

S-2.162 *Serotypes of Chlamydia trachomatis and risk for development of cervical squamous cell carcinoma*

(Las clamídeas y el riesgo de cáncer de cuello de útero)

Autores: Anttila T, Saikku P, Koskela P, Bloigu A, Dillner J, Ikkäheimo I et al
Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2001; 285: 47-51

Calificación: Bueno

Comentario: Parece que las clamídeas retardan la apoptosis de las células que infectan, lo que actúa como cancerígeno. Este mecanismo es el que podría explicar los resultados de este trabajo. Analizan las muestras de suero de 530.000 mujeres nórdicas, y cruzan los resultados con los 128 casos de cáncer de cuello de útero desarrollados en éstas en los 12 meses siguientes a la toma de la muestra. El estudio permite definir un riesgo asociado con el serotipo G de clamídeas de 6,6, con el I de 3,8 y con el D de 2,7, tras corregir el contenido en anticuerpos al virus del papiloma.

Referencias bibliográficas: 42

Revisor: MPF

S-2.163 *Changes in breast density associated with initiation, discontinuation, and continuing use of hormone replacement therapy*

(La densidad mamaria y la terapia hormonal posmenopáusica)

Autores: Rutter CM, Mandelson MT, Laya MB, Seger DJ, Taplin S
Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2001; 285: 171-176

Calificación: Bueno

Comentario: La terapia hormonal tras la menopausia provoca el aumento de la densidad de las mamas, lo que disminuye la especificidad y sensibilidad del cribado del cáncer de mama con mamografía. Los autores aprovechan el historial clínico de 5.212 mujeres menopáusicas a las que se les han realizado 2 mamografías (entre 11 y 25 meses) en el cribado del cáncer de mama para determinar el efecto de la terapia hormonal. El resultado es inequívoco: el tratamiento hormonal aumenta la densidad mamaria y el abandono del mismo no devuelve la mama a su estado primitivo.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: MPF

S-2.164 *Misoprostol and pregnancy*

(El misoprostol en el embarazo)

Autores: Golberg AB, Greenberg MB, Darney PD
Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2001; 344: 38-47

Calificación: Muy bueno

Comentario: El misoprostol es el fármaco de elección en la prevención de la úlcera durante el tratamiento con antiinflamatorios no esteroides. En este interesante trabajo se analizan los múltiples usos del misoprostol en el embarazo. Por ejemplo, como abortivo, en dosis de 800 µg por vía vaginal, a los 5-7 días de la administración oral o intramuscular de 50 mg de metotrexato por metro cuadrado de superficie corporal; es muy eficaz y casi inocuo en los primeros 50 días de gestación. En fin, un medicamento útil sin duda.

Referencias bibliográficas: 95

Revisor: MPF

S-2.165 *Raising concerns about family history of breast cancer in primary care consultations: prospective, population based study*

(La preocupación acerca de la historia de cáncer de mama en la consulta de primaria: estudio poblacional)

Autores: Women's Concerns Study Group

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2001; 322: 27-28

Calificación: Bueno

Comentario: Las profesionales conocemos el sufrimiento del cáncer de mama a través de los pacientes, y por lo que nos toca en la familia. Lo mismo les pasa a las pacientes, que tienen un conocimiento general que sólo transforman en real y práctico cuando el cáncer afecta a un familiar. En este estudio se analizaron 20.614 consultas de 4 semanas, a 152 médicos generales y 88 enfermeras. La tasa de consultas en las que la mujer plantea su preocupación por la historia familiar de cáncer es de 5 por mil, es decir, 0,6 por profesional y mes, aproximadamente.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: MPF

S-2.166 *La intimidad del paciente: novedades legislativas*

Autores: García C, Cózar V

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2000; 115: 426-427

Calificación: Informativo

Comentario: En 1999 ha habido novedades legislativas que impulsan el derecho a la intimidad de los pacientes, equiparando la protección de datos médicos con el nivel europeo. Los datos pueden ser automatizados y analizados cuando dicha manipulación resulte necesaria para la prevención o diagnóstico médico, la prestación sanitaria o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento lo realice personal sanitario sujeto a secreto. No obstante, el derecho a la intimidad del enfermo debe estar presente en todas las actuaciones del sistema sanitario.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: MARL

S-2.167 *Utilización del ácido acetilsalicílico en pacientes con cardiopatía isquémica atendidos en los servicios de urgencia españoles (resultados del estudio EVICURE)*

Autores: Epelde F, García L, Loma A, Verdier J, Recuerda E, por el Grupo EVICURE

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2000; 115: 455-457

Calificación: Muy Bueno

Comentario: La administración de AAS en los síndromes coronarios agudos es una medida recomendada en el 100% de los casos. A pesar de ello, según los resultados de este estudio, sólo el 13% de los pacientes lo tomaron antes de acudir al hospital y un 55% en urgencias del hospital. Una discrepancia más entre la práctica y lo recomendable. Debemos aconsejar a nuestros pacientes que, ante un dolor de posible origen coronario, además de acudir a urgencias, tomen AAS. Y cuando atendamos estas situaciones, administrarlo si es que no se ha tomado antes.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-2.168 *Consultas y reflexiones bajo el sol*

