:457-67. Citas 20. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: El autor es bien conocido por todos los que nos interesamos por la ética en Medicina, y en este caso trata un tema de fondo, acerca de si existe una moralidad especial entre los médicos, o estos se refieren a una moralidad del común. Se decanta por la segunda opción, pero entra en el debate de la "profesionalidad", de la exigencia de hacer bien las cosas, de lograr un punto de equilibrio que permita a los médicos colaborar con gestores, políticos y pacientes para fijar objetivos en salud, tanto pública como en el caso individual.

La compensación por daños, más moral que monetaria.

id:95-8

Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the Nez Zealand experience.

Autores: Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D.

Revista/Año/Vol./Págs.: CAMJ 2006;175:889-94. Citas 28. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En Nueva Zelanda hay un sistema de compensación por daños médicos que intenta resolver las cosas sin tener que llegar a los tribunales. El sistema funciona bien, y en esta trabajo se analiza lo que diferencia a los pacientes que prefieren la compensación moral (explicación, corrección de sistemas y personas, condolencia, etc) a los que además exigen compensación monetaria (el 18%, más jóvenes, y/o con daños permanentes). La cosa parece lógica.

La comunicación del daño, clave en las reclamaciones.

id:95-9

Monetary and non-monetary accountability following adverse medical events: options for Canadian patients.

Autores: Gray JE, Beilby W.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2006;175:903. Citas 1. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Las reclamaciones de los pacientes son muchísimas menos de las esperables, según los daños que provocamos con la actividad médica. Creo que se debe a la ocultación del daño provocado. En esa clave también insisten los editorialistas, después de analizar la vías no judiciales que tiene un paciente canadiense en caso de daño por consecuencia de la actividad médica. Puede pedir mejoras que aseguren la no repetición del error o efecto adverso, o exigir el análisis del grado de profesionalidad del médico o del sistema, y/o pedir una compensación económica por los daños sufridos.

Los dudosos beneficios del cribaje de cáncer de mama de los 40 a 49 años.

id:95-10

Screening mammography at 40-49 years: regret or not regret.

Autores: Djulbegovic B, Lyman GH.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2006;368:2035-7. Citas 16. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: A mí me parece falto de ética el ensayo clínico que se comenta en este editorial, pues no hay dudas acerca de los escasos beneficios del cribaje de cáncer de mama en las mujeres de menos de 50 años. Los autores, gringos, analizan dicho ensayo clínico con precisión, y valoran las desventajas no sólo de los falsos positivos y falsos negativos, sino del impacto de la radiología (digital) en el desarrollo de cánceres de mama. Añaden el coste, y el resultado es que cualquier decisión tiene que ser individual, paciente a paciente (no al cribaje, pues).

Dispensación de antibióticos sin receta en Bizkaia en 2004.

id:95-11

Autor: Ramos E, Blas C, Fernández B, Fortes B, Díez J, del Arco J, Díez MA.
Revista/Año/Vol./Págs.: Pharmaceutical Care España 2006;8:160-66. Citas 20. MARL.
Calificación: Bueno.
Comentarios: Estudio sobre la dispensación de antibióticos sin receta en Bizkaia (en 202 farmacias), realizado mediante pacientes simulados que acudían a por amoxicilina para un dolor leve de garganta. Se dispensó en el 5,45%, cifra baja, en la que influye la concienciación de las farmacias de Bizkaia, el motivo de petición y el que el paciente fuera no conocido. Sólo en el 25,65% de las farmacias ofrecieron al paciente soluciones alternativas. Los autores proponen transformar una no dispensación en una indicación farmacéutica.

Demanda de antibióticos sin receta en farmacia comunitaria.

id:95-12

Autores: Salar L, Eyaralar MT, Baixauli VJ, Fité B, García F, Gérvas J.
Revista/Año/Vol./Págs.: Pharmaceutical Care España 2006;8:173-8. Citas 11. MARL.
Calificación: Muy bueno.
Comentarios: Estudio en el que han colaborado 971 farmacias nacionales. De 52.753 dispensaciones de antibióticos, el 22,6% se hizo sin receta; pero la mitad tenía justificación (27,6% continuidad de tratamiento y 26,9% por prescripción oral del médico), por lo que la pretensión real de automedicación sería del 10,3%. Tras la intervención farmacéutica el 31% insiste en la dispensación del antibiótico y el 69% no (la mitad se remiten al médico y la otra mitad acepta otro medicamento). Parece que la "automedicación" no sería tanta y que el farmacéutico puede hacer mucho para disminuirla.

