



S-1.586 Clinical effectiveness of pneumococcal vaccine.

(Efectividad de la vacuna antineumocócica)

Autores: Hutchism B, Oxman A, Shannon H, Lloyd S, Altmayer Ch, Thomas K

Revista/Año/Vol./Págs.: *Can Fam Physician* 1999; 45: 2381-2393

Calificación: Muy bueno

Comentario: La efectividad de la vacuna antineumocócica es objeto de discusión, de forma que los autores, canadienses, deciden llevar a cabo un metaanálisis para tomar una decisión clínica. Revisan 13 ensayos clínicos y concluyen, sin ninguna duda, que la vacuna antineumocócica reduce el riesgo en un 73%. En los mayores de 65 años, con unos 50 casos de bacteriemia neumocócica por 100.000 personas, habría que vacunar a 2.520 para evitar un caso.

Referencias bibliográficas: 50

Revisor: MPF

S-1.587 Joint position paper on training for rural family practitioners in advanced maternity skills and cesarean section.

(Formación obstétrica avanzada para los médicos rurales canadienses)

Autores: Society of Rural Physicians of Canada

Revista/Año/Vol./Págs.: *Can Fam Physician* 1999; 45: 2416-2422

Calificación: Bueno

Comentario: Cuando se visitan centros rurales en grandes países, como Canadá o Australia, parece que no hay límites para el trabajo del buen médico general (lo mismo sucede en áreas rurales del norte de Europa o de las islas mediterráneas). Para conseguir habilidades y conocimientos en la atención al embarazo y al parto los autores consideran que se necesitan entre 1 y 3 meses (se incluyen las cesáreas). En esta revisión se destacan los buenos resultados de los médicos rurales, que superan a los de obstetras.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MPF

S-1.588 The grieving practice.

(La muerte del médico general)

Autores: Bryan M

Revista/Año/Vol./Págs.: *NZ Fam Physician* 1999; 26: 34-35

Calificación: Bueno

Comentario: Los médicos generales españoles cambiamos de puesto de trabajo como el que lava, al toque de los "trasladados". El traslado equivale a la muerte, ya que reduce la longitudinalidad a cero. Hay que volver a empezar todo, como relata el autor neozelandés. Su compañero de centro de salud murió atropellado (mientras hacia ciclismo), de forma que tuvo que hacerse cargo de su consulta. La experiencia que relata es tremenda e incluye el cambio de algunos pacientes y el especial sufrimiento de los ancianos y de los pacientes crónicos.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: MPF

S-1.589 Medical and societal consequences of the Human Genome project.

(Consecuencias médicas y sociales del proyecto Genoma humano)

Autores: Collins F

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 1999; 341: 28-37

Calificación: Bueno

Comentario: Me imagino que al final del siglo XIX, con el inicio de la química orgánica, los científicos debieron tener la misma sensación de control sobre la vida que estamos viendo con el proyecto Genoma Humano. Por esta razón, resulta interesante leer este artículo en el que se revisa el proyecto, que espera tener en el año 2003 todo el ADN humano descifrado y organizado. El trabajo termina con un caso hipotético, en el 2010, de un joven de 23 años con un colesterol de 255. Es curioso, porque con un poco de suerte tendremos tiempo de ver si es cierta la predicción.

Referencias bibliográficas: 45

Revisor: MPF

S-1.590 Tiempo libre de sida y supervivencia de una cohorte de usuarios de drogas por vía parenteral seroconvertores frente al VIH

Autores: Pérez-Hoyos S, Aviñó MJ, Hernández Y, González J, Ruiz Y y Grupo Valenciano de Estudios de la Epidemiología e Infección por VIH

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 1999; 13: 337-345

Calificación: Bueno

Comentario: No todos los individuos que se convierten en VIH positivos desarrollan sida. En esta cohorte de usuarios de drogas por vía parenteral, VIH positivos, el 21% progresaron a sida a los 5 años de la seroconversión, el 36% a los 7 años y el 50% a los 11 años. La mayoría de casos se iniciaron con una neumonía por *Pneumocystis carinii* y tuberculosis pulmonar. Esta evolución es similar a la de los países de nuestro entorno, antes del período del uso terapéutico de combinación de antirretrovirales; estas terapias están prolongando el tiempo libre de sida en los pacientes VIH positivos.

Referencias bibliográficas: 38

Revisor: MARL

S-1.591 Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos

Autores: Otenino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, Torre P, López MA, Sempere T

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 1999; 13: 361-370

Calificación: Bueno

Comentario: El uso inadecuado de los servicios de urgencias hospitalarios es una realidad de nuestro sistema sanitario. En este estudio se consideran inadecuadas el 26,8% de las urgencias; lo más interesante es la utilización de criterios explícitos e independientes del diagnóstico para identificar las visitas inapropiadas (divididos en criterios de gravedad, tratamiento y diagnóstico). Más que un problema de visitas inadecuadas nos encontramos ante un problema de inadecuación de estos servicios para el tipo de población y procesos que atienden.

Referencias bibliográficas: 49

Revisor: MARL

S-1.592 "Código Ictus"

Autores: Arboix A

Revista/Año/Vol./Págs: Med Clin (Barc) 1999; 113: 490-491

Calificación: Informativo

Comentario: El ictus es una de las principales causas de invalidez y muerte en nuestra sociedad. Una buena atención precoz, encaminada a disminuir la isquemia cerebral, puede ser efectiva. El "Código Ictus" pretende acortar el tiempo entre el inicio de la sintomatología y el tratamiento, con el fin de mejorar el pronóstico, y ha demostrado su utilidad en diversos ámbitos. En el mismo número de esta revista se expone la reducción en el tiempo de atención a los pacientes con ictus mediante esta estrategia en Barcelona.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: MARL

S-1.593 Actuación después de una exposición accidental a sangre y otros fluidos biológicos en el medio sanitario

Autores: Torres M, Campins M, Serra C, Martínez M, Bruguera M
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 1999; 113: 544-548

Calificación: Bueno

Comentario: En caso de exposición percutánea accidental a sangre y/o muestras biológicas de pacientes hay que dejar sangrar durante 2-3 min bajo agua corriente y lavar bien la herida con agua y jabón y posteriormente con alcohol de 70° o povidona yodada al 10%; si sólo ha existido salpicadura en mucosas, hay que lavar con agua abundante o solución salina fisiológica. Se ofrecen las pautas de actuación en caso de que la fuente sea VHB, VHC o VIH positivo. En el último caso, se recomienda quimioprofilaxis con anirretrovirales iniciada en las primeras 2 h.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MARL

S-1.594 A population-based study of school scoliosis screening.

(Un estudio poblacional del cribaje de la escoliosis en la escuela)

Autores: Tawn BP, Yawn R, Hodge D, Kurland M, Shayghenessy W, Istrup D, Jacobsen SJ

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 1999; 282: 1427-1432

Calificación: Bueno

Comentario: La ignorancia está muy repartida, no cabe duda. Así que nos enteramos de que en los EE.UU. hay 26 Estados en los que es obligatorio realizar el cribado de la escoliosis en los niños. Los autores, de la Clínica Mayo, se preguntan si tiene alguna utilidad. Para responderse han seguido a 2.242 niños cribados durante más de 12 años, para comprobar lo que ha sucedido. El programa identificó a 5 de los 9 niños que fueron tratados por escoliosis (envió 92 para tratamiento, de los que sólo cinco lo requerían). El valor positivo predictivo del cribado es del 0,05%.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-1.595 General practitioners' perceptions of effective health care.

(Percepción de la eficacia de los tratamientos por los médicos generales)

Autores: Tomlin Z, Humphrey C, Rogers S

Revista/Año/Vol./Págs.: Br Med J 1999; 318: 1532-1535

Calificación: Bueno

Comentario: No es fácil introducir la "medicina basada en pruebas" en la consulta diaria, como se demuestra en este artículo. Los autores, ingleses, entrevistaron a 24 médicos generales de ocho centros de salud, acerca de la utilización de la medicina basada en pruebas en el trabajo diario. Como era de esperar, los factores relacionados con el paciente (con el mantenimiento de una relación positiva) y con el manejo del tiempo son los más importantes para no realizar las "pruebas". También contribuyen la ignorancia sobre las publicaciones y la forma de trabajar.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-1.596 Oral contraceptives and myocardial infarction: results of the MICA case-control study.

(Los infartos de miocardio y los anticonceptivos)

Autores: Dunn N, Thorogood M, Faragher B, Caestecker L, MacDonald TM, McCollum C et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Br Med J 1999; 318: 1579-1579

Calificación: Muy bueno

Comentario: La píldora es un fármaco seguro si se usa en mujeres no fumadoras y sin hipertensión. En este trabajo inglés se comparan los 448 casos de infarto de miocardio, en mujeres de 16 a 44 años, que hubo en el Reino Unido en 1984 y 1995, con 1.728 controles. Fumar un paquete al día multiplica por 12 el riesgo de infarto entre las que toman la píldora. La píldora no aumenta el riesgo de infarto. La píldora de tercera generación (con gestodeno o desogestrol) no ofrece mejores resultados que la de segunda generación.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-1.597 Numbers need to treat derived from meta-analyses: sometimes informative, usually misleading.

(Inutilidad del cálculo de número de pacientes a tratar en los metaanálisis)

Autores: Smeeth L, Haines A, Ebrahim S

Revista/Año/Vol./Págs.: Br Med J 1999; 318: 1548-1551

Calificación: Bueno

Comentario: Utilizar el "número necesario de pacientes a tratar" (NNPT, el inverso del riesgo absoluto) hace más fácil entender los resultados de los ensayos clínicos y otorgarles contenido científico. En este trabajo inglés se razona en contra de deducir NNPT en los metaanálisis, por el diferente nivel inicial de riesgo de los pacientes incluidos en cada ensayo clínico. De paso nos recuerda que en el estudio AFCAPS/TexCAPS (prevención primaria, con lovastatina) se demostró un efecto nulo y la posibilidad de producir más daño que beneficio.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-1.598 The hazards of scoring the quality of clinical trials for meta-analysis.

(La imposibilidad de valorar la calidad de los ensayos clínicos)

Autores: Juni P, Witschi A, Bloch R, Egger M

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 1999; 282: 1054-1060

Calificación: Bueno

Comentario: Los resultados de los ensayos clínicos se agrupan, según su calidad, para realizar metaanálisis. La cuestión que plantean los autores es la validez del método para evaluar la calidad de los ensayos clínicos. Utilizan 25 escalas publicadas como método de valoración de la calidad de los ensayos clínicos y estudian los resultados globales en un caso concreto: la eficacia de la heparina frente a la heparina fraccionada en la prevención de la trombosis postoperatoria. Los resultados son desalentadores respecto a la medición de la calidad de los ensayos.

Referencias bibliográficas: 61

Revisor: JG

S-1.599 A 26-year-old woman seeking an abortion.

(Una mujer de 26 años que quiere abortar)

Autores: Grimes DA

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 1999; 282: 1169-1175

Calificación: Bueno

Comentario: El aborto es un fracaso de la medicina preventiva. El aborto ilegal es un fracaso social. Así que, aquí estamos, con abortos legales y sin saber muy bien qué hacer, por aquello de la "objeción de conciencia" de tanto profesional en la sanidad pública. La no legalización de la mifepristona sigue haciendo del aborto algo dependiente del personal sanitario; menos mal que se puede usar la inyección intramuscular de metrotexato (50 mg/m^2) seguida, a los 7 días, de 800 mg de misoprostol intravaginal.

Referencias bibliográficas: 60

Revisor: JG

S-1.600 Blended payment methods in physician organizations under managed care.

(Formas mixtas de pago a los médicos en California)

Autores: Robinson JC

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 1999; 282: 1258-1263

Calificación: Bueno

Comentario: Los médicos americanos suelen trabajar en solitario; para contratar con las aseguradoras (iguales, HMO) se agrupan en lo que se denominan IPA (*independent practice associations*). Las IPA les evitan papeles y gestiones, y distribuyen el dinero de la forma más racional posible. El autor analiza las formas de pago de las IPA en California, a los médicos de primaria, y describe que reciben un pago por capitación y otro por acto; además, la capitación se corrige, para intentar pagar más por los que más usan los servicios.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

S-1.601 Usser's guides to the medical literature. XIX Applying clinical trial results. B. Guidelines for determining whether a drug is exerting (more than) a class effect.

(Guía para valorar la eficacia comparada de los fármacos del mismo grupo)

Autores: McAlister FA, Laupacis A, Wells GA, Sackett DL

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 1999; 282: 1371-1372

Calificación: Muy bueno

Comentario: Este trabajo pertenece al grupo de los publicados por los canadienses de la "medicina basada en pruebas". Es muy interesante y útil, sobre todo porque analiza como ejemplo el uso de las distintas estatinas, que muchos consideran como alternativas. La cuestión es si los resultados de un ensayo clínico pueden atribuirse a otros medicamentos que produzcan resultados intermedios similares. Los autores insisten en que no debería hacerse, y que, si se hace, se debe señalar el fundamento científico para hacerlo.

Referencias bibliográficas: 50

Revisor: JG

S-1.602 Can it work? Does it work? Is it worth it? The testing of health care interventions is evolving.

(De la medición de la eficacia a la medición de la eficiencia)

Autores: Haynes BH

Revista/Año/Vol./Págs.: Br Med J 1999; 319: 652-653

Calificación: Bueno

Comentario: Este breve editorial comenta un artículo sobre un ensayo clínico en condiciones reales de práctica ("en la comunidad"). Como cabía esperar, fue un fracaso, de forma que nos seguimos apoyando en los estudios de eficacia (los clásicos ensayos clínicos) y no en los de eficiencia, que son los que nos interesan. Para qué decir nada de los escasísimos trabajos de efectividad. No es extraño el fracaso del ensayo clínico comentado sobre el uso de antidepresivos en ancianos ingresados en asilos.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-1.603 What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials.

(¿Qué analizan los ensayos clínicos según "intención de tratar"?)