Autores: Comesaña M, Agulló F

Revista/Año/Vol./Págs.: Centro de Salud 2000; 8 (8): 508-511

Calificación: Informativo

Comentario: Descripción de dos consultas concretas, de las habituales en un centro de guardia de atención primaria (picaduras de mosquito y malestar general en una mujer distímica), y reflexiones en torno a ellas: utilización de los servicios sanitarios por motivos absolutamente banales, por entretenimiento, por razones ajenas a las estrictamente patológicas; por ejemplo, conflictividad familiar. Aunque parezca mentira, este tipo de situaciones son las que con frecuencia nos generan más incertidumbre y más problemas en nuestra práctica diaria (más que HTA, EPOC, diabetes).

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: MARL

S-2.169 *Estudio indicación-prescripción de las patologías agudas más frecuentes en atención primaria*

Autores: Marino A, Martínez J, Iñesta A

Revista/Año/Vol./Págs.: Centro de Salud 2000; 8 (8): 512-518

Calificación: Bueno

Comentario: Los estudios sobre prescripción no suelen tener en cuenta la razón que la genera. La importancia de este trabajo radica en que se relaciona la prescripción con la indicación. Los motivos de consulta agudos que conllevan más prescripción son: infecciones respiratorias altas, lumbalgias, otras enfermedades de aparato locomotor, bronquitis-bronquiolitis, enfermedades de la piel y de aparato digestivo. Los grupos más prescritos: antiinfecciosos y analgésicos. La prescripción de antibióticos es baja en IRA, pero alta en bronquitis, a pesar de que su etiología suele ser viral.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-2.170 *Caring and cost: the challenge for physician advocacy*

(El papel del médico como agente del paciente)

Autores: Pearson SD

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2000; 133: 148-153

Calificación: Muy bueno

Comentario: El autor trabaja en la Universidad de Harvard, y se pregunta cómo se puede ser "agente" del paciente cuando los costes son crecientes. Su respuesta es que se puede ser "agente darwiniano" o "agente social". En el primer caso se busca lo mejor, incluso cuando el beneficio es menor; suele aplicarse a la clase alta, en detrimento de la baja. Para ser "agente social", el médico debe contar con el paciente, y lograr una decisión que no despijarle recursos ni lesione la salud del paciente. Da varios ejemplos interesantes de cómo hacerlo en la práctica.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-2.171 *Cultural and economic factors that (mis)shape antibiotic use: the non-pharmacological basis of therapeutic*

(Consideraciones no farmacológicas en la prescripción de antibióticos)

Autores: Arorn J, Solomon DH

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2000; 133: 128-135

Calificación: Excelente

Comentario: El consumo innecesario de antibióticos es frecuente en el mundo, en ambulatorios y en hospitales. El autor revisa el problema desde el punto de vista de que la prescripción no es tan sólo una intervención farmacológica, sino también una intervención interpersonal, una forma de relacionarse el médico y el paciente (la receta facilita que el paciente tome su "dosis de médico", que engulla o comulgue con su médico). Lo mejor es que repasa las intervenciones para lograr que los médicos utilicen mejor los antibióticos, y demuestra que algunas funcionan.

Referencias bibliográficas: 47

Revisor: JG

S-2.172 *Lessons learned from attempts to establish the blind in placebo-controlled trials of zinc for the common cold*

(El cinc y el placebo en los ensayos clínicos)

Autores: Desbiens NA

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2000; 133: 302-303

Calificación: Bueno

Comentario: El cinc sabe a rayos, de forma que no es fácil hacer un ensayo clínico en el que se compare el cinc con un placebo. El autor utiliza este ejemplo para demostrar los problemas no resueltos respecto a algo tan sencillo como el placebo en los ensayos clínicos. ¿Hasta qué punto es "ciego" el paciente y el médico al tratamiento que se sigue? Aceptamos que el medicamento placebo es idéntico en forma, sabor y peso al medicamento estudiado, pero hay poca investigación acerca de si es cierto, y de si los pacientes realmente no saben lo que están tomando.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-2.173 *The effect of clinical practice guidelines on variations in care*

(Efecto de los protocolos en la práctica clínica)

Autores: Gundersen L

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2000; 133: 317-318

Calificación: Informativo

Comentario: Esta nota sobre problemas clínicos sirve para poner en su sitio a quienes esperan milagros de los protocolos y guías clínicas. La amplísima mayoría no funciona porque son inútiles (y/o peligrosos). En una revisión de 451 guías se demostró que sólo un 5% especificaba los profesionales a los que se dirigían, definían la estrategia de la búsqueda de los datos y daban una graduación de las recomendaciones (en el Reino Unido). La diseminación y la elaboración correcta son condiciones necesarias pero no suficientes.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-2.174 *Changing the subject: ethical principles for everyone in health care* (Los principios éticos de Tavistock)