Variabilidad geográfica de la prescripción de antibióticos en la población pediátrica de Castilla y León durante los años 2001 a 2005.

id:95-13

Autores: Vázquez ME, Pastor E, Bachiller MR, Vázquez MJ, Eiros JM.
Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Quimioterap 2006; 19(4):342-348. Citas 14. MARL.
Calificación: Bueno.
Comentarios: Existe una importante variabilidad en el consumo de antibióticos entre países y regiones, no justificada por diferencias en la morbilidad infecciosa. Variabilidad, cuantitativa y cualitativa, que se corrobora en este trabajo, referido a pediatría en las distintas Áreas de Castilla y León. Parece atribuible a factores del médico prescriptor y en menor medida a factores poblacionales. El consumo varía de 24,89 DHD en Burgos a 16,56 en Soria; en Burgos se prescribe el triple de amoxicilina clavulánico que en Segovia. En fin, mucho que mejorar.

**A favor de la prevención antibiótica de la endocarditis.
The case for infectious endocarditis prophylaxis.**

id:95-14

Autor: Seto TB.
Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2007;167:327-29. Citas 29. JG.
Calificación: Bueno.
Comentarios: La endocarditis es enfermedad grave, que lleva a largo plazo a la prótesis valvular en casi la mitad de los casos. El autor, gringo, revisa la necesidad de la prevención de la endocarditis infecciosa, que se basa en el tratamiento con amoxicilina (2 g) una hora antes de la intervención de riesgo en el paciente de riesgo. Es decir, en resumen, intervenciones dentales en pacientes con patología cardíaca. Sin embargo, el autor reconoce que no existe fundamento para dicha pauta preventiva, por falta de demostración de la eficacia.

**En contra de la prevención antibiótica de la endocarditis.
Coming clean with antibiotics prophylaxis for infective endocarditis.**

id:95-15

Autor: Morris AM.
Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2007;167:330-4. Citas 15. JG.
Calificación: Excelente.
Comentarios: La endocarditis bacteriana se pone en relación con las bacteriemias que provocan algunas intervenciones en pacientes de riesgo. Pero produce bacteriemia desde el masticar al cepillarse los dientes, uno de los argumentos que emplea el autor, canadiense, para demostrar la inutilidad de la prevención con antibióticos de la endocarditis bacteriana. Además, los pocos ensayos clínicos que se han hecho no son concluyentes. Da datos con los que se puede calcular que se necesitan cuarenta camiones de veinte toneladas de amoxicilina para evitar una muerte por endocarditis, por año, en Cataluña.



Organización frente a bioterrorismo, en EEUU.
Bioterror vaccine production.

id:95-16

Autor: Mitra M.

Revista/Año/Vol./Págs.: Take 2. JAMA 2007;297:575-6. Citas 0. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: El miedo al uso de agentes biológicos como armas para el terrorismo llevó a la aprobación de un proyecto gigantesco en EEUU para producir vacunas especiales. El proyecto ha fracasado, y por ejemplo, no ha cumplido la compañía encargada de producir 75 millones de dosis de vacuna contra el carbunco. En este texto se comenta la nueva iniciativa de crear un departamento de biodefensa en el Ministerio de Sanidad (*Biodefense Advanced Research and Development Authority*) para promover la producción de vacunas y medicamentos contra agentes biológicos de posible uso como armas para el terrorismo.