Autores: Hollins S, Campbell F

Revista/Año/Vol./Págs.: Br Med J 1999; 319: 670-674

Calificación: Muy bueno

Comentario: Al diseñar un ensayo clínico se habla de "intención de tratar" cuando se busca de acercarse al mundo real, es decir, cuando se incluye en el análisis final a todos los pacientes que entraron en los dos grupos aleatorizados, con independencia de si han cumplido el tratamiento. Los autores, ingleses, revisan 249 ensayos clínicos, publicados en 1997 en las revistas *British Medical Journal*, *The Lancet*, *Journal of American Medical Association* y *The New England Journal of Medicine*; sobre 119 (48%) afirman que tenían un diseño/análisis según "intención de tratar", pero la metodología se suele llevar y aplicar mal. Un desastre de ensayos clínicos.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-1.604 Quality at general practice consultations: cross sectional survey. (Calidad en las consultas de medicina general)

Autores: Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br Med J 1999; 319: 738-743

Calificación: Muy bueno

Comentario: No es fácil medir la calidad de la atención del médico general; los autores lo intentan, y da gusto leer los resultados. Los datos proceden del registro de la consulta, durante 2 semanas, de 221 médicos ingleses de 53 centros de salud; en total, 25.999 pacientes. Miden la "seguridad" que añade la consulta (vivir con la enfermedad) y demuestran que este resultado depende del conocimiento previo del médico (continuidad), de la duración de la consulta (de media 8 min; más mejor) y del tamaño del centro de salud (cuanto más grande, peor)

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-1.605 Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration. (Relación entre desigualdad y mortalidad)

Autores: Wolfson M, Kaplan G, Lynch J, Ross N, Baclund E
Revista/Año/Vol./Págs.: Br Med J 1999; 319: 953-957

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las clases bajas tienen una vida peor, con más enfermedades y con una más pronta y peor muerte. Pero no es sólo por ser pobres; es también, por la desigualdad social. Los autores, canadienses y norteamericanos, estudian la desigualdad en los EE.UU. y su correlación con la mortalidad (que es positiva); además, corrigen posteriormente estudiando los casos individuales, ajustando por edad y por sexo. Y se vuelve a demostrar: es la pobreza y es la desigualdad social lo que hace morir antes y peor a las clases bajas. No es una cuestión teórica sino empírica.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-1.606 Does publicity about cancer screening raise fear of cancer? Randomised trial of the psychological effect of information about cancer screening.

(La publicidad sobre el cribado del cáncer no provoca daños psicológicos)

Autores: Wardle J, Taylor T, Suttons S, Atkin W
Revista/Año/Vol./Págs.: Br Med J 1999; 319: 1037-1038

Calificación: Informativo

Comentario: Los autores plantean un ensayo clínico acerca de la eficacia de la sigmoidoscopia en la detección precoz del cáncer intestinal. Para calcular el impacto sobre los pacientes, remiten información a 1.974 pacientes sobre el cribado con sigmoidoscopia (a otros 987 no se la remiten). A los 2.961 pacientes, cada médico general les envía, además, y por separado, una carta para que conteste un cuestionario. Responde más el grupo control; no hay diferencia respecto a ansiedad generada por la carta informativa.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-1607 Effects of a multidisciplinary, home-based intervention unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study.

(Eficacia de la visita domiciliaria en la insuficiencia cardíaca)

Autores: Stewaart S, Marley JE, Horowitz JD

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 1999; 354: 1077-1083

Calificación: Bueno

Comentario: La visita a domicilio es importantísima, por más que no se le enseñe a los residentes de medicina de familia. En este trabajo se analizó el efecto de distribuir al azar (a pacientes que habían ingresado por insuficiencia cardíaca) para recibir cuidados habituales (médico general más cardiólogo), o para recibir una visita de enfermería a la semana del alta en su domicilio (para revisarlo todo, asesorar a la familia y realizar un plan con el cardiólogo y el médico de familia). En los 6 meses siguientes el gasto de este último grupo fue la mitad del grupo control.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-1.608 Genetically modified foods: "absurd" concern or wellcome dialogue?

(La preocupación científica por los medicamentos modificados genéticamente: ¿absurdo o necesario?)

Autores: Horton R.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 1999; 354: 1314-1315

Calificación: Bueno

Comentario: The Lancet publicó, por fin, el artículo sobre los efectos perniciosos de la modificación genética de las patatas (tras año y medio de revisión científica del texto, y de discusión pública de los resultados). En el número aparece el editorial al que se alude en este comentario, así como otros varios textos sobre la cuestión. Se deduce que hay mucha ignorancia acerca de lo que pueda pasar, sobre todo con la transferencia de microorganismos resistentes a antibióticos y demás. Lo lógico es que se discuta y se controle, no vaya a repetirse la historia de las "vacas locas".

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-1.609 Shifts in mortality curves: saving or extending lives?

(Cambios en la curvas de mortalidad: ¿se salvan o se alargan vidas?)

Autores: Tan LB, Murphy R

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 1999; 354: 1378-1381

Calificación: Excelente

Comentario: Los resultados de muchos ensayos clínicos se nos presentan como "muertes evitadas" (o "vidas salvadas"), pero los autores, ingleses, destacan que esto resulta engañoso. Los ensayos clínicos sólo analizan un período de tiempo, pero los médicos generales cuidamos de los pacientes todo el tiempo, hasta su muerte. Por ello nos interesa que los resultados se comuniquen en forma de "tiempo que añade a la vida". Así, sumar un IECA al tratamiento de una insuficiencia cardíaca durante 5 años añade 6 meses de vida (¿tiene sentido utilizarlo?).

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-1.610 Assistance from family members, friends, paid care giver and volunteers in the care of terminally ill patients.

(Ayuda personal al paciente terminal)

Autores: Emanuel E, Faairclough DL, Slutaman J alpert H, Baldwin D, Emanuel LL

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 1999; 341: 956-963

Calificación: Bueno

Comentario: El trabajo de la mujer abarca todos los campos, incluyendo el cuidado de los pacientes a domicilio. Como se ha demostrado en España y en el Reino Unido, la mujer cuida de los enfermos terminales, también en los EE.UU. De los 1.131 pacientes entrevistados, con una esperanza de vida de menos de 6 meses, se dejaron entrevistar 988 (87%), y de los familiares, 893. En el 72% de los casos eran cuidados por una mujer (esposa, hija, madre, etc.). En el 16% eran cuidados remunerados, y sólo en el 3% eran voluntarios.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-1.611 Absence of benefit of eradicating *Helicobacter pylori* in patients with non-ulcer dyspepsia.

(La erradicación de *Helicobacter pylori* no es beneficiosa en la dispepsia)

Autores: Tolley NT, Vakil N, Ballard ED, Fennerty MB

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 1999; 341: 1106-1110

Calificación: Bueno

Comentario: Hay personas que no se cortan, como los autores de estos trabajos, que pretenden curar la dispepsia eliminando a *Helicobacter*. Se partió de 293 pacientes con dispepsia e infección por *helicobacter*, y se eligieron al azar 170 para su tratamiento (14 días, con omeprazol, amoxicilina y claritromicina) y 143 como controles. Con el tratamiento se curó la infección en el 90% de los casos (en el 2% en el caso de los controles), pero no se produjo ninguna mejoría ni inmediatamente ni al cabo del año. O sea, sin úlcera, más vale dejar en paz a *Helicobacter*.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-1.612 Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction.

(Efecto de la clase social en el tratamiento y sobrevida al infarto de miocardio)

Autores: Alter DA, Naylor D, Austin P, Tu J

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 1999; 341: 1359-1367

Calificación: Muy bueno

Comentario: La existencia de un sistema público de salud no asegura que los servicios se distribuyan según las necesidades. Por ello, los autores se preguntan acerca del destino de los pacientes ingresados en Ontario con infarto de miocardio. La clase baja tiene mayor incidencia de infartos, e ingresa en hospitales peor equipados; además, la clases bajas acceden menos frecuentemente a la angiografía (23%) y esperan más (45%). Al cabo del año mueren más (aunque se corrija por gravedad, edad, sexo, características del hospital y demás factores).

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: JG

S-1.613 Cholesterol lowering in the elderly population.

(La disminución del colesterol en ancianos)

Autores: Grundy SM, Cleeman JL, Rifkind BM, Kuller LH

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 1999; 159: 1670-1678

Calificación: Informativo

Comentario: Este artículo, del Comité de Coordinación del National Cholesterol Education Program, es un buen ejemplo de cómo se difunden falsedades. La cuestión es el tratamiento hipolipemiante en los ancianos (mayores de 65 años); no cabe duda de su beneficio en la prevención secundaria. En la prevención primaria no hay nada demostrado, como comentan los autores, así que lo mejor es no hacer nada (sin embargo, recomiendan el tratamiento, y usan los datos del AFCAPS/ TexCAPS para justificarlo, increíble).

Referencias bibliográficas: 64

Revisor: JG

S-1.614 Cost-effectiveness analysis in clinical practice.

(Coste-efectividad en la insuficiencia cardíaca)

Autores: Rich MW, Nease RF

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 1999; 159: 1690-1700

Calificación: Bueno

Comentario: Los análisis coste-efectividad tienen interés clínico y político, porque permiten hacerse idea de los beneficios esperables del uso de distintas alternativas. El autor utiliza el caso de la insuficiencia cardíaca para calcular el coste-efectividad de varias opciones. Es interesante comprobar que los IECA, sobre todo el enalapril, son coste-efectivos, e incluso reducen gastos; otro tanto sucede con la digoxina. Ofrecen también buenos resultados algunas intervenciones no farmacológicas como el seguimiento intensivo por parte del personal de enfermería.

Referencias bibliográficas: 51

Revisor: JG

S-1.615 Setting the revisit interval in primary care.

(¿En cuánto tiempo se recita a los pacientes?)

Autores: Schwartz LM, Woloshin S, Wasson JH, Renfrew RA, Welch G

Revista/Año/Vol./Págs.: J Gen Intern Med 1999; 14: 230-235

Calificación: Muy bueno

Comentario: Hay consultas llenas y consultas vacías. Los médicos lo explican por las características de la población atendida, pero parece que esto tiene poco que ver. En este trabajo, se analizan las características de los pacientes (164) de los médicos (11) y de las visitas atendidas (164), para intentar comprender el tiempo fijado para la siguiente consulta en la hipertensión, angina de miocardio, diabetes y dolor musculosquelético. Si el intervalo para la siguiente visita se calcula por las características de los médicos, varía de 4 a 20 semanas.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-1.616 Toward evidence-based medical statistics. 1: The "p" value fallacy. (La falacia científica de la "p" estadística)

Autores: Goodman SN

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 1999; 130: 995-1004

Calificación: Excelente

Comentario: Esto de la "medicina basada en pruebas" (en la evidencia, mal traducida) se está convirtiendo en un tormento. Menos mal que hay artículos, como el que comento, lógicos y serenos. El autor comenta las falacias de la "p", y de los "intervalos de confianza", en las que se basa la tiranía actual de la estadística sobre la ciencia en las publicaciones médicas. La discusión es que los valores estadísticos sólo expresan probabilidad, no inferencia causal; sin embargo, los médicos utilizan los valores de la "p" como equivalentes de inferencia.

Referencias bibliográficas: 89

Revisor: JG

S-1.617 Effects of riserdronato treatment on vertebral and no vertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis. A randomized controlled trial.

(Efecto beneficioso del riserdronato en la osteoporosis)

Autores: Harris ST, Watts NB, Genant HK, McKeever CD, Hangartner T, Keller M et al

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 1999; 282: 1344-1352

Calificación: Informativo

Comentario: Los bisfosfonatos son una alternativa para el tratamiento de la osteoporosis, aunque hay muchas dudas acerca de la eficacia del alendronato, lo que lleva a elegir el etidronato. En este ensayo clínico, estadounidense, fueron tratadas mujeres posmenopáusicas con alguna fractura vertebral previa con riserdronato, 5 mg/día, durante 3 años. El resultado es la disminución del número de nuevas fracturas (vertebrales y no vertebrales). Lo malo es que terminaron el estudio poco más de la mitad de las pacientes aleatorizadas.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

S-1.618 The carnage wrought by major economic change: ecological study of traffic related mortality and the reunification of Germany.

(Las consecuencias del enriquecimiento: aumento de la mortalidad por accidentes de tráfico en la antigua Alemania del Este)

Autores: Winston F, Rineer C, Menon R, Baker S

Revista/Año/Vol./Págs.: Br Med J 1999; 318: 1647-1650

Calificación: Muy bueno

Comentario: Tras la caída del muro de Berlín en 1989, los ciudadanos de la Alemania del Este se encontraron con el brusco enriquecimiento que supuso la conversión directa de su moneda a marcos alemanes. Al hacerse ricos compraron coches, y al comprar coches murieron en accidentes de tráfico como "chinches". Las muertes por estos accidentes se multiplicaron por cuatro en la población general; de los 18 a 20 años se multiplicaron por 11, y de 21 a 24 años por ocho. Todo comparando 1989 con 1991.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: MPF

S-1.619 Predicting who develops chronic low back pain on primary care: a prospective study.

(La predicción de un mal resultado del episodio de dolor lumbar)

Autores: Thomas E, Silman A, Croft P, Papageorgiou A, Jayson M, Macfarlane G

Revista/Año/Vol./Págs.: Br Med J 1999; 318: 1662-1667

Calificación: Bueno

Comentario: El problema del dolor lumbar afecta a los individuos y a la sociedad, lo que justifica la necesidad de estudios en este campo. Los autores han seguido durante un año a 180 pacientes que consultaron por dolor lumbar. El seguimiento se hizo a través del registro informático de la consulta del médico general. El 34% siguió teniendo dolor lumbar; el grupo de dolor persistente se caracterizó por mala percepción de la salud, alto nivel de estrés e insatisfacción con el trabajo. También influyeron la irradiación del dolor y la duración de los síntomas.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: MP

S-1.620 Enfermedad por reflujo gastroesofágico: tratamiento

Autores: Suárez JM, Erdozain JC, Comas C, Villanueva R

Revista/Año/Vol./Págs.: Inf Ter Sist Nac Salud 1999; 23: 97-103

Calificación: Informativo

Comentario: La enfermedad por reflujo gastroesofágico es frecuente y habitualmente es tratada con inhibidores de la bomba de protones (IBP), que inhiben la secreción ácida. Con el tiempo, esta inhibición produce atrofia gástrica. En los pacientes menores de 45 años, los estudios de coste-eficacia entre IBP y tratamiento quirúrgico son favorables a este último. Los autores opinan que la cirugía (laparoscópica) volverá a ser el tratamiento de elección en muchos individuos con reflujo (sólo se opera al 5%).

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: MARL

S-1.621 Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria

Autores: Bolíbar y Grupo de Estudio de la Utilización de Servicios Sanitarios de Mataró

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 1999; 13: 371-383

Calificación: Muy bueno

Comentario: La satisfacción con el médico de atención primaria es una actitud compleja y multifactorial en constante cambio, relacionada con las características de los usuarios, de los proveedores y de los servicios sanitarios. En este artículo se considera que existe una buena satisfacción con el médico de cabecera, valorándose las cualidades personales y la competencia profesional. Están más satisfechos los mayores, las mujeres, los frecuentadores, los que utilizan el modelo reformado y los que conocen mejor el sistema.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: MARL

S-1.622 European General practice guidelines: a step too far?

(Las recomendaciones de práctica clínica europeas: ¿un paso adelante?)

Autores: Maeseneer J, Derese A

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Gen Pract 1999; 5: 856-857

Calificación: Bueno

Comentario: Este editorial sirve para comentar dos "recomendaciones" publicadas en el mismo número de la revista, sobre infección por *Helicobacter pylori* y sobre reflujo gastroesofágico. Los autores admiten que este tipo de recomendación podría servir en Europa para que los médicos generales tuvieran una matriz de base a partir de la que elaborar sus propios textos. De paso hacen una buena crítica a la "medicina basada en pruebas", destacando que ante situaciones simples como un paciente diabético y alcohólico hay pocas pruebas con las que decidir.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-1.623 Views of women and their partners on general practice care received during and after a miscarriage.

(Valoración de la atención del médico general en el aborto espontáneo por las mujeres y sus compañeros)

Autores: Sehder SS, Wilson A

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Gen Pract 1999; 5: 105-109

Calificación: Bueno

Comentario: El aborto espontáneo es muy duro para la mujer, por muchos aspectos (desde la pérdida del hijo deseado a la agresión médica consecuente e innecesaria en muchos casos). Los autores, ingleses, se interesan por la valoración de la atención prestada por el médico general (en el Reino Unido el 25% de los abortos espontáneos dependen del médico general). Encuestan a mujeres y a varones (sus parejas). Los médicos generales han desempeñado un papel muy satisfactorio en el 65% los casos; por el contrario, el 35% de los casos piensa que hicieron poco.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-1.624 Antibiotic resistance and the GP: when less is more.

(La resistencia a los antibióticos y el médico general: recetar menos es lo mejor)

Autores: Leathart C

Revista/Año/Vol./Págs.: NZ Fam Physician 1999; 26: 27-30

Calificación: Bueno

Comentario: Da gusto saber que el sobreuso de los antibióticos es un mal mundial. En este texto se llama la atención acerca del problema de la resistencia bacteriana. La estrategia de nuevos y más potentes antibióticos debe cambiar por irracional y por la poca innovación esperable en la próxima década. La disminución del uso de penicilina en Islandia, por ejemplo, logró controlar la resistencia del neumococo, del 20% en 1993 al 16,9% en 1994. Repasa la inutilidad de los antibióticos en bronquitis aguda, sinusitis y otros catarros, y sugiere la exploración y explicación al paciente.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

S-1.625 Herbal medicines you can recommend with confidence.

(Las hierbas que pueden recomendarse)

Autores: Lee R, Tyler VE, Wart W

Revista/Año/Vol./Págs.: Patient Care 1999; 33: 76-94

Calificación: Informativo

Comentario: Como es habitual, este texto de Patient Care sólo tiene 13 páginas (el resto son anuncios). Es interesante, porque da contenido científico a lo de tomar "hierbas", que nuestros pacientes consideran inocente *per se*. Ofrece una lista de hierbas potencialmente tóxicas, como la *Sassafras albidum* y la *Artemisa absinthium* (ingrediente básico de la absenta). Al revisar la cuestión destaca el esfuerzo alemán y busca ensayos clínicos que demuestren la eficacia; por ejemplo, del ajo en la ateroclerosis, o del ginkgo en la enfermedad de Alzheimer.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-1.626 Historia de la salud pública en España (siglos XVIII-XIX)

Autores: Martínez-Pérez JA

Revista/Año/Vol./Págs.: Dimens Hum 1999; 3: 49-54

Calificación: Bueno

Comentario: Sabemos más de la historia de la salud pública inglesa que de la española. Por ello, es un placer leer este texto, de un médico rural, que analiza la evolución de los problemas y soluciones en la España en la que se discutía cada decisión y en la que la población demostraba escasa sensibilidad. Algo muy parecido a la situación actual, con la tolerancia hacia las zoonosis y a la falta de depuración de las aguas residuales, por ejemplo. Destaca los problemas de la vacuna anticólera de Ferrán, de eficacia demostrada; frenada por el gobierno de la época.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-1.627 Exposición ocupacional a los virus de hepatitis B, hepatitis C e inmunodeficiencias humanas: recomendaciones

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: Bol Terapéutico Andaluz 1999; 13: 17-19

Calificación: Bueno

Comentario: Hay que vacunarse contra la hepatitis B. El riesgo de contagio profesional hace que la prevalencia sea dos-cuatro veces superior en los trabajadores sanitarios que en el resto de la población. Cuando uno se pincha accidentalmente, el riesgo de transmisión de hepatitis B es del 1-6% (paciente Ag HBs-negativo) o del 20-40% (AgHBs-positivo) si no se está vacunado. Respecto a la hepatitis C el riesgo es del 1,2-10% y respecto al VIH del 0,3-0,4%. Las normas que se recogen en este texto son simples y sencillas, y van encaminadas a prevenir el accidente.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-1.628 El papel del género en la relación médico-pacientes

Autores: Delgado A

Revista/Año/Vol./Págs.: FMC 1999; 6: 509-516

Calificación: Bueno

Comentario: La profesión médica se está feminizando profesionalmente, y no sabemos mucho acerca del impacto de dicho fenómeno. En este texto se revisa la cuestión (escasa profundidad sobre lo publicado en España) y se demuestra que el sexo del médico conlleva consultas distintas. Las mujeres médicos tienen consultas más orientadas a lo psicosocial, que duran más, se hace más prevención, y en las que se piden más pruebas complementarias y se realizan más revisiones a especialistas. Otro mundo, pues, que no se sabe bien cómo repercute en la salud del paciente.

Referencias bibliográficas: 67

Revisor: JG

S-1.629 Does this patient have breast cancer?. The screening clinical breast examination: should it be done? How?

(La efectividad de la exploración manual mamaria en el cribado del cáncer de mama)

Autores: Barton MB, Harris R, Fletcher SW

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 1999; 282: 1270-1280

Calificación: Bueno

Comentario: Se habla de la mamografía como método de cribado del cáncer de mama entre los 50 y los 65 años, pero ¿hay algo sobre la exploración médica mamaria anual como forma de cribado? A ello se refiere este artículo, de la serie de JAMA sobre "the rational clinical examination", que trata de mejorar y fundamentar la exploración clínica. Calculan una sensibilidad del 54% y una especificidad del 94% para la exploración mamaria de cribado, que no es poco. Abogan por una mayor normalización y comunican ideas sobre cómo mejorar la técnica.

Referencias bibliográficas: 110

Revisor: JG

S-1.630 The ethical problems with shan surgery in clinical research.

(Problemas éticos en los ensayos clínicos con cirugía fingida)

Autores: Macklin R

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 1999; 341: 992-996

Calificación: Muy bueno

Comentario: El ensayo clínico aleatorizado y enmascarado se está aplicando en cirugía. Es necesario, porque la cirugía está todavía más anclada en la barbarie que en el conocimiento científico. El editorialista se declara en contra de la cirugía simulada, por los riesgos que conlleva la anestesia y la simulación de la intervención. Razona que se pisan los límites éticos que deben limitar la experimentación, y analiza en concreto el ensayo clínico de cirugía de la enfermedad de Parkinson para implantación de células fetales, que considera que no se debe someter a un ensayo clínico.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-1.631 Health care systems in transition: Bulgaria.

(Reforma sanitaria: Bulgaria)

Autores: Kinkou H, Koulaksuzov S, Semerdjiev J, Healy J

Ciudad/Editorial/Año: Copenhague: European Observatory on Health Care Systems WHO, 1999

Calificación: Bueno

Comentario: El gobierno español y el noruego, con la OMS-Europa, el Banco Mundial y el Banco Europeo de Inversiones, están desarrollando una loable tarea de seguimiento y ayuda de las reformas sanitarias en los países de la Europa del Este. El resultado es una serie de la que aquí se comenta el documento sobre Bulgaria. Refiere información cierta, organizada y actualizada, de forma que podemos hacernos una idea de sus problemas para transformar un médico asalariado funcionario en un profesional independiente (cobro por capitación).

Referencias bibliográficas: Libro

Revisor: JG

S-1.632 The third generation oral contraceptive controversy. The evidence shows they are less safe than second generation pills.

(Los resultados demuestran que la píldora de tercera generación es menos segura que la de segunda generación)

Autores: O'Brien P

Revista/Año/Vol./Págs.: Br Med J 1999; 319: 795-796

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las dos páginas de este brillante editorial son esenciales para todos los que prescribimos habitualmente la píldora. La cuestión de fondo es clara: los anticonceptivos hormonales de tercera generación no disminuyen el riesgo cardiovascular, y aumentan el riesgo tromboembólico. No hay razón, pues, para cambiar la píldora de segunda por la de última generación. Lo fundamental, como siempre, es tomar y controlar la presión arterial y lograr que las usuarias de la píldora no fumen. Dos cosas sencillas, ¿no?

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-1.633 Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud

Autores: Villabí JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, Cirera E

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria 1999; 24: 468-474

Calificación: Muy bueno

Comentario: En Barcelona se ha desarrollado la reforma (la implantación de los centros de salud) sobre todo en las zonas socio-económicamente deprimidas. Los autores estudian el impacto de la reforma en la mortalidad médica evitable a lo largo de 13 años de evaluación. Demuestran su utilidad, especialmente respecto a la mortalidad por ictus. El estudio no coincide con otro en Albacete, pero es excelente. ¡Qué hubiera sido si se hubiera hecho una reforma humana y científica!

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG