

## S-2.210 *The renaissance of C reactive protein*

(La importancia de la proteína C reactiva)

**Autores:** Pepys MB, Berger A

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

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Entre los factores de riesgo para la isquemia de miocardio están los valores altos de proteína C reactiva, que predicen el futuro desarrollo de la enfermedad con mayor precisión que los valores de colesterol. En este editorial se comenta el papel de la proteína C y su posible mecanismo patogénico. La proteína C puede ser tanto indicador de la actividad inflamatoria en la placa de ateroma como un promotor del desarrollo de dicha placa, pues su unión a lipoproteínas de baja densidad promueve la activación del complemento, y la actividad inflamatoria.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** MPF

## S-2.211 *"Normal" blood glucose and coronary risk*

(Falta de efecto del control glucémico en la mortalidad coronaria de los diabéticos)

**Autores:** Barrett E, Wingard D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2001; 322: 5-6

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Las autoras escriben un editorial prudente y sensato respecto al artículo previo, en el que dejan claro que la glucemia y la hemoglobina glucosilada son indicadores importantes en el seguimiento del diabético, pero para prevenir la enfermedad microvascular y sus consecuencias (insuficiencia renal y retinopatía). Los resultados respecto a la prevención de la mortalidad cardiovascular son muy escasos, y de hecho se logran más fácilmente con un buen control de la hipertensión en los diabéticos que con un control estricto de la propia diabetes.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** MPF

## S-2.212 *Glycated haemoglobin, diabetes, and mortality in men in Norfolk cohort of European Prospective Investigation of Cancer and Nutrition (EPIC-Norfolk)*

(La hemoglobina glucosilada como factor de riesgo)

**Autores:** Khaw MT, Wareham N, Luben R, Bingham S, Oakes S, Welch A et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2001; 322: 15-18

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El control estricto de la diabetes demuestra escasos resultados, pero se sigue insistiendo en el mismo. Este trabajo, del grupo EPIC, presenta los resultados respecto a la asociación entre mortalidad y valores de hemoglobina glucosilada en un grupo de población inglesa de varones (medidos entre 1995 y 1997 y seguimiento hasta final de 1999). Las cifras altas de hemoglobina glucosilada se asocian a mayor mortalidad, tanto general como por isquemia de miocardio, y tanto en la población general como en los diabéticos.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** MPF

## S-2.213 *Impact of prenatal glucose screening on the diagnosis of gestational diabetes and on pregnancy outcomes*

(El cribado de la diabetes gestacional no mejora el resultado del embarazo)

**Autores:** Wen SW, Liu S, Kramer MS, Joseph KS, Lewitt C, Marcoux S, Liston RM et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Epidemiol 2000; 152: 1009-1014

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Hay pocas dudas acerca de que es inútil el cribado de la diabetes gestacional, pero a las embarazadas se les sigue sometiendo a esa refinada forma de encarnizamiento. Los autores demuestran que la incidencia de diabetes gestacional se ha multiplicado por nueve en Ontario, entre 1984 y 1996, y que la mayor parte del aumento se debe a la detección de casos en los que las intervenciones consecuentes son inútiles. Comparan dos regiones, una de las cuales abandonó el cribado en 1989, y no se demuestra mejora respecto al embarazo, el parto o el niño.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** MPF

## S-2.214 *Levofloxacin oral frente a ceftriaxona y a amoxicilina/ácido clavulánico intravenosos en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad que requiere hospitalización*

**Autores:** Kalbermatter V, Bagilet D, Diab M, Javkin E

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2000; 115: 561-563

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Estudio en el que se constata que levofloxacin es una opción terapéutica simple, efectiva y segura para los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad que requieren hospitalización, con respuesta favorable en el 93% de los casos. Lógicamente, también lo es para los pacientes con neumonía tratados en atención primaria y que no llegan a hospitalizarse, junto a otras opciones como macrólidos o betalactámicos, cuando no basta la eficaz y simple penicilina.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** MARL