El cribaje de pacientes críticos en una pandemia gripal.
Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic.

id:95-17

Autores: Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, Cook T, Lazar NM, Herridge MS et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2006;175:1377-81. Citas 48. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La epidemia de gripe aviar es por ahora sólo una fantasía, que ha dado de comer ya a muchos a costa del pánico creado. Sin embargo, hay cosas que tienen interés, como este artículo canadiense en el que se revisa lo que se ha publicado en el mundo sobre cribaje de pacientes para prestación de cuidados en unidades de intensivos. Como no encuentran nada general, recomiendan cuatro criterios (de inclusión, exclusión, probabilidad de sobrevivencia y priorización) de organización para seleccionar a pacientes en caso de una pandemia de gripe.

Aspectos éticos del cribaje de pacientes críticos en una pandemia gripal.

id:95-18

Autores: Melnychuk RM, Kenny NP.

Revista/Año/Vol./Págs.: Pandemic triage: the ethical challenge. CMAJ 2006;175:1383-4. Citas 7. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: En caso de catástrofe (y siempre) hay que racionar cuidadosamente los recursos. Todo el mundo debería tener el mismo acceso, según necesidad y resultados esperables. Esta sencillísima teoría se transforma en cuestión ética compleja cuando se trata de pasarla a la práctica. Lo comenta el autor del editorial, a propósito del texto precedente, sobre los criterios para seleccionar pacientes para cuidados intensivos. Es muy interesante, y lógico, que los criterios se apliquen en general, incluso en caso de pandemia gripal, sin distinguir entre pacientes con y sin infección. Y que los criterios tengan más contenido orientado a la salud de población que a la salud individual.

La higiene en casa protege en caso de SARS.
Household transmission of SARS, 2003.

id:95-19

Autores: Wilson-Clark SD, Deeks SL, Gournis E, Hay K, Bondy S, Kennedy E, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2006;175:1219-23. Citas 11. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los canadienses sufrieron el Síndrome Respiratorio Grave y Agudo (*Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS*), y no han dejado de publicar sobre ello. En este caso estudian 75 casos índice y analizan la transmisión de la infección a domicilio, en 18 casos secundarios y 158 en convivientes no afectados. El factor clave fue el número de horas de presencia en el domicilio (protege, pues, el tener actividades lúdicas fuera de casa). También fue muy importante la higiene, el lavarse las manos correctamente, y el no compartir paños de cocina.

El impacto del SARS en el control de la tuberculosis en China.
Progress in tuberculosis control and the evolving public-health system in China.

id:95-20

Autores: Wang L, Liu J, Chin DP.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2007;369:691-6. Citas 26. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Como dice el refrán, no hay mal que por bien no venga. Así, la epidemia del SARS demostró el vacío sanitario en China, pero eso mismo ha conllevado el cambio para mejorar la asistencia a todas las enfermedades infecciosas, con éxito sin par en el control de la tuberculosis. Los autores, chinos de Pekín, demuestran que hasta 2003 los casos de tuberculosis diagnosticados eran el 30% del total. Con la nueva organización, de una salud pública reforzada que logra la declaración de enfermedades de declaración obligatoria en un máximo de un día (antes 29 días), se diagnostican el 80% de los nuevos casos, en 2005.

La circuncisión se asocia a menos SIDA.
Male circumcision to cut HIV risk in the general population.

id:95-21

Autores: Newell ML, Bärnighausen T.
Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2007;369:617-9. Citas 13. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: El tratamiento del SIDA ha mejorado hasta convertirlo en enfermedad crónica...para quien lo recibe. Hay mucha población que no tiene acceso ni al tratamiento ni a los preservativos. Los autores, de Sudáfrica, comentan en este editorial tres ensayos clínicos (dos publicados en el mismo número de la revista) sobre el efecto de la circuncisión en la prevención del SIDA en varones. Se demuestra una eficacia relativa del 50% (baja la incidencia del 4,2 al 2,1%). No es mucho, pero es suficiente para empezar a pensar que puede ser útil estar circuncidado, aunque para ofrecerlo como medida de salud pública todavía hay un camino a recorrer.

Ventajas de la vacuna antidiftérica acelular.
Has the change to acellular pertussis vaccine improved or worsened pertussis control?

id:95-22

Autores: Halperin SA, DeSerres G.
Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2006;175:1227-8. Citas 12. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: El mundo de las vacunas es manifiestamente mejorable, tanto en cantidad como en calidad. Los autores de este editorial comentan un trabajo publicado en el mismo número sobre efectividad de la vacuna contra la difteria. En la actualidad empleamos la acelular, que ha substituido a la vacuna previa. ¿Es mejor o peor? Los resultados hay que interpretarlos teniendo en cuenta que la vacuna antigua deja a muchas personas con bajas defensas, sensibles a la infección diftérica. Los autores insisten en las ventajas y la mayor efectividad de la vacuna acelular.

El Día Mundial de la Salud, 2007 (crisis sanitarias).
Investing in health, building a safer future.

id:95-23

Revista/Año/Vol./Págs.: Geneve: WHO; 2007. Citas Libro. JG.
Calificación: Informativo.

Comentarios: La Organización Mundial de la Salud tiene algunas cosas buenas, como sus llamadas de atención sobre los futuros problemas por falta de personal sanitario. En este documento preparado para el Día Mundial de la Salud, se hace una revisión somera, periodística, sobre los problemas que plantean las crisis sanitarias, y la necesidad de responder con mejor coordinación y refuerzo de los sistemas sanitarios. Se repasa el SIDA y otras infecciones emergentes, las catástrofes naturales, los problemas ambientales y las amenazas terroristas (químicas, biológicas y radioactivas).

La preparación frente a las crisis sanitarias.
A practical tool for the preparation of a hospital crisis preparedness plan, with special focus on pandemic influenza.

id:95-24

Autor: Davoli E (coordinador).
Revista/Año/Vol./Págs.: Copenhagen: WHO Europe; 2007. Citas Libro. JG.
Calificación: Informativo.

Comentarios: La preparación de la respuesta no es la llave para conseguir la mejor respuesta, pero ayuda a hacer las cosas de forma más lógica. Por eso es interesante esta publicación de la OMS, de su oficina en Barcelona, que hace una propuesta de organización de la respuesta a una pandemia de gripe, y también ante cualquier crisis sanitaria. Curiosamente, equiparan hospital a cualquier recurso sanitario, y aunque entre los autores cuentan con tres de Georgia y uno de Tayikistán, Rumania, Andorra y Albania, todos los autores españoles son catalanes (el coordinador es de la oficina en Barcelona de la OMS).

Una historia personal sobre el ensayo clínico de la estreptomycin.
The MRC randomized trial of streptomycin and its legacy: a view from the clinical front line.

id:95-25

Autor: Crofton J.
Revista/Año/Vol./Págs.: J R Soc Med 2006;99:531-4. JG.
Calificación: Excepcional.

Comentarios: Las historias personales nos pueden conmovir como nunca lo lograrán las cifras globales. Por eso es excepcional este texto, escrito por un holandés que participó en el primer ensayo clínico del mundo, con la estreptomycin en tuberculosos como problema. Es muy honrado, y deja claro el porqué de su participación (amistad), la falta de ética al no informar a los pacientes, y la importancia subsiguiente de tener en cuenta los efectos adversos, la resistencia bacteriana y la organización de los servicios. En el del autor se llegó a una tasa de curación del 100% en la tuberculosis pulmonar.



La prueba de tuberculina en los controles del niño sano.

id:95-26

Autores: Espinosa M, Vázquez R, Ganoso P.

Revista/Año/Vol./Págs.: An Pediatr (Barc) 2006;65:225-8. Citas 20. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En este trabajo se analiza el rendimiento de la prueba de la tuberculina, que algunos realizan sistemáticamente en la revisión del niño sano. En Galicia se hacen tres pruebas en dicha revisión, al año, y a los 5 y 13 años. Estudiaron los resultados en 2.530 niños de Pontevedra, en los que la prueba de la tuberculina fue positiva en 26 (0,9%). De ellos, sólo en ocho fue realmente positiva, pues en el 73% de los casos habían recibido la BCG. Como se ve, otra prueba inútil, que se debería reservar para niños con problemas (marginación y pobreza, procedencia de zonas de alta prevalencia y demás).

