

S-4.802 *Prevención de la deficiencia de yodo en la mujer gestante y en la lactancia*

Autores: Díaz-Cadorniga FJ, Delgado E

Revista/Año/Vol./Págs.: Sedagaiak. 2005;18:14-5

Calificación: Bueno

Comentario: Los firmantes son médicos y componentes del Grupo de Trabajo sobre Trastornos por deficiencia del Yodo, y han escrito este breve texto para promover el suplemento de yodo, bien en la alimentación, bien como "medicamento". Lo importante es tener claro que el embarazo y la lactancia son períodos clave en la maduración del cerebro humano, y que se precisa de dosis suficientes de yodo para que todo vaya bien en el cerebro del embrión, feto, recién nacido. Aunque la madre tenga capacidad de producción de T3, si tiene niveles bajos de yodo repercutirá en el desarrollo del niño. Muchas madres tienen déficit de yodo.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: MPF

S-4.803 *Costes económicos asociados a la diabetes tipo 1*

Autores: Ballesta MJ, Carral F, Olveira G, Girón JA, Aguilar M

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Clin Esp. 2005;205:523-7

Calificación: Bueno

Comentario: Este trabajo está hecho en Cádiz, a partir del seguimiento durante un año de 71 pacientes (59% mujeres) con diabetes tipo 1; su edad media fue de 29 años, con una evolución de unos 11 años de media. El coste estimado anual fue de 3.311 euros; aumentó con cada hospitalización asociada a diabetes, con la situación de pensionista, y con las complicaciones micro y macrovasculares. El coste de las tiras reactivas de autoanálisis fue del 25% del total; el de las jubilaciones prematuras el 21%, el de la medicación el 11% y el de las hospitalizaciones del 5%. Así pues, ojo a las tiras.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MPF

S-4.804 *¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas*

Autores: Navarro MA, Ruiz F, Reyes A, Gutiérrez I, Hermosilla T, Alonso C, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Clin Esp. 2005;205:533-40

Calificación: Excelente

Comentario: Los autores, sevillanos, identificaron 278 guías de práctica clínica españolas producidas entre 1990 y 2002, y lograron 61 a partir del contacto con sus autores. A todas ellas les aplicaron el cuestionario AGREE, traducido, cuatro evaluadores. Hubo concordancia entre todos ellos en la baja calidad de las guías. Más del 60% son de mala calidad. Del total, 25 son muy poco recomendables y 26 no recomendables. Tan sólo 10 guías entran en las categorías de

recomendables o muy recomendables. Una de las áreas peor calificada es la de "aplicabilidad". Es una pena.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: MPF

S-4.805 *Tratamiento extrahospitalario del infarto agudo de miocardio en Andalucía*

Autores: Mellado FJ, Rosell F, Ruiz M, Grupo PEFEX

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Cardiol. 2005;58:1287-93

Calificación: Bueno

Comentario: En este estudio se analiza la atención a 981 pacientes atendidos por los equipos de urgencias extrahospitalarios de Andalucía, en dos años seguidos, con síndrome coronario agudo y elevación del ST. La edad media fue de 65 años, y el 79% fueron varones. Se realizaron 152 (16%) fibrinólisis extrahospitalarias, el 18% en la primera hora y el 68% en las dos primeras. No hubo hemorragias cerebrales. En total la mortalidad hospitalaria fue del 21% y del 0,8% en los tratados con fibrinólisis extrahospitalaria (que se aplicó a pacientes de mejor pronóstico y situación). La fibrinólisis la podríamos hacer los médicos generales, pero ¿quién lo piensa siquiera?

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: MPF

S-4.806 *Anticoagulación en la fibrilación auricular, ¿cumplimos las recomendaciones?*

Autores: Cruz I, Sánchez-Ledesma M, Puerto E, Sánchez-Rodríguez A.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2005;125(5):198-9

Calificación: Bueno

Comentario: Estudio realizado en el Hospital de Salamanca; se constata que la anticoagulación oral en los pacientes dados de alta con fibrilación auricular es baja (en torno al 50%; a una cuarta parte se les puso tratamiento antiagregante y a otra cuarta parte, 27%, ni anticoagulación ni antiagregación). Al año, la mortalidad entre los anticoagulados fue menor. Se recomienda anticoagular a más pacientes con fibrilación auricular para disminuir su riesgo embólico. No se comenta nada de las dificultades del control de la anticoagulación, especialmente en mayores y en provincias con gran dispersión de población.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: MARL

S-4.807 *Tratamiento y prevención del herpes zoster*

Autores: García A, Guerra-Tapia A, Torregrosa JV

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2005;125(6):215-20.

Calificación: Bueno

Comentario: El herpes zoster es relativamente frecuente (unos 4 casos 1.000 hab/año), y en ocasiones deja neuralgia postherpética (NPH). El tratamiento antiviral (famciclovir 750 mgx1, valaciclovir 1gx3 o brivudina, 7 días) es beneficioso en la mayoría de los pacientes, especialmente en mayores de 50 años, inmunodeprimidos o con afectación oftálmica, sobre todo si se administra antes de las 72 horas del comienzo de la erupción. Para la NPH se aconseja parche de lidocaína, crema EMLA o capsaicina, y/o antidepresivos (nortriptilina). La vacuna contra la varicela disminuye el número de casos, aunque se ha señalado que podría desplazar la infección a la edad adulta y aumentar la incidencia de herpes zoster.

Referencias bibliográficas: 65

Revisor: MARL

S-4.808 *Etiología y sensibilidad de los uropatógenos causantes de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad. Estudio nacional multicéntrico*

Autores: Andreu A, Alós JI, Marco F, de la Rosa M, García-Rodríguez JA y Grupo Cooperativo Español para el Estudio de la Sensibilidad Antimicrobiana de los Patógenos Urinarios.