Autores: Davidoff F

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 133: 386-389

Calificación: Bueno

Comentario: Este editorial se dedica a la última reunión del grupo que desarrolló los nuevos principios éticos de "Tavistock" (la plaza, en Londres, en que está la sede del British, donde se reunió por primera vez el grupo). Los principios de Tavistock van mucho más allá del juramento hipocrático, y tratan de llevar la lógica ética a todo el mundo sanitario, no sólo al médico (los principios éticos son aplicables a políticos, gerentes, economistas, y otros). Por ejemplo, consideran que la atención sanitaria básica es un derecho que tiene toda la población.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-2.175 *Asistencia por iniciativa propia a un servicio hospitalario de urgencias*

Autores: Touar MM, Oliva JP, Díaz MA, Valero C, Burgos E, Zapata M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Todo Hospital* 2000; 160: 267-271

Calificación: Bueno

Comentario: El Hospital de Poniente (Ejido) de Almería llevaba sólo 9 meses funcionando cuando se hizo este estudio de uso de las urgencias. De 836 casos estudiados, 31 (3,7%) ya habían acudido en cuatro ocasiones o más (y sólo el 10% acude, cuando se hizo el estudio, enviados por su médico). La mayoría acude espontáneamente (57%) y más si han usado previamente las urgencias. Son los adultos jóvenes, 25-30 años, los que más frecuentemente acuden por propia iniciativa. Los pacientes que viven cerca del hospital son los que más utilizan la urgencia.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-2.176 *Retornos al servicio de urgencias: un indicador de calidad asistencial*

Autores: García-Perla A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Todo Hospital* 2000; 166: 277-282

Calificación: Muy bueno

Comentario: No es frecuente publicar sobre errores médicos, lo que hace muy interesante este trabajo, de urgencias del Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla. El autor estudió las urgencias de 1998 (77.188) y analiza los 3.673 pacientes que volvieron vía urgencias antes de los 15 días de haber sido atendidos allí. Hubo 3.673 retornos, de los que 2.725 (75%) son retornos por el mismo problema; por errores hubo 19 fracturas, 6 neoplasias, 2 infecciones y una lesión traumática del nervio óptico. Hubo también complicaciones como 5 casos tras traumatismo torácico.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-2.177 *Caso de bioética*

Autores: Moya A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Calidad Asistencia* 2000; 15: 108-110

Calificación: Informativo

Comentario: Los problemas éticos son problemas diarios, como en el caso que expone el autor. Se trata de un paciente alcohólico, de 36 años, que fuma 2 paquetes al día. La cuestión es el problema de la baja, que en el período estudiado ha supuesto un coste de más de 8 millones de pesetas. Un paciente frecuente en nuestras consultas, con problemas laborales y familiares, que termina destruido por el alcohol. En este caso concreto tiene 2 hijos adoptados y estudió derecho, sin terminarlo. Como siempre, un enfermo que no es fácil de asistir.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-2.178 *User's guides to the medical literature (XXIV). How to use an article on the clinical manifestations of disease*

(¿Cómo interpretar un artículo sobre signos y síntomas?)

Autores: Richardson WS, Wilson MC, Williams JW, Moyer VA, Naylor CD

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2000; 284: 869-875

Calificación: Bueno

Comentario: Los médicos diagnosticamos enfermedades según los signos y síntomas de los pacientes. ¿Cómo interpretar los artículos que explican el valor predictivo, o la simple presencia de los signos y síntomas? A ello se dedica este trabajo canadiense, que emplea un caso teórico, en urgencia, de sospecha de aneurisma aórtico, para revisar la cuestión general. Lo mismo que hacemos en la consulta, valora: coherencia, valor predictivo, preferencia, adecuación y demás. Tiene en cuenta la frecuencia de los signos y síntomas en el curso de la enfermedad.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: JG

S-2.179 *Is routine screening for melanoma a benign practice?*

(¿Es peligrosa la detección precoz del melanoma?)

Autores: Edman RL, Klaus SN

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2000; 284: 883-885

Calificación: Bueno

Comentario: Este artículo trata, como el anterior, de la detección precoz del melanoma. Los autores dejan claro que son las sociedades "interesadas" las que recomiendan el cribado del melanoma (oncólogos y dermatólogos) y que los canadienses se oponen, por irracional. Revisan la cuestión y llegan a la misma conclusión que los canadienses. El trabajo es bonito. Por ejemplo, comentan un índice kappa de 0,50 en la concordancia del diagnóstico entre 8 anatomopatólogos expertos frente a 37 casos clásicos de melanoma o nevus melanocítico benigno.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-2.180 *Early detection of melanoma*

(Detección precoz del melanoma)

Autores: Weinstock M

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 284: 886-889

Calificación: Bueno

Comentario: La incidencia del melanoma está aumentando, pero eso no significa que lo haga la eficacia del cribado de dicho cáncer de piel (por más que durante los veranos un grupo de dermatólogos se dedique a aterrorizar a los bañistas). El autor, dermatoepidemiólogo en Estado Unidos, revisa la cuestión de la detección precoz del melanoma. Deja claro que no hay ensayo clínico ninguno, y que no se puede recomendar revisiones rutinarias de piel, excepto, quizá, en los que ya han presentado un melanoma, o tienen múltiples nevus displásicos o con casos en la familia.