Bastan tres días de antibióticos intravenosos en la neumonía grave.

id:95-27

Effectiveness of early switch from intravenous to oral antibiotics in severe community acquired pneumonia: multicentre randomised trial.

Autores: Oosteheert JJ, Bonten MJM, Schneider MME, Buskens E, Lammers JWJ, Hustinx WMN et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:1193-5. Citas 6. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los autores, holandeses, intentan responder a la cuestión clínica del mejor tiempo de duración de la terapia antibiótica intravenosa en los pacientes con neumonía grave adquirida en la comunidad. Para ello cambian de intravenosa a oral al tercer día en pacientes estabilizados. Como era de esperar, no hay diferencias en el resultado (fracasos y muertes) y sí en la duración de la estancia, que se acorta cuando se pasa precozmente a la terapia oral (de media pasa a 9,6 desde 11,5 días).

Las cuestiones relevantes en las infecciones.

id:95-28

Severe community acquired pneumonia.

Autores: Mills GD, Laing R.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:1181-2. Citas 9. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Este editorial comenta el artículo previo, y lo firman dos neozelandeses que han demostrado que es el criterio médico el factor clave en la duración del tratamiento antibiótico intravenoso (con independencia de la situación y evolución del paciente). Por ello piden que se hagan más estudios de formas de administrar y organizar tratamientos antibióticos varios (y la interacción con problemas sociales, que pueden hacer prolongar la estancia hospitalaria), lo cual es mucho más interesante que determinar el mejor antibiótico per se. Creo que tienen razón.

Perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes con hipertensión arterial no controlada.

id:95-29

Estudio Control-Project.

Autores: Márquez-Contreras E, Coca A, de la Figuera M, Divisón JA, Llisterri JL, Sobrino J, et al, en nombre de los investigadores de Control-Project.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;128:86-91. Citas 27. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Nuevo estudio multicéntrico en atención primaria, financiado por la industria, sobre el mal control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El 96% de los hipertensos mal controlados presentan otros FRCV; un 64% tiene elevado riesgo CV. Se dice que los médicos de primaria subestiman el riesgo de sus pacientes y muestran una actitud pasiva ante él, la mayoría por considerar que el paciente no modifica sus estilos de vida. Quizá no le subestiman, pero lo aceptan en el marco global del paciente.

Tratamiento de la fibrilación auricular en los distintos niveles asistenciales de un área sanitaria.

id:95-30

Autores: Coll-Vinent B, Junyent M, Orús J, Villaroel C, Casademont J, Miró O et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;128:125-9. Citas 28. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Estudio barcelonés en el que se comprueba una gran variabilidad en el tratamiento de la fibrilación auricular en primaria, cardiología, hospital y urgencias. En una tercera parte el tratamiento antiaritmico y antitrombótico se consideró inadecuado (más en primaria, donde hubo menos consultas relacionadas con la fibrilación auricular sin que el médico actuara en consecuencia (nihilismo médico). Más reproches a AP por no controlar todo. A menudo "más cantidad no supone más calidad".

Atención primaria e identificación precoz del riesgo cardiovascular elevado.

id:95-31

Autores: Ruilope LM, Brotons C.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;128:135-6. Citas 14. MARL.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Más leña sobre los factores de riesgo cardiovascular y la primaria. Se aconseja que los esfuerzos de investigación se vuelquen en identificar precozmente a los sujetos con mayor riesgo cardiovascular para prevenirla mediante cambios en hábitos de vida y fármacos adecuados. Se transforman tablas de riesgo en tablas de decisión. La primaria y la medicina de empresa a la busca permanente de enfermos o personas que puedan serlo (¿todas?) para medicalizarlas cuanto antes en aras de la pretendida y omnipotente prevención.

Abandono de un ensayo clínico prometedor.

id:95-32

Cholesterol: the good, the bad, and the stopped trials.
Autores: Anónimo.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2006;368:2034. Citas 0. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: El desarrollo de un nuevo medicamento es costoso, y riesgoso (para la industria que invierte el dinero, y para los pacientes que participan en los ensayos clínicos). En este brevísimo comentario informativo se da cuenta de la paralización y abandono de ILLUMINATE, el ensayo clínico acerca de un nuevo tipo de medicamento (torcetrapib) que bloquea la proteína la transferencia de colesterol, y logra aumentar la cantidad de colesterol HDL. En el ensayo clínico, la adición de torcetrapib a atorvastatina aumentó las muertes en el grupo de intervención (82 contra 51), lo que ha hecho abandonar el estudio.

Cronoterapia con torasemida en pacientes hipertensos: aumento de la duración y la eficacia terapéuticas con su administración a la hora de acostarse.

id:95-33

Autores: Calvo C, Hermida RC, Ayala DE, López JE, Rodríguez M, Chayán L et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2006;127:721-9. Citas 40. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Sabemos poco de cronoterapia. En este trabajo se demuestra que la torasemida, diurético utilizado en el tratamiento de la hipertensión arterial, es el doble de efectivo en cuanto a reducción de cifras tensionales si se da al acostarse que si se da al levantarse (reducción de 11,2 mmHg de la media de 24 horas de la TAs y de 8 mmHg la TAd cuando se da por la noche). El único problema es que en algunos casos produce nicturia, que hay que tener en cuenta.

Control de factores de riesgo coronario en prevención secundaria: estudio PRESENA.

id:95-34

Autores: Tranche S, López I, Mostaza JM, Soler B, Mantilla MT, Taboada M et al, en representación de los investigadores del estudio PRESENA.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2006;127:765-9. Citas 25. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Nuevo estudio multicéntrico en atención primaria sobre control de factores de riesgo coronario (financiado por Bristol Myers Squibb). Esta vez en prevención secundaria, o sea, en pacientes que ya habían tenido un episodio coronario. El 60% tenía controlada la TA (<140/90 ó 130/85 en diabéticos), el 26% el LDLc (<100 mg/dl) y el 88% no fumaba. Sólo el 16,4% tenía controlados los 3 factores. Hay que insistir más en el control de los factores de riesgo en la práctica cotidiana, en prevención secundaria.

Los problemas sanitarios en China.

id:95-35

Health system reforms to control tuberculosis in China.
Autor: Sleight AC.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2007;369:626-7. Citas 10. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los problemas de China con la salud de su población son problemas de salud pública y de salud internacional. En concreto, las dificultades para controlar la tuberculosis atañen a toda la población mundial, por las resistencias bacterianas. El control de la tuberculosis, que se ha empezado a lograr, es la cuestión que suscita este editorial, de un australiano. Para lograrlo hay que reformar el sistema sanitario entero, que estaba abandonado, con 900 millones de chinos rurales sin seguro alguno y sin poderse pagar la asistencia, y con 100 millones de trabajadores desplazados en las ciudades todavía con menos asistencia (sí es posible). Se está intentando con un seguro comunitario local.



¡Más privatización y más descentralización en los países del Este!
Descentralization and health care in the former Yugoslav Republic of Macedonia.

id:95-36

Autor: Menon S.

Revista/Año/Vol./Págs.: Int J Health Plann Mgmt 2006;21:3-21. Citas 28. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: En los países del Este europeo cedió la plaga del comunismo, y cayó la plaga del libre mercado (de Málaga a Malagón). En este trabajo se deja claro, al exponer las presiones excesivas para privatizar el sistema sanitario, con una economía debilísima que deja a los marginados (la mayoría de la población) sin protección. También les piden que descentralicen, como si los ayuntamientos tuvieran poder y dinero para ello. Como se ve, todo basado en teoría, con pocos hechos (entre lo poco, lo bueno español).

La medida del rendimiento sanitario, en contra de la integralidad.
Clinical concerns about clinical performance measurement.

id:95-37

Autores: Werner RM, Asch DA.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Fam Med 2007;5:159-163. Citas 25, MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Está de moda el *pay for performance* (PXP), el pago por rendimiento, por mucho que haya sido desarrollado por especialistas para problemas concretos, lo que va contra la integralidad, como insisten los autores, gringos. Hacen un repaso de los inconvenientes de la medición del rendimiento, e insisten que se refiere a áreas muy concretas (de relativa relevancia clínica), que no conlleva priorización alguna (no se pone en el contexto de la atención clínica), y no se aplica al conjunto de los problemas del paciente (que resulta dividido en problemas).

Sesgos en las guías y protocolos.
Source bias for authors of clinical practice guidelines.

id:95-38

Autor: Detsky AS.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2006;175:1033. Citas 3. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Sabemos que las guías están más sesgadas cuantos más expertos participan en ellas. ¿Por qué? El autor de este editorial da indirectamente claves que explican este hecho. La primera, y obvia, son los intereses financieros, tipo pertenencia a comités de la industria pertinente, pagos por asesoría y demás. También los intereses de expertos que pertenecen a comités de seguros, que pueden sesgar su opinión al valorar en mucho los problemas de los costes. Tercero, los sesgos de haber participado en ensayos clínicos y de haber publicado al respecto. Cuarto, el tener intereses profesionales (un radiólogo, por ejemplo, sobre la PET). Por último, experiencias personales irracionales.

Éxito chileno en mortalidad infantil.
Reducing infant mortality in Chile: success in two phases.

id:95-39

Autores: Jiménez J, Romero MI.

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Affairs 2007;26:458-67. Citas 29. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los autores, salubristas chilenos, destacan el descenso de la mortalidad infantil en Chile, desde 1959 a 2000 (al final, de 8,9 por mil nacidos vivos, en un país de 5.000 dólares anuales de renta per capita). Lo han logrado con mejor atención primaria, que entre otras cosas revertió la tasa de alimentación materna a los seis meses (bajó al 19% desde el 70% entre 1950 y 1974, y se logró que subiese al 87% en 1998). Y luego con más vacunas, y con mejor atención en problemas concretos del recién nacido.

El pago por rendimiento a los especialistas hospitalarios ingleses.
Performance pay remuneration for consultants in the NHS: is the current system fair and fit for purpose.

id:95-40

Autores: Abel P, Esmail A.

Revista/Año/Vol./Págs.: J R Soc Med 2006;99:487-93. Citas 53. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La moda del pago por rendimiento (PXP) tiene muchos años. En el caso de los especialistas ingleses, desde 1948, cuando se empleó "oro para llenarles la boca" (para que no se opusiesen al establecimiento del Sistema Nacional de Salud). Hasta 1996 no se publicaron datos suficientes del sistema de premio de los especialistas, que demuestra claramente una discriminación persistente contra especialistas del sexo femenino y de raza no blanca. ¡Parece mentira!

El encuentro médico-paciente como escenario de la organización de la Medicina.
Bullets, balance, or both: medicalisation in HIV treatment.

id:95-41

Autor: Patton C.
Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2007;369:706-7. Citas 3. MPF.
Calificación: Muy bueno

Comentarios: La consulta es un espacio común entre el paciente y el médico, como bien ilustra el autor, canadiense. Se ha dedicado en los últimos tiempos a investigar la relación de los pacientes de SIDA con sus médicos, y compara las entrevistas con virólogos, centrados en el carga viral y los anti-retrovirales, y los endocrinólogos, centrados en la lipodistrofia y otras alteraciones metabólicas. Tanto los pacientes como los médicos reflejan durante el encuentro sus respectivas concepciones del mundo y de la Medicina, lo que convierte en único a todo encuentro, y en negociable el proceso diagnóstico y terapéutico.

La medicalización y el poder del paciente.
Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalisation.

id:95-42

Autor: Tomes N.
Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2007;369:698-700. Citas 15. MPF.
Calificación: Bueno.

Comentarios: En este número del Lancet se publican cinco artículos presentados en un seminario sobre medicalización en Nueva York. El primero es este, de cierto interés pues la autora, gringa, plantea el lograr un término intermedio entre la preponderancia del médico y la del paciente. En el momento actual dar cancha al paciente es la moda, y la propia industria farmacéutica y la de los seguros médicos se presentan como abogadas de los pacientes. Todo lo complica la Medicina Basada en Pruebas, que en poco valora las opiniones de los pacientes a la hora de presentar resultados de ensayos clínicos.

Alerta SEMGM



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 SEMGM, 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".