Revista/Año/Vol./Págs.: Enferm Infect Microbiol Clin. 2005; 23(1):4-9

Calificación: Bueno

Comentario: La mayoría de las infecciones urinarias en Atención Primaria se tratan de forma empírica. Para hacerlo correctamente debemos tener en cuenta la etiología más probable y las resistencias bacterianas esperables. Y esto es lo que nos aporta este estudio realizado en 9 Comunidades Autónomas. *Escherichia coli* es el microorganismo más frecuente (73%), siendo sensible a fosfomicina el 97,9% y a cefixima, nitrofurantoina, amoxicilina/clavulánico y cefuroxima más del 90%. El 23% de las cepas fueron resistentes a quinolonas, siendo mayor esta resistencia en varones, mayores de 80 años, infecciones complicadas y en Andalucía, Aragón y Castilla-León.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MARL

S-4.809 *Evaluación del riesgo de un primer ictus en la población hipertensa española en Atención Primaria. Estudio ERIC-HTA*

Autores: Lozano JV, Redón J, Cea-Calvo L, Fernández C, Navarro J, Bonet A, et al, en representación del grupo de los investigadores del estudio ERIC-HTA 2003

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2005;125(7):247-51

Calificación: Bueno

Comentario: Según los resultados de este estudio el 19,9% de los pacientes hipertensos españoles mayores de 55 años tienen riesgo de presentar un ictus a los 10 años (y de enfermedad coronaria un 19,2%), siendo mayor en las mujeres que en los hombres. Para obtener esta cifra se han utilizado las tablas de Framingham, que como sabemos sobreestiman el riesgo cardiovascular de la población española, así que en principio el riesgo real sería inferior al estimado. Sería aconsejable desarrollar mejores escalas pronósticas, válidas para nuestra población, y por supuesto, mejorar el control de la tensión arterial.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: MARL

S-4.810 *Germany's need for health-care reform*

(La necesaria reforma del sistema sanitario alemán)

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet. 2005;366:1411

Calificación: Informativo

Comentario: Cuando dicen eso de la "locomotora alemana" uno tiende a pensar que es una metáfora, pero hay mucho más. Si Alemania va bien, la Unión Europea va bien; y viceversa. De ahí la importancia de que los alemanes reformen su sistema nacional de salud, que hasta ahora es carísimo y poco eficiente. Cubría todo, desde los balnearios a la alta tecnología, y una, dos, tres y cuatro opiniones, y más. En medicamentos, intentarán implantar criterios de coste-eficacia. En las visitas, han introducido un copago de 10 euros para cada nueva visita a cada nuevo médico cada trimestre. E intentan disminuir el global de la factura.

Referencias bibliográficas: 0

0 JG

S-4.811 *Antibiotic prescription in primary health care: clinical and economic perspectives (Catalonia, Spain)*

(La prescripción de antibióticos, inapropiada en el 44% de los casos)

Autores: Caminal J, Rovira J

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Public Health. 2005;15:276-81

Calificación: Muy bueno

Comentario: Lo de los antibióticos es un problema de salud pública en España (y autonomías). En este trabajo se presenta el análisis del tratamiento de 2.470 pacientes, de 54 años de edad media, que consultaron a su médico general. Se consideró que se necesitaba antibióticos en el 30% de los casos. Cuando se estudiaron los casos, se pudo demostrar el uso inadecuado de los antibióticos en el 44%, generalmente por no necesitarlos y utilizarlos (28%), pero también por no hacerlo cuando eran necesarios (4%). El coste del uso inapropiado supone el 68% del total. Un despilfarro, pues, y una prescripción que precisa mejora urgente.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-4.812 *Determinants of health system delay among confirmed tuberculosis cases in Spain*

(Retraso entre la primera visita y el inicio del tratamiento por tuberculosis, un problema clínico a resolver)

Autores: Díez M, Bleda MJ, Alcaide J, Castells C, Cardenal JI, Domínguez A, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Public Health. 2005;15:343-9

Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes con tuberculosis deberían ser tratados rápidamente, para evitar la difusión de la enfermedad. En España, donde tenemos una alta prevalencia, estudian el retraso en el inicio del tratamiento, a través de la revisión de las historias clínicas de 5.184 pacientes con muestras cultivadas positivas. La media fue de 6 días. El 56% inició el tratamiento en la primera semana tras la consulta inicial, y un 23% tardó más de un mes. Hubo retraso en los mayores de 44 años, en drogadictos por vía intrave-

nosa, con antecedentes de quimioprofilaxis para la tuberculosis, en tuberculosis intestinal, y cuando el diagnóstico se hizo en primaria.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-4.813 *Genetic risk assessment and BRCA mutation testing for breast and ovarian cancer susceptibility: recommendation statement*

(Sólo en el 2% de las mujeres se podría considerar útil el hacer cribaje de cáncer de mama con la determinación de los genes BRCA)

Autores: U.S. Preventive Services Task Force

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2005;143:355-61

Calificación: Excelente

Comentario: Después del cribaje del cáncer de mama con la mamografía, lo moderno es la determinación de mutaciones de los genes BRCA. Por ello es importante esta decisión del grupo gringo de prevención, que señala la inutilidad y peligrosidad de hacer esta determinación en la población general. Se recomienda sólo en un grupo de mujeres con antecedentes familiares de interés, que viene a ser el 2% del total de las mujeres. Incluye a las judías de origen ashkenazí con un familiar con cáncer en primer grado; y a otras mujeres con dos familiares de primer grado con cáncer de mama/ovario, una de las cuales, al menos, lo hubiera tenido antes de los 50.

Referencias bibliográficas: 58

Revisor: JG

S-4.814 *Taking family history seriously*

(Las limitaciones de la determinación de las mutaciones del BRCA)

Autores: Burke W

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2005;143:388-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: La penetrancia de las mutaciones de los genes BRCA es muy baja, entre el 35% y el 84% para el cáncer de mama, y entre el 10% y el 50% para el cáncer de ovario. Además, la determinación falla en aproximadamente el 15% de los casos. Por ello, lo ideal es empezar determinando las mutaciones en las pacientes con el cáncer, para luego poder interpretar bien los resultados en sus familiares. En este editorial se comenta el texto previo (S-4.813) para dejar claro que las cosas no son sencillas, y que habrá discrepancia con la conclusión de la Task Force, por agresivas.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-4.815 *Prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease with tiotropium, a once-daily inhaled anticholinergic bronchodilator. A randomized trial*

(El tiotropio reduce un 4% el riesgo de crisis exacerbaciones frente a placebo en la EPOC, en dosis única, en seis meses de tratamiento)

Autores: Niewohner DE, Rice K, Cote C, Paulson D, Cooper AD, Korducki L, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2005;143:317-26

Calificación: Bueno

Comentario: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es enfermedad grave, que conlleva mala calidad de vida, frecuentes reinfecciones y hospitalizaciones no programadas. En este ensayo clínico se compara durante seis meses, en 1.829 varones, de edad media 68 años, el 28% con oxígeno domiciliario, la aplicación una vez al día de un aerosol con tiotropio, contra placebo, durante seis meses. Los pacientes tuvieron menos exacerbaciones de su cuadro, con una disminución absoluta del 4%. También hubo una tendencia a menos complicaciones, menor uso de consultas, y menos ingresos, pero los resultados no son espectaculares, dado que se comparaba con placebo.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-4.816 *The Chaoulli challenge: getting a grip on waiting lists*

(La espera razonable en la lista de espera, en Canadá y Nueva Zelanda)

Autores: Hadorn D

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2005;173:271-3

Calificación: Excelente

Comentario: Las listas de espera exasperan, y se utilizan como un argumento contra los sistemas de salud públicos y universales. En Canadá andan revueltos en torno a esta cuestión, por una decisión judicial que permite utilizar la provisión privada para resolver el problema de las listas de espera. Comenta el problema, en este editorial, el responsable primero en Nueva Zelanda y después en Canadá del mejor intento mundial de racionalizar las listas de espera. Destaca que no hay investigación que permita responder a la cuestión clave del perjuicio que conlleva el estar en la lista de espera, ni sobre las ventajas de tener más rápido acceso.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-4.817 *Tips for learners of evidence-based medicine: 5. The effect of spectrum of disease on the performance of diagnostic tests*

(La prevalencia de enfermedad y el grado de incertidumbre en el uso de pruebas diagnósticas)

Autores: Montori VM, Wyer P, Newman TB, Keitz S, Guyatt G, Evidence-Based Medicine Teaching Tips Working Group

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2005;173:385-390

Calificación: Muy bueno

Comentario: Cuando se desarrolla una nueva prueba diagnóstica, nunca sabes cuán útil será en tus pacientes. En este caso, sobre pruebas diagnósticas y el impacto en las mismas de la incertidumbre en el diagnóstico y de la prevalencia de la enfermedad. La prevalencia no modifica ni la sensibilidad ni la especificidad ni el coeficiente de probabilidad, pero cambia sustancialmente el valor predictivo. Utiliza como ejemplo el uso de la determinación del BNP (péptido natriurético) en el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, cuya sensibilidad y especificidad disminuye justo en los casos en los que hay más incertidumbre.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-4.818 *The annual physical. Are physicians and patients telling us something?*

(El chequeo anual, sin fundamento científico, pero un rito bien sólido)

Autores: O'Malley PG, Greenland P

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med. 2005;165:1333-4

Calificación: Informativo

Comentario: Hay ritos sin sentido, que se conservan en olor de multitudes. Por ejemplo, el chequeo anual general, o la citología anual. Los autores comentan un artículo que demuestra cuánto estiman los médicos de primaria el chequeo anual en EE. UU., la primera causa para ir a ver al médico allí. Ya en 1979 se recomendó en Canadá contra esta rutina, y en 1996 en EE. UU., pero sigue viva y fresca. En España sirva de ejemplo la revisión anual en el trabajo, tan inútil como peligrosa. Los resultados científicos positivos tardan unos 17 años en convertirse en rutina clínica, y tal vez los resultados negativos lleven al abandono de rutinas sin valor científico en más años.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-4.819 *Information and involvement preferences of women in their 40s before their first screening mammogram*

(Las mujeres quieren más información antes de hacerle una mamografía de cribaje, cuando tienen entre 40 y 44 años)

Autores: Nekhlyudov L, Li R, Fletcher SW

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med. 2005;165:1370-4

Calificación: Bueno

Comentario: No hay dudas de la inutilidad y peligrosidad de hacer mamografías de cribaje antes de los 50 años, por la densidad de las mamas, y la alta tasa de falsos positivos. Las autoras envían una encuesta postal a 291 mujeres de 40 a 44 años que se van a hacer su primera mamografía de cribaje, en una HMO de New England (EE. UU.); contestan 144, y se pueden utilizar 96 encuestas. Lo que piden las mujeres es muy prudente, pues quieren saber del riesgo de padecer cáncer de mama a su edad, de las tasas de falsos positivos y negativos, y de qué hacer si sale algo sospechoso.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-4.820 *Febuxostat. Treatment for hyperuricemia and gout?*

(Por ahora, alopurinol para prevenir el ataque de gota)

Autores: Moreland LW

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med. 2005;353:2505-7

Calificación: Informativo

Comentario: El tratamiento preventivo de la gota se hace con alopurinol, que en dosis diaria de 300 mg logra inhibir la síntesis de ácido úrico. Otra cosa es bajar el nivel de ácido úrico en sangre, cuando no hay síntomas, lo que no tiene fundamento. En este texto se revisa el uso de los medicamentos para la hiperuricemia, desde el probenecid (uricosúrico) al nuevo inhibidor de la xantina, y de la síntesis de ácido úrico, el febuxostat. Éste se ha empleado en un ensayo en fase 3, y parece útil, aunque persisten los problemas de toxicidad y falta de respuesta. Por ahora, parece que lo prudente es el uso apropiado del alopurinol, en las indicaciones aprobadas.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-4.821 *Quality, innovation, and value for money. NICE and the British National Health Service*

(Mejora de la calidad a través de la evaluación de la tecnología médica)

Autores: Pearson SD, Rawlins MD

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA. 2005;294:2618-22

Calificación: Bueno

Comentario: Es difícil valorar la calidad de los servicios y actividades médicas, y por ello muchas cosas se introducen y se siguen haciendo, sin que sepamos si valen la pena. Se ha intentado controlar algo a través de la valoración de la tecnología, con agencias distribuidas por el ancho mundo, sin aparente impacto clínico. En este texto se comenta una experiencia que parece más productiva, la del National Institute for Health and Clinical Excellence, en el Reino Unido. Produce valoraciones de coste eficiencia, guías de práctica clínica, y evaluaciones de seguridad. Lo mejor es que siempre valoran la utilidad clínica, lo que aporta a la clínica.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-4.822 *Selling safety. Lessons from muraglitazar*

(La seguridad incierta del antidiabético muraglitazar)

Autores: Brophy JM

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA. 2005;294:2633-5

Calificación: Excelente

Comentario: Aunque parezca mentira, sabemos poco sobre cómo evitar las complicaciones macrovasculares de la diabetes, tipo ictus, infarto de miocardio y arteriopatía periférica. De hecho, no sirve de mucho el control estricto de la glucemia. De ahí el interés por medicamentos nuevos, tipo rosiglitazona y pioglitazona, agonistas de receptores nucleares que aumentan la sensibilidad a la insulina. Mejor, incluso, el muraglitazar, que también aumenta la oxidación de los ácidos grasos, con una doble acción. Pero el análisis de los datos de aprobación del muraglitazar demuestra un aumento de los eventos cardíacos, y de muertes, de forma que no se asegura la seguridad del nuevo medicamento. Grave problema.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-4.823 *Resistance to antimicrobials in humans and animals*

(La complejidad de la resistencia microbiana a los antibióticos)

Autores: Swaffham S

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2005;331:1219-20

Calificación: Muy bueno

Comentario: La resistencia a los antibióticos es un problema de salud pública, además de un problema clínico. Por ello todo lo que se haga es poco, pues es cuestión que tiene repercusión global. La dificultad que destaca el autor es que no vale de mucho actuar sólo desde el campo médico. La resistencia puede disminuir al emplear más juiciosamente los antibióticos, pero en algunos gérmenes persiste, aun con menor uso; por ejemplo, *Streptococcus pneumoniae* frente a macrólidos. Tampoco están claros los mecanismos por los que se transmite la resistencia desde los animales a los seres humanos.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-4.824 *New international consensus on cardiopulmonary resuscitation*

(En reanimación cardiopulmonar, 30 a 2, la razón compresión-ventilación)

Autores: Chamberlain D

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2005;331:1281-2

Calificación: Muy bueno

Comentario: Lo llaman "resuscitación", pero es reanimación, e incluso la organización mundial se llama *International Liaison Committee on Resuscitation* (hay quien se cree mago, o dios). En cualquier caso, las nuevas normas son más lógicas que las anteriores, y están publicadas en www.erc.edu. Se centran en lo importante, la necesidad de lograr la oxigenación del cerebro. Para ello, lo principal es la compresión cardiaca eficaz, con un ritmo de 30 contra 2 ventilaciones, y 100 compresiones al minuto (no es fácil lograrlo). Y compresiones, también, después de desfibrilar, antes de intentarlo de nuevo. En niños 15-2, y en neonatos, 3-1.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-4.825 *Risk of adverse gastrointestinal outcomes in patients taking cyclooxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis*

(Inhibidores de COX-1, y COX-2, todos igual, mejor no usarlos sin necesidad)

Autores: Hippisley-Cox J, Coupland C, Logan R

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2005;331:1310-2

Calificación: Muy bueno

Comentario: A los médicos nos marean con los antiinflamatorios, de forma que uno llega a olvidar que lo mejor es no utilizarlos y reservarlos para períodos cortos y de necesidad. Nos presentaron los inhibidores de la COX-2 como la panacea, y los autores se preguntan si eso es cierto. Utilizan los datos de la base QRESEARCH, de 367 centros de salud ingleses, de cuatro años (hasta el 31 de julio de 2004), que se refiere a casi ocho millones de persona-año de observación. Hubo 9.407 casos de hematemesis en mayores de 25 años (en pacientes registrados al menos tres años seguidos). El peor resultado lo dio el diclofenaco; el mejor, el celecoxib.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-4.826 *The outcomes among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years*

(La persistencia de síntomas orgánicos no se asocia a enfermedad mental)

Autores: Jackson JL, Passamonti M

Revista/Año/Vol./Págs.: J Gen Intern Med. 2005;20:1032-7

Calificación: Excelente

Comentario: Solemos despreciar los "síntomas", como si sólo adquiriesen corporeidad cuando se transforman en diagnósticos. Sin embargo, los síntomas existen por sí mismos, y condicionan las vidas de nuestros pacientes tanto como las "verdaderas enfermedades". Por eso es muy importante este trabajo, de una clínica general militar estadounidense, donde han seguido a 500 pacientes que se presentaron con "síntomas" (excluidos los de catarro de vías altas), hasta cinco años. Persistió el 44% de los síntomas, y el 35% no tuvieron

explicación médica. Pero ello no significó ni peor resultado ni mayor preocupación del paciente.

Referencias bibliográficas: 48

Revisor: JG

S-4.827 *La mitad de las tiras de glucemia capilar que utilizan nuestros pacientes tiene una dudosa indicación*

Autores: Garzón G, Maganto A, Sacristán A, García P

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria. 2005;36:405-6

Calificación: Bueno

Comentario: Lo del autodiagnóstico en los diabéticos tipo 2 (en tratamiento con dieta o antidiabéticos orales) se ha convertido en una sangría sin justificación alguna. Los autores, madrileños, se limitaron a recoger los datos de consumo en su área de tiras reactivas, y demuestran que se dedica a los diabéticos tipo 1 el 51% del uso. Es decir, el resto (el 49%) no está justificado, y significa un gasto (en el año 2000) de casi 350.000 euros (tirados). Lo peor es que estas tiras inútiles se emplean más de lo que recomienda el "consenso" más intervencionista que existe, de media más de una tira diaria. Pero, ¿para qué sirven?

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-4.828 *The effect of surgical and nonsurgical treatment on longitudinal outcomes of lumbar spinal stenosis over 10 years*

(El canal estrecho lumbar, casi igual a los diez años, al comparar el tratamiento con y sin cirugía inicial)

Autores: Chang Y, Singer DE, Wu YA, Keller RB, Atlas SJ

Revista/Año/Vol./Págs.: J Am Geriatr Soc. 2005;53:785-92

Calificación: Muy bueno

Comentario: El dolor de espalda es una especie de yunque en que machacamos a los pacientes hasta que se jubilan, sin que sepamos muy bien por qué. El colmo es la enfermedad imaginaria que llamamos "canal estrecho lumbar", motivo para laminectomías y otras cirugías. Los autores emplean un registro poblacional en Maine, de atención a pacientes con canal estrecho lumbar, y comparan el resultado al cabo de diez años en 77 pacientes intervenidos inicialmente con cirugía (y el 23% reintervenido después) contra 67 no intervenidos inicialmente. La cirugía inicial da mejor resultado a corto plazo, pero a los diez años las diferencias son prácticamente nulas.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-4.829 *Long-term outcomes of surgical and nonsurgical management of lumbar spine stenosis: 8 to 10 year results from the Maine Lumbar Spine Study*

(En el canal estrecho lumbar, lo lógico es explicar bien las cosas a los pacientes, para que elijan cirugía o tratamiento conservador)

Autores: Atlas SJ, Keller RB, Wu YA, Deyo RA, Singer DE

Revista/Año/Vol./Págs.: Spine 2005;30:936-43

Calificación: Bueno

Comentario: Cuando no sabemos muy bien qué hacer, lo lógico es dar mucho mayor protagonismo a los pacientes, para que ellos participen en las decisiones que les afectarán la vida. Lo demuestran los autores, con un estudio sobre el canal estrecho lumbar, un análisis detallado que amplía los

presentados en el artículo previo (S-4.828). La cuestión clave que explica la escasa ventaja de la cirugía es el mucho peor resultado en los pacientes reintervenidos. Para decirlo todo, además los que se someten a cirugía suelen estar peor. En cualquier caso, a partir de los ocho años, las diferencias entre cirugía y tratamiento conservador son muy escasas

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-4.830 *Interpretación de la radiografía de tórax en los pacientes que ingresan en una unidad de corta estancia. Relación con la estancia media*

Autores: Supervía A, Aranda MD, Royo J, Martínez J, Márquez MA, Skaf E, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: An Med Interna (Madrid). 2005;22:409-12

Calificación: Bueno

Comentario: Los autores, catalanes, se preguntan si añade algo la interpretación por un radiólogo de la placa de tórax, respecto al diagnóstico y el tiempo de estancia en una unidad de corta estancia anexa a las urgencias. En 260 pacientes estudiados durante cuatro meses, hubo discrepancia respecto al diagnóstico en nueve casos (no usan el índice kappa), pero sin demasiada importancia respecto a duración del ingreso (se refirieron a patología crónica respiratoria y/o cardiaca). El resultado fue peor para los residentes de primer y segundo año. Recomiendan consultar con el radiólogo sólo cuando haya dudas. Lógico.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: MPF

S-4.831 *Influencia de la edad en la mortalidad de pacientes con insuficiencia cardiaca*

Autores: Ruiz-Ruiz FJ, Samperiz P, Ruiz FJ, Pérez Calvo JI, Morales JL, Dolz R, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: An Med Interna (Madrid). 2005;22:424-8

Calificación: Bueno

Comentario: La insuficiencia cardiaca tiene mal pronóstico, como demuestran los autores, zaragozanos, en un trabajo de seguimiento de pacientes ingresados a lo largo de un año en un servicio de Medicina Interna. Fueron 215 los pacientes, de los que había muerto el 28%. En los grupos de más edad había más mujeres, y menor uso de bloqueadores beta y de anticoagulación (en caso de fibrilación auricular). La edad se asoció a más mortalidad; también el padecer diabetes, una mayor duración del ingreso y la ausencia de anticoagulación. No hay causas claras para explicar el efecto del envejecimiento en la mayor mortalidad por insuficiencia cardiaca.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: MPF

S-4.832 *Ignoring social factors in clinical decision rules: a contribution to health inequalities?*

(Es absurdo ignorar la influencia de los factores sociales en la evolución de la enfermedad)

Autores: Lang T

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Public Health. 2005;15:441

Calificación: Muy bueno

Comentario: El editorialista, francés, utiliza su texto de sólo una página para hacer un alegato a favor de un mayor análisis y atención a los factores sociales en la clínica. Se pregunta por el segundo paso (no por el simple acceso al sistema sanitario), cuando ya el paciente ha entrado y es atendido. Se le aplican las normas de los ensayos clínicos, biológicas a más no poder. Pone de ejemplo las tablas de riesgo cardiovascular, que ignoran que las condiciones adversas psicosociales aumentan 2,7 veces el riesgo de infarto de miocardio en hipertensos, y que contribuyen al 35% del riesgo atribuible poblacional del mismo. ¿Cuándo lo valoraremos?

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: MPF

S-4.833 *How much and what type of physical activity is enough?*

(Lo mejor, andar media hora con intensidad moderada, cinco días en semana)

Autores: Blair SN, LaMonte MJ

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med. 2005;165:2324-5

Calificación: Bueno

Comentario: Los editorialistas, estadounidenses, comentan un artículo publicado en el mismo número, en el que se siguieron a pacientes con distintos factores de riesgo cardiovascular hasta 24 meses, después de haberles recomendado hacer ejercicio físico (andar, 30 minutos, intensamente 3-4 días en semana, o moderadamente, 5-7 días en semana). El mejor resultado, respecto a capacidad cardiorrespiratoria y a factores de riesgo, lo obtuvieron los sometidos a mayor esfuerzo, pero este grupo cumplió menos la recomendación. Por ello, la conclusión es que lo mejor es recomendar andar media hora cinco días en semana. Vale.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MPF

S-4.834 *Tratamiento erradicador de Helicobacter pylori. Recomendaciones de la II Conferencia Española de Consenso*

Autores: Gisbert JP, Calvet X, Gomollón F, Monés J y Grupo Conferencia Española de Consenso sobre Helicobacter pylori

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2005;125(8):301-16

Calificación: Bueno

Comentario: Nuevo consenso sobre tratamiento erradicador de *H. pylori*, con pocos cambios. Se da respuesta a múltiples preguntas sobre el tema, recomendando como pauta de primera elección un inhibidor de la bomba de protones (IBP) (cuálquiera a dosis habitual) o ranitidina-bismuto, más amoxicilina (1 g) y claritromicina (500 mg), cada 12 horas 7-10 días; como tratamiento de rescate IBP+bismuto+tetraciclina+metronidazol. En los menores de 45-55 años con dispepsia y sin síntomas de alarma, no se recomienda endoscopia (sólo test). Y no es necesario mantener tratamiento posterior con antisecretores (aunque en la práctica es muy frecuente).

Referencias bibliográficas: 80

Revisor: MARL

S-4.835 *Infección urinaria y embarazo*

Revista/Año/Vol./Págs.: Inf Ter Sist Nac Salud. 2005;29(2):33-9

Calificación: Bueno

Comentario: La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha elaborado el protocolo de la infección uri-

naria durante el embarazo que se recoge aquí. Recomienda cultivo de orina en la primera visita durante la gestación, y tratar la bacteriuria asintomática por el mayor riesgo de pie-lonefritis y complicaciones durante el embarazo. Como antibióticos de elección: amoxicilina clavulánico 500 mg/8h, cefuroxima 250 mg/12 h o cefixima 400 mg/24 h, oral durante 7 días; como alternativa, fosfomicina 3 g oral dosis única o nitrofurantoina 50-100 mg/6h oral. Y por supuesto, urocultivo posterior de control.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: MARL

S-4.836 *T: Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2004*

Revista/Año/Vol./Págs.: Inf Ter Sist Nac Salud. 2005;29(2):49-55

Calificación: Informativo

Comentario: El importe total de la prestación farmacéutica a través de receta en 2004 fue de 10.303 millones de euros, con un incremento respecto al año anterior de 5,75%. Lo que más aumentó en envases e importe fueron el bromuro de tiotropio, el ácido risedrónico y montelukast. Los grupos de mayor importe: estatinas, inhibidores de la bomba de protones, antidepresivos ISRS, ARA II e inhaladores B2 agonistas de larga duración. El porcentaje de aportación de los pacientes-usuarios, 6,79%. En total, 721 millones de recetas, con un importe medio de 14,28 €.

Referencias bibliográficas:

Revisor: MARL

S-4.837 *Automatización de un registro hospitalario de tumores*

Autores: Ribes J, Gálvez J, Meliá A, Clérices R, Messeguer X, Bosch FX

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit. 2005;19(3):221-8

Calificación: Bueno

Comentario: Los registros de tumores son imprescindibles para conocer la situación del cáncer y su evolución en el tiempo. Pero no son fáciles. Existen registros de tumores de desigual calidad en diversas comunidades autónomas, provincias, hospitalares, etc., basados en la declaración de los médicos y en la búsqueda activa en diversos servicios. En este artículo se informa de los buenos resultados de la automatización de un registro de cáncer a partir de los datos de las altas hospitalarias y de anatomía patológica, que lógicamente deben estar codificadas y automatizadas. Relativamente sencillo y viable en la mayoría de centros.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: MARL

S-4.838 *Long-term outcomes of surgical and nonsurgical management of sciatica secondary to a lumbar disc herniation: 10 year results from the Maine Lumbar Spine Study*

(Escasas diferencias a favor de la cirugía en el tratamiento de la ciática con hernia discal)

Autores: Atlas SJ, Keller RB, Wu YA, Deyo RA, Singer DE

Revista/Año/Vol./Págs.: Spine. 2005;30:927-35

Calificación: Muy bueno

Comentario: No sabemos muy bien qué hacer en los pacientes con ciática, pues el dolor no depende básicamente de nada concreto. Aunque se encuentre una hernia de disco puede ser un hallazgo casual, dada la prevalencia de las mismas en personas sin dolor de espalda. Los autores aprovechan los datos de Maine y siguen hasta 10 años a 217 pacientes con ciática tratados con cirugía, para compararlos con 183 tratados médica mente. Los de cirugía inicial fueron reoperados en el 25%, y el mismo porcentaje fue operado entre los tratados inicialmente con tratamiento conservador sólo.

Referencias bibliográficas: 35

Revisor: JG

S-4.839 *Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians*

(La competencia de los pacientes con diabetes tipo 2, importante en su vida)

Autores: Williams GC, McGregor HA, King D, Nelson CC, Glasgow RE

Revista/Año/Vol./Págs.: Patient Educ Counseling. 2005;57:39-45

Calificación: Muy bueno

Comentario: La atención a la diabetes, como toda enfermedad crónica, hay que medirla por la calidad de vida, que es mucho más que el simple control de la glucemia. En este trabajo entrevistan por teléfono a 591 pacientes con diabetes tipo 2, mayores de 30 años, de un total de 634 de 31 médicos de primaria de EE. UU. El objetivo es valorar el impacto de la autonomía del paciente en su capacitación para controlar su enfermedad, en su ánimo y en el control de la hemoglobina glucada. Se demuestra que los pacientes con mayor autonomía tienen mucho mejor resultado, en satisfacción, en menor depresión, y en mejor control de la glucemia.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-4.840 *Medical groups' adoption of electronic health records and information systems*

(La adopción de la historia clínica electrónica, más lenta de lo esperado, en EE. UU.)

Autores: Gans D, Kralewski J, Hammons T, Dowd B

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Affairs. 2005;24:1323-32

Calificación: Bueno

Comentario: Como consecuencia del pago por acto, y la multiplicidad de aseguradoras, en EE.UU. el 90% de los médicos tienen en la consulta sistemas informáticos para facturar y para citar pacientes. Ahora hay una gran presión para introducir la historia clínica electrónica, aunque todavía se ha estudiado poco su efecto sobre la calidad. En este trabajo se encuestó a principios de 2005 a los grupos de tres y más médicos que comparten un sistema de facturación acerca de la historia clínica electrónica. La tenían implantada el 15%. Su implantación había sido más complicada y costosa de lo esperado. La barrera principal era su coste.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-4.841 *Impact of quality improvement program on care and outcomes for children with asthma*

(La formación continuada de los profesionales sobre asma, de nulo impacto en la salud de los pacientes asmáticos)

Autores: Homer CJ, Forbes P, Horwitz L, Peterson LE, Wypij D, Heinrich P

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Pediatr Adolesc Med. 2005;159: 464-9

Calificación: Excelente

Comentario: La formación continuada es una obligación moral y ética, si se quieren ejercer con dignidad, pero no se sabe muy bien cómo realizar una buena formación continuada, que conlleve la mejora en el resultado en salud en los pacientes. Lo confirman los resultados negativos de un ensayo clínico a lo largo de un año, con tres sesiones de un día sobre asma a un médico, enfermera y administrativo a los centros en que se interviene, a los que se llaman quincenalmente, y a los que informan casi a diario sobre novedades y estudios publicados.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: JG

S-4.842 *Guided prescription of psychotropic medications for geriatric inpatients* (*Una guía farmacológica simple ayuda en la prescripción de psicotropos a ancianos hospitalizados*)

Autores: Peterson JE, Kuperman GJ, Shek C, Patel M, Avorn J, Bates DW

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med. 2005;165:802-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: Podemos prescribir mejor, pero no es fácil lograrlo. En este trabajo se intenta y se consigue en un hospital. Intervienen en el sistema informático de receta, de forma que cuando se receta a un paciente mayor de 65 años, sugiere la dosis más habitual, y cuando se quiere prescribir algunos de los 12 medicamentos psicotropos (benzodiacepinas, neurolépticos u opiáceos) no recomendables en ancianos, sugiere una alternativa. Demuestran que disminuyen los casos en que se prescribe de comienzo más de 10 veces la dosis recomendada, se receta medicación no recomendable, y las caídas en los ancianos ingresados.

Referencias bibliográficas: 45

Revisor: JG

S-4.843 *Disclosing harmful medical errors to patients. A time for professional action* (*Más vale compartir los errores con los pacientes*)

Autores: Gallagher TH, Levinson W

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med. 2005;165:1819-24

Calificación: Bueno

Comentario: Cometemos errores de continuo, y uno no sabe bien qué hacer cuando se da cuenta, más allá del remordimiento y la disminución de la autoestima que conllevan. Los autores revisan la cuestión a fondo, y lamentan lo poco que se ha estudiado este problema. No hay asociación entre hacer partícipe al paciente del error cometido y la presentación de querella por mala práctica, sino al contrario. Necesitaremos consejo sobre las mismas palabras a utilizar, y sobre cómo pedir perdón, pero hay poco científico al respecto. Tendríamos que demostrar al paciente que todo ello se integra en un proceso de mejora de la calidad.

Referencias bibliográficas: 86

Revisor: JG

S-4.844 *A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people*

(Es posible medir la “fragilidad” del anciano)

Autores: Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2005;173:489-95

Calificación: Bueno

Comentario: El médico suele tener una idea intuitiva de la fragilidad de un paciente anciano, en el sentido de su capacidad de respuesta a la enfermedad y su estado de salud. Los autores desarrollan un índice de fragilidad y una escala de la misma, y la aplican a 2.305 ancianos seguidos cinco años en el Canadian Study of Health and Aging. El índice tiene 70 ítems clínicos (incontinencia urinaria a temblor distal, pasando por insuficiencia cardiaca) y permite clasificar a los ancianos en 7 grupos, de muy sano a muy frágil. En el seguimiento se demuestra mayor probabilidad de muerte y de ingreso en un asilo a peor grado de clasificación de la “fragilidad”.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-4.845 *Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review*

(Los errores en la historia de uso de medicación, frecuentes e importantes)

Autores: Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2005;173:510-5

Calificación: Muy bueno

Comentario: Entre las muchas cosas que hacemos mal se encuentra la historia de la medicación que utilizan nuestros pacientes. Dejamos pocos y escasos registros, y hay mucha medicación sin receta, o con recetas que no conocemos. Los autores hacen una búsqueda bibliográfica, de 1966 a 2005, y localizan 22 trabajos en los que se analizó a fondo la historia de uso de la medicación en pacientes recién ingresados, comparada con datos del propio paciente, su familia, su médico de cabecera y su farmacéutico de barrio. Hubo ausencias y problemas hasta en el 67% de los pacientes, y estos fueron importantes entre el 11% y el 59% de los casos.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-4.846 *Prescription to over-the-counter deregulation in Canada: are we ready for it, or do we need to be?*

(Beneficios y perjuicios del paso de medicamentos con receta a libre dispensación)

Autores: Lynd LD, Taylor J, Dobson R, Willison DJ

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2005;173:775-7

Calificación: Excelente

Comentario: La tendencia mundial es a desplazar medicamentos de prescripción con receta al grupo de los que se pueden comprar con libre dispensación. Por ejemplo, en el Reino Unido, la simvastatina, desde julio de 2004. El médico se precisa para la primera receta, y para el diagnóstico, pero luego el paciente puede comprar el medicamento directamente. Los autores hacen un repaso a fondo, y ponen en cuestión que ello vaya a disminuir el coste (se quitan medicamentos de los formularios cubiertos por seguros, baratos que sustituirán por caros), que sea bueno para el pa-

ciente, y que los farmacéuticos tengan organización para afrontar el cambio.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-4.847 *Patient-physician agreement as a predictor of outcomes in patients with back pack*

(El acuerdo entre médico y paciente mejora el resultado del dolor de espalda)

Autores: Staiger TO, Jarykik JC, Deyo RA, Martin B, Baddock CH
Revista/Año/Vol./Págs.: J Gen Intern Med. 2005;20:935-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: Conseguir llegar a un acuerdo con el paciente es la única forma útil de trabajar como médicos. Pero lo que es necesario en teoría puede ser difícil en la práctica, por lo que está bien que nos convenzan. Estudiaron a 703 pacientes derivados para radiología, con dolor de espalda y sin traumatismo previo. Ciento cincuenta y cuatro no cumplieron criterios de inclusión y 169 rechazaron participar. En los 380 restantes se estudió su acuerdo con lo sugerido por el médico respecto al diagnóstico, al plan diagnóstico, y al plan terapéutico. El acuerdo se asoció, a los 12 meses, a mejor satisfacción del paciente, mejor función social, y mejor salud mental y vitalidad.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-4.848 *Urban versus rural populations' views of health care in Scotland*

(La población rural, más satisfecha con los servicios sanitarios que la urbana)

Autores: Farmer J, Hinds K, Richards H, Godden D
Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy. 2005;10:212-9
Calificación: Bueno

Comentario: El mundo rural sigue existiendo, por mucho que sólo se piense en las ciudades como lugares habitables. Vivir en los pueblos tiene ventajas e inconvenientes, también para los médicos generales. En este trabajo, escocés, se partió de una muestra de 2.707 personas, de las que se logró entrevistar cara a cara a 1.665 (62%), y de ellas 1.507 (56%) respondieron, además, a un cuestionario por escrito. Los habitantes de los pueblos están muy satisfechos con sus médicos generales (hasta el 62%, contra un 35% la media total). Hasta un 33% quería que las enfermeras tuvieran más capacidad de decisión (contra el 27% la media).

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-4.849 *The "unexpected" growth of the private health sector in Greece*

(Grecia: el mal ejemplo de una atención primaria débil)

Autores: Tountas Y, Karnaki P, Pavi E, Soulisotis K
Revista/Año/Vol./Págs.: Health Policy. 2005;74:167-80

Calificación: Excelente

Comentario: Cuando se comparan los países mediterráneos, España destaca por su sistema sanitario, especialmente por su Atención Primaria. Y Grecia destaca por lo contrario. En este artículo se revisa el problema griego, que se intenta resolver con un aumento de la provisión privada, a los que se lo pueden pagar. La privatización *de facto* se debe a la mala calidad de los servicios sanitarios, donde todavía persiste el pago ilegal y en negro a los médicos del sistema público, como "regalo", y donde trabajan en los centros de salud públicos médicos con menos experiencia. De hecho, lo que más se ha privatizado es la Atención Primaria, con centros de atención y de diagnóstico que cubren las carencias de lo público.

Referencias bibliográficas: 43

Revisor: JG