Referencias bibliográficas: 50

Revisor: JG

S-2.181 *User's guides to the medical literature (XXV). Evidence-based medicine: principles for applying the user's guides to patient care*

(Cómo leer artículos sobre la "medicina basada en pruebas")

Autores: Guyatt GH, Haynes RB, Jaeschke RZ, Cook DJ, Green L, Naylor CD et al

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 284: 1290-1296

Calificación: Muy bueno

Comentario: Es el último artículo de la serie de la "medicina basada en pruebas", y se despide con ironía y elegancia. Revisan los puntos débiles y fuertes de su propuesta general, y dejan claro que una cosa es la teoría y otra la práctica. Destacan que el problema es cómo prestar "atención clínica basada en pruebas"; transformar los hallazgos teóricos en aplicación práctica ante el paciente. Hay valores sociales, culturales y personales que obligan a considerar alternativas frente a la simple aplicación de los ensayos clínicos.

Referencias bibliográficas: 42

Revisor: JG

S-2.182 *Comparative efficiency of prostate-specific antigen screening strategies for prostate cancer detection*

(Estrategias para el cribado del cáncer de próstata)

Autores: Ross KS, Carter HB, Pearson JD, Guess

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 284: 1399-1405

Calificación: Bueno

Comentario: La próstata está en el punto de mira de muchos cazadores de recompensas, de forma que hay que leer de todo para defenderla. Los autores estadounidenses asumen que el cribado del cáncer de próstata es útil, y calculan que sería lo más efectivo para llevarlo. Llegan a la conclusión de que debería empezarse antes y determinar el PSA bianualmente. Insisten en que no se sabe si el cribado es útil, y en que tienen en cuenta la morbilidad del tratamiento del cáncer de próstata, ni toman en cuenta el coste global asociado a la detección y manejo de dicho cáncer.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

S-2.183 *New Canadian hypertension recommendations*

(Las recomendaciones canadienses para la hipertensión)

Autores: Campbell NRC

Revista/Año/Vol./Págs.: Can Fam Physician 2000; 46: 1413-1416

Calificación: Muy bueno

Comentario: Hay tantos protocolos y guías clínicas como expertos o más. Por eso este editorial es muy ilustrativo acerca de la respuesta del médico ante el bombardeo, en concreto sobre la hipertensión. La publicación de las recomendaciones canadienses (que se comentan en la crítica siguiente) tienen la ventaja de graduar el fundamento de sus propuestas. Algo así de sencillo falta en, por ejemplo, la guía de la OMS, lo que lleva a que muchos laboratorios la promuevan, por su actitud de *laissez-faire* ante el tratamiento.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-2.184 *Diagnosis and treatment of high blood pressure. New directions and new approaches: 1999 Canadian recommendations for management of hypertension*

(Normas canadienses para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión)

Autores: Petrella RJ

Revista/Año/Vol./Págs.: Can Fam Physician 2000; 46: 1479-1484

Calificación: Muy bueno

Comentario: El autor comenta las nuevas recomendaciones canadienses para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Las organiza de forma que sean entendibles y trasladables a la práctica. Y deja claro el fundamento científico en que se apoyan (Desde A: ensayos clínicos concluyentes, hasta D: opinión de expertos). Queda claro que se pueden emplear diuréticos en los hipertensos con hiperlipemia, o que el tratamiento medicamentoso sólo es útil sin duda con cifras diastólicas sostenidas de 100 mmHg.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-2.185 *Identifying patients with ischaemic heart disease in general practice: cross sectional study of paper and computerised medical records*

(Cómo buscar a los pacientes tratados por isquemia coronaria)

Autores: Gray J, Majeed A, Kerry S, Rowlands G

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 321: 548-550

Calificación: Bueno

Comentario: ¿Qué pacientes tenemos en la consulta con isquemia coronaria? Los autores dicen que no es sencillo responder, aunque sea sólo determinar los pacientes que tenemos diagnosticados como tales. Si hay registro electrónico, buscan el código correspondiente (G3 del Código de Read), lo que tiene una sensibilidad del 4,7% y un valor predictivo positivo del 83%. Si no hay ordenadores, recomiendan ver a los que se les prescribe crónicamente nitratos; tienen una sensibilidad y valor predictivo positivo idénticos.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-2.186 *Global information flow*