## S-2.215 *¿Qué puede ayudarnos a morir en paz?*

**Autores:** Bayés R, Limonero JT, Romero E, Arranz P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2000; 115: 579-582

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Según la opinión de los encuestados en este estudio, médicos y enfermeras, el aspecto que más ayudaría a morir en paz es el poder sentirse cerca, comunicarse y estrechar los vínculos afectivos con las personas queridas. Le sigue el pensamiento de que su vida ha tenido sentido y el control de los síntomas. Se destaca la necesidad de individualizar el proceso de morir y de que lo importante no es dónde se muere, sino cómo y con quién se muere. Quizá estas opiniones no coincidan con las de los pacientes, pero reflejan aspectos emocionales prácticos.

**Referencias bibliográficas:** 22

**Revisor:** MARL

## S-2.216 *Consenso SEEDO'2000 para la evaluación de sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica*

**Autores:** Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO)  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 587-597  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La importancia de este artículo se debe a lo que supone de consenso respecto a un problema frecuente como es la obesidad y a sus criterios diagnósticos, de clasificación, valoración e intervención terapéutica. Respecto al tratamiento, poco nuevo: dieta, ejercicio, modificación conductual, fármacos (orlistat o sibutramina en casos concretos) o cirugía. Los objetivos, además de perder masa grasa, son mantener el peso perdido, disminuir las complicaciones y la comorbilidad, mejorar los hábitos de vida y aumentar la calidad de vida.

**Referencias bibliográficas:** 69  
**Revisor:** MARL

## S-2.217 *Un estudio necesario, pero un "comité de expertos" superfluo*

**Autores:** Kovacs F, Gil MT  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 637-638  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Carta al director rechazando la creación de un comité de expertos para valorar la importancia de la lumbalgia en España. Dicho rechazo se basa en la existencia ya de un grupo europeo con el objetivo de elaborar una guía de práctica clínica con recomendaciones basadas en la evidencia científica, en la que se señalen los puntos en que no hay evidencia suficiente y en los que la investigación sería prioritaria. Existen demasiados "comités" que elaboran guías, a menudo contradictorias aunque se basen en la misma "evidencia" y con un enorme coste.

**Referencias bibliográficas:** 10  
**Revisor:** MARL

## S-2.218 *Allergy and allergic diseases, II* (Alergia y enfermedades alérgicas. II)

**Autores:** Kay AB  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2001; 344: 95-109  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Este artículo es la segunda parte de otro ya comentado sobre puesta al día en enfermedades alérgicas. Deja claro que la hiperactividad bronquial típica del asma se acompaña del aumento en las células de ARN mensajero de la cadena pesada de IgE, tanto en el asma intrínseco como el extrínseco. Repasa el tratamiento y las graves limitaciones de las "vacunas", pero no deja de hablar de nuevas vacunas, como las derivadas del ADN, cuyos segmentos tipo GACGTC pueden emplearse como mediadores para modular la respuesta Th1 y Th2.

**Referencias bibliográficas:** 95  
**Revisor:** JG

## S-2.219 *Cellular-telephone use and brain* (El uso del teléfono móvil no produce cáncer)

**Autores:** Inskip PD, Tarone RE, Hatch EE, Wilcosky TC, Shapiro WR, Selker RG et al  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *(N Engl J Med)* 2001; 344: 79-86  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Se ha discutido mucho si los teléfonos móviles tienen capacidad de generar cáncer cerebral a través de su utilización excesiva. Los autores hacen un estudio caso-control con 782 pacientes que han tenido cáncer de cerebro entre 1994 y 1998; el grupo de comparación es de pacientes ingresados por tumores cerebrales benignos. El riesgo relativo es nulo para todos los cánceres, incluso para aquellos individuos que utilizaron el teléfono más de 100 horas. Tampoco hubo asociación entre el uso del teléfono y la presentación del cáncer.

**Referencias bibliográficas:** 40  
**Revisor:** JG

## S-2.220 *A 35 year-old woman experiencing difficulty with breast feeding* (Una primípara añosa que no sabe cómo dar de mamar)

**Autores:** Lawrence RA  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2001; 285: 73-80  
**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Esta sección de "encrucijada" parece increíble que no sea el producto de una publicación europea sino estadounidense. El caso clínico que se presenta es precioso, sobre una mujer que tiene dificultades para dar de mamar a su hijo (las normales, de una mujer añosa y primípara). Habla su médico, habla la propia paciente y responde la autora, que repasa los beneficios de la lactancia natural y, sobre todo, da consejos sobre cómo aconsejar a una madre inexperta. Todo muy sencillo y bonito, como los casos clínicos que llenan nuestras consultas.

**Referencias bibliográficas:** 69  
**Revisor:** JG

## S-2.221 *Diagnosing and defining disease* (La definición de la enfermedad)

**Autores:** Chiong W  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2001; 285: 89-90  
**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Hace ya tiempo que pasó la época de McKeown, de crítica a la medicina y a los médicos, y a su manipulación del concepto de salud. Pero los problemas subsisten. El autor hace un bonito repaso de la cuestión, poco académico a pesar de pertenecer a la Universidad de California, que da gusto leer. La cuestión clave es que la salud y la enfermedad son valores relativos, y que los nombres de los diagnósticos no son simples representaciones científicas. Lo que una persona puede y quiere hacer, su calidad de vida, tiene un doble componente, personal y social.

**Referencias bibliográficas:** 7  
**Revisor:** JG

## S-2.222 *¿Nada por boca durante el parto?*

**Autores:** Somanilla MJ, Paz C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Rol Enf 2000; 23: 809-812

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** A las mujeres se les ha convertido el embarazo y el parto en una tortura. Todo se prohíbe/organiza sin el menor fundamento científico. Por ejemplo, como revisan las autoras, se les prohíbe comer y beber durante el parto (también andar, charlar con los familiares y demás). Lo de comer y beber es "por si" hay que anestesiar. Pero el peligro es de la anestesia, no de la neumonía por aspiración del contenido gástrico, sino la intubación. Las muertes maternas en el parto no tienen que ver con el contenido gástrico. Pero la prohibición persiste y persistirá.

**Referencias bibliográficas:** 7

**Revisor:** JG

## S-2.223 *Registro cardiotocográfico en el parto. Problemas y alternativas*

**Autores:** Sanz C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Rol Enf 2000; 23: 897-902

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** La cultura yanqui se propaga sin cesar, y no sólo imponiendo un brebaje para comer (en lugar de agua y/o vino), sino en el pensamiento clínico. Buen ejemplo es este trabajo en el que la autora, matrona conguense, deja claro que la monitorización fetal electrónica es peligrosa e innecesaria; lo analiza muy correctamente, y demuestra que la vulgar auscultación da mejores resultados. Pero la solución que ofrece es más de lo mismo, más intervención, más registro, más complicación (y resultados no probados, tal vez peligrosos, de nuevo).

**Referencias bibliográficas:** 34

**Revisor:** JG

## S-2.224 *Análisis coste-efectividad de la automonitorización de la glucosa sanguínea en diabéticos tipo 2*

**Autores:** Clua JL, Puig J, Queral ML, Palau A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit 2000; 14: 443-448

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Lo del control de la diabetes conlleva más gasto y resultados en salud dudosos (especialmente, comas hipoglucémicos y muertes). Por ello es muy bueno este trabajo, que parte de premisas de dudoso contenido científico, pero obtiene conclusiones razonables. El autocontrol de 286 pacientes no mejora el resultado, comparado con 311 sin autocontrol, pese a que los pacientes que se autocontrolan suelen ser más cumplidores ("mejores"). Los autores terminan recomendando que no se haga autocontrol, o que se restrinja a grupos seleccionados.

**Referencias bibliográficas:** 59

**Revisor:** JG

## S-2.225 *La declaración del conflicto de intereses en las publicaciones científicas. ¿Tiempo para las luces y los taquígrafos en la trastienda de la investigación financiada por la industria?*

**Autores:** Peiró S, García-Atés A, Meneu R, Librero