(Acceso a las publicaciones electrónicas)

Autores: Godlee F, Horton R, Smith R

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 321: 776-777

Calificación: Informativo

Comentario: Si hay desigualdad, es en lo que respecta a la información. Por eso este editorial es muy interesante. Va firmado por la directora de BioMed y los directores de Lancet, y del British. Proponen lo que es lógico, el libre acceso a las revistas en su versión electrónica. Ya lo es para el BMJ y Clinical Evidence para los profesionales de los países pobres. También es gratis, para todos, lo publicado en BioMed (biomedcentral.com). Si se quiere mejorar la salud mundial, es imprescindible que se facilite el libre acceso gratuito a las revistas electrónicas.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-2.187 *A new look at international research ethics*

(Ética e investigación)

Autores: Benatar SR, Singer PA

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 321: 824-826

Calificación: Excelente

Comentario: Los autores, dedicados a la ética médica, revisan los fundamentos éticos de la investigación. Proponen un cambio conceptual interesantísimo, ya que de aceptarse cambiaría todo lo que se hace, sobre todo en investigación de alto nivel. Por ejemplo, la dignidad de los pacientes que participan en un estudio exige que éste se refiera a enfermedades que pueden interesar a los propios pacientes. Por ejemplo, que los resultados se den en forma que sean útiles y aplicables en las comunidades de las que proceden las muestras de pacientes participantes.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-2.188 *Electronics, clinicians and the NHS*

(La historia clínica electrónica, en el futuro, en el Reino Unido)

Autores: Kelly G

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 321: 846-847

Calificación: Bueno

Comentario: El entusiasmo por la historia clínica electrónica se va atemperando, lo que facilitará su implantación. El editorialista insiste en que todo lo que se ha hecho es poco más que jugar, al transformar las historias clínicas en papel, pasándolas a informática: sin resolver ni los problemas de programas ni de máquinas para soportar una arquitectura, que no existe, de verdadera historia clínica electrónica. Pero hay luz, al ver el error, al mejorar las técnicas de encriptado, al desarrollarse SNOMED-CT como código.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-2.189 *Can we improve diagnosis of acute appendicitis? Ultrasonography may complement clinical assessment in some patients*

(La ecografía no mejora el diagnóstico de la apendicitis)

Autores: Beasley SW

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 321: 907-908

Calificación: Muy bueno

Comentario: No es fácil diagnosticar una apendicitis, como señala este editorial, al comentar un trabajo sobre el uso de la ecografía como ayuda al diagnóstico. Un 15-30% de las "apendicitis" intervenidas extirpan apéndices normales en los servicios bien llevados. Para mejorar el diagnóstico se han implantado, en otras cosas, algoritmos sin éxito ninguno. Parece que tampoco sirve el hecho de añadir la ecografía: el índice de Alvarado más la ecografía rutinaria no mejoraron los resultados. Y otro estudio, con ecografía más juicio clínico habitual en 2.280 pacientes, también fracasó.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-2.190 *Canadian National Breast Screening Study-2: 13-year result of a randomized trial in woman aged 50-59 years*

(Resultado del ensayo clínico canadiense del cribado del cáncer de mama)

Autores: Miller AB, Baines CJ

Revista/Año/Vol./Págs.: J Natl Cancer Inst 2000; 92 (18): 1490-1499

Calificación: Muy bueno

Comentario: El cribado mamográfico en mujeres mayores de 50 años disminuye la mortalidad por cáncer de mama. En este estudio se compara cribado mamográfico más exploración física con exploración física sola (en Canadá). Con mamografías se diagnostican más casos de cáncer (sobre todo, a expensas de cáncer in situ), pero no disminuye más la mortalidad. Se concluye que en mujeres de 50-59 años, a nivel de cribado, añadir mamografías a la exploración física no tiene impacto alguno en la mortalidad por cáncer de mama. Nuevas evidencias para la controversia.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: MARL

S-2.191 *La automedicación: concepto y perfil de "usuarios"*

Autores: Caamaño F, Figueiras A, Lado E, Gestal JJ

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2000; 14 (4): 294-299

Calificación: Informativo

Comentario: La automedicación a menudo se considera como algo negativo, pero la OMS la aconseja ante determinados síntomas claros y puntuales, con medicamentos de amplia ventana terapéutica. Los principales factores relacionados son: menor cobertura, oferta de medicinas blandas, mayor información en medios de comunicación sobre medicamentos, ser mujer, mayor nivel socioeconómico, problemas de accesibilidad y permisividad de los farmacéuticos (dispensación de fármacos que precisan receta sin ésta, caso de antibióticos).

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: MARL

S-2.192 *Características socioeconómicas de los pacientes hiperfrecuentadores adultos en medicina general: análisis secundario de casos*

Autores: Scaife B, Gill PS, Heywood PL, Neal RD
Revista/Año/Vol./Págs.: Centro de Salud 2000; 8 (9): 597-604
Calificación: Bueno

Comentario: Normalmente, un pequeño porcentaje de nuestra población consume la mayoría de los recursos sanitarios. La utilización de las consultas varía en función de múltiples factores (morbilidad, accesibilidad, edad, etc.), entre los que se incluyen los socioeconómicos, como se señala en este trabajo. Los factores que indican aislamiento o pobreza (divorcio, viudedad, desempleo) se asocian con más frecuentación. Aunque a veces intentamos disminuir la hiperfrecuentación, hemos de reconocer que este problema es un proceso complejo asociado a muchos factores que están fuera de nuestro control.

Referencias bibliográficas: 25
Revisor: MARL

S-2.193 *¿El botiquín doméstico: un recurso al ahorro farmacéutico?*

Autores: Mas A, Cuartero R, Gabás P, Garcés MA, González F
Revista/Año/Vol./Págs.: Salud Global 2000; 6: 24-25
Calificación: Bueno

Comentario: Lo del almacenamiento de medicamentos en los hogares españoles es demasiado. Los autores de este trabajo, del CS Delicias Sur de Zaragoza, se plantearon estudiarlo en los avisos domiciliarios, y si era posible, aprovecharlo. Lo fue en el 50% de los casos; sobre todo se pudo utilizar paracetamol, antibióticos y en menor medida AINE. La revisión sistemática de los botiquines caseros en las consultas domiciliarias es considerada por los autores como un sistema de ahorro farmacéutico y de educación para la salud.

Referencias bibliográficas: 7
Revisor: MARL

S-2.194 *Popper y el problema de la inducción en epidemiología*

Autores: Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Rey J
Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública 2000; 74: 327-339
Calificación: Excelente

Comentario: Los firmantes son epidemiólogos españoles bien conocidos, que aciertan de pleno al hacer una revisión del pensamiento científico de Popper, que va en contra de la epidemiología al uso. Lo importante es que Popper siempre propuso que una hipótesis científica nunca se puede demostrar, que siempre es transitoria. Por ello, no hay posibilidad final de establecer causalidad o de inferir, pues siempre estaremos hablando de algo sólo posible, no cierto (toda hipótesis está ahí para intentar demostrar que es falsa).

Referencias bibliográficas: 61
Revisor: JG

S-2.195 *Resistencias bacterianas. Opinión de los médicos de atención primaria españoles*

Autores: Ripoll MA, Otero A, Prieto J
Revista/Año/Vol./Págs.: Med General 2000; 25: 539-545
Calificación: Bueno

Comentario: Los autores presentan un estudio en el que se ha entrevistado a 400 médicos generales/de familia acerca de las resistencias bacterianas. Los médicos dicen (94%) tener en cuenta dicho problema. Al responder a preguntas concretas, se sobrestima la resistencia de *Spyogenes* a aminopenicilina (no hay resistencias a la penicilina y sí las hay a los macrólidos) y se infraestima la resistencia del neumococo a la cefalosporina (el neumococo español es uno de los más resistentes del mundo).

Referencias bibliográficas: 25
Revisor: JG

S-2.196 *Chronic obstructive pulmonary disease (EPOC)*

Autores: Barnes PJ
Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2000; 343: 269-280
Calificación: Bueno

Comentario: La EPOC es enfermedad mal tratada casi siempre; para los médicos tiene poco atractivo por su curso inexorable; para los pacientes es terrible. En este artículo se hace una revisión a fondo de esta enfermedad, desde la epidemiología al tratamiento. Vuelve a insistir en el efecto del trabajo, y en el valor de los anti-colinérgicos, que incluye al tiotropium, del que es suficiente una aplicación diaria. Naturalmente, hay nuevos medicamentos en perspectiva, como los antagonistas del leucotrieno B4 o los inhibidores de la elastasa.

Referencias bibliográficas: 106
Revisor: JG

S-2.197 *Mortality and life expectancy in Denmark and in other European countries*

(Las causas del exceso de la mortalidad en Dinamarca)

Autores: Juel K, Bjerregaard P, Madsen M
Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Public Health 2000; 10: 93-100
Calificación: Bueno

Comentario: Los malos resultados en salud de Dinamarca son sorprendentes. El país es rico, hay poca desigualdad y el sistema sanitario funciona. Los autores comparan la mortalidad, entre 1952 y 1993, de Dinamarca, Alemania, Checoslovaquia, Francia, Holanda, Italia y el Reino Unido. Queda claro que sólo va peor Checoslovaquia. Lo que aumenta entre los daneses es la mortalidad por isquemia coronaria, cirrosis, bronquitis crónica, cáncer de pulmón y causas mal definidas. El efecto del tabaco es particularmente espectacular en la mortalidad de las mujeres.

Referencias bibliográficas: 25
Revisor: JG

S-2.198 *Demanda de información sanitaria en las oficinas de farmacia*

Autores: Domínguez A, Regidor E, Gallardo C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Farm* 2000; 2: 138-143

Calificación: Bueno

Comentario: En las farmacias hay vida inteligente, que diría alguno. Este trabajo demuestra, además, que cumplen una función sanitaria de información en torno al medicamento. El estudio se hizo en 50 farmacias de Madrid, con el registro de las consultas que realizaron los pacientes al farmacéutico. De lo que más se preguntó fue de medicamentos, claro (el 21% de los casos), seguido de cuestiones de cosmética (12%) y de valores antropométricos (11%). Hubo también consultas sobre lactancia y dieta infantil, curiosamente por mayores de 65 años.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-2.199 *Pagar a los médicos*

Autores: Palomo L

Revista/Año/Vol./Págs.: *Salud* 2000; 13 (78): 6-10

Calificación: Muy bueno

Comentario: ¿Hay un sistema de pago ideal?, se pregunta el autor. La respuesta es negativa, claro, pero el artículo explora las ventajas e inconvenientes de las distintas formas de pago a los médicos. En España, destaca el autor, se ha perdido la oportunidad de, en la reforma, valorar el impacto de diferentes formas de pago e incentivos. El deseo igualitario ha llevado a la frustración y la desigualdad, por recibir salarios iguales (o muy parecidos) con cargas de trabajo muy diferentes. Pagar/remunerar es más que hacer llegar dinero, no cabe duda.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

S-2.200 *Diastolic heart failure. No time to relax*

(Importancia de la insuficiencia cardíaca diastólica)

Autores: Vasan RS, Benjamin EJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2001; 344: 56-59

Calificación: Informativo

Comentario: Los médicos generales, como los especialistas, tendemos a pensar en la insuficiencia cardíaca en su vertiente sistólica; sin embargo, un 30-50% de los casos de las insuficiencias cardíacas son insuficiencias diastólicas. Como insiste el editorialista, la insuficiencia cardíaca diastólica afecta básicamente a mujeres hipertensas, diabéticas o con isquemia coronaria. Tiene una mortalidad mucho menor que la sistólica (cuatro veces menor), pero repercute lo mismo en la calidad de vida y en las visitas a urgencias y hospitalizaciones.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: MPF

S-2.201 *PubMed Central: creating an Alladin's cave of ideas. We have seen the future, and it works*

(El *British* entra en PubMed)

Autores: Delamothe T, Smith R

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2001; 322: 1-2

Calificación: Informativo

Comentario: El robo de ideas es una forma de promoción de éstas, como comentan los editorialistas. Para fomentar ese robo, para facilitar la difusión de ideas, el *British Medical Journal* se une a las otras 15 revistas científicas médicas que ponen gratis su contenido en PubMed, con artículos íntegros, el mismo día de su publicación en papel. Se puede acceder a través de la siguiente dirección: pubmedcentral.nih.gov. En el texto se dejan claras, además, las ventajas para los autores, que logran una difusión impensable de sus resultados e ideas.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-2.202 *The renaissance of C reactive protein. It may be a marker not only of acute disease but also of future cardiovascular disease*

(Nueva utilidad de la proteína C reactiva)

Autores: Pepys MB, Berger A

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2001; 322: 4-5

Calificación: Informativo

Comentario: Los clínicos utilizamos la proteína C reactiva como marcador de inflamación y de infección; su determinación permite valorar la evolución temporal de la enfermedad. En este editorial se revisa su utilidad como predictor de riesgo cardiovascular pues se ha demostrado que los altos niveles de proteína C reactiva se asocian a futuro infarto de miocardio tanto en individuos sanos como en pacientes con isquemia coronaria. Los sujetos sanos con 2, 4 mg/l de dicha proteína en sangre, presentan el doble de riesgo de infarto que los sujetos sanos con cifras de 1,0 mg/l.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-2.203 *Cholesterol reduction and non-illness mortality: meta-analysis of randomised clinical trials*

(El tratamiento con estatinas no aumenta las muertes por accidentes y/o suicidios)

Autores: Muldoon MF, Manuck SB, Mendelsohn AB, Kaplan JR, Belle SH

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2001; 322: 11-15

Calificación: Bueno

Comentario: El tratamiento del colesterol puede incrementar las muertes por causas violentas, desde accidentes a suicidios y asesinatos. En este trabajo, se revisan los 19 ensayos clínicos que contienen datos al respecto y se concluye que el tratamiento con estatinas no influye; las dietas y los fármacos que no son estatinas provocan un aumento de muertes violentas, aunque no llega a ser significativo. En la discusión, los autores dejan claro que los resultados pueden estar sesgados por el criterio de selección de los participantes en los ensayos clínicos.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: JG

S-2.204 *How women with a family history of breast cancer and their general practitioners act on genetic advice in general practice: prospective longitudinal study*

(Falta de seguimiento de las recomendaciones sobre prevención secundaria del cáncer de mama según riesgo familiar)

Autores: Bock GH, Asperen CJ, Vries JM, Hageman G, Springer MP, Kievit J

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2001; 322: 26-27

Calificación: Bueno

Comentario: Los autores de este trabajo, holandeses, utilizan un centro de salud con 6 médicos generales y 11.500 pacientes para valorar el seguimiento del consejo sobre el riesgo de cáncer de mama según los antecedentes familiares. Tienen historias clínicas informatizadas, y las emplean para revisar las historias de las 2.000 pacientes de 25-50 años que consultaron en un año. Un genetista calculó el riesgo según la historia familiar en las 81 en las que tenía importancia, y pasó la información y sus recomendaciones al médico general correspondiente.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-2.205 *Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet*

(Efecto de la restricción dietética de sodio en las cifras de tensión arterial)

Autores: Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D et al

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2001; 344: 3-10

Calificación: Bueno

Comentario: Hace años que se recomienda una dieta escasa en sal en el tratamiento de la hipertensión. Se barajan cifras de 100 mmol, equivalentes a 5, 8 g de cloruro sódico por día. En este artículo se demuestra que la dieta baja en sodio se asocia con cifras más bajas de tensión arterial, tanto en sujetos sanos como en hipertensos; dicha dieta se basa en la ingesta abundante de fruta, verduras, pescado, cereales y frutos secos. El trabajo se ha hecho con 412 participantes, durante un mes, con dietas de contenido variable en sodio; la más eficaz, la de 50 mmol, aunque la de 100 conseguía también un visible efecto.

Referencias bibliográficas: 38

Revisor: JG

S-2.206 *Allergy and allergic diseases*

(Enfermedades atópicas)

Autores: Kay AB

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2001; 344: 30-37

Calificación: Bueno

Comentario: Este extenso trabajo de revisión permite refrescar conocimientos acerca de un grupo de enfermedades habituales en la consulta del médico general, las atópicas; es decir, las enfermedades alérgicas mediadas por la Ig-E: rinitis alérgica, asma y eccema atópico. Se excluyen otras enfermedades alérgicas, como la dermatitis de contacto y la neumonitis alérgica. Los pacientes atópicos mantienen el exceso de células Th2, típico del período fetal, y su respuesta a los alérgenos falla en lo que respecta a la producción de interferón gamma y de interleucina 2.

Referencias bibliográficas: 62

Revisor: JG

S-2.207 *High time for action*

(Un error)

Autores: Kallianpur AR, Poehling KA, Dittus RS

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2001; 344: 48-51

Calificación: Muy bueno

Comentario: Este caso clínico pertenece a la sección de "clinical problem solving". El paciente es un varón que ingresa por dolor precordial; además es hipertenso, diabético y ha sido trasplantado de riñón e intervenido recientemente de aneurisma aórtico abdominal. El paciente vuelve a reingresar a los 10 días con dolor precordial, hemoptisis, fiebre y náuseas. Se le pide que traiga los medicamentos y se descubre que en el interior del que pone "prednisona" hay "warfarina". Se aclara el caso y se descubre el error del farmacéutico.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-2.208 *Brand appearances in contemporary cinema films and contribution to global marketing of cigarettes*

(La promoción del tabaco a través del cine)

Autores: Sargent JD, Tickle JJ, Beach ML, Dalton MA, Ahrens MB, Hetherington TF

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2001; 357: 29-32

Calificación: Muy bueno

Comentario: El tabaco se está dejando de consumir en determinadas naciones y por grupos sociales concretos, pero la industria tabaquera se defiende con uñas y dientes. En este trabajo se revisaron las 250 películas más vistas en Estados Unidos en 10 años, respecto a la aparición de tabaco con marca en la mismas, como paquete o como anuncio en establecimientos, o de otra forma directa, como uso del mismo por un actor. El tabaco con marca apareció en un 28% de los casos, por igual en películas para adolescentes, y un poco menos en películas para niños (20%).

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-2.209 *Free meals from the pharmaceutical industry*

(Invitaciones a comer de la industria farmacéutica)

Autores: Echikson AB, Hayashi J, Pierach CA, Lohiya GS, Kassirer J

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2001; 285: 164-166

Calificación: Muy bueno

Comentario: La industria farmacéutica gasta cada vez más dinero en la propaganda directa a los pacientes, pero todavía utiliza mucho esfuerzo en transmitir su imagen a los médicos. Este grupo de cartas se refiere a un artículo previo, de Kassirer, sobre la costumbre de hacer propaganda a través de la invitación a comidas, algo muy frecuente en Estados Unidos (y en España). La cuestión es de fondo en ambos campos: ¿hasta qué punto los médicos pueden aceptar invitaciones?, y ¿hasta qué punto las revistas deberían rechazar anuncios o separar anuncios de artículos relacionados?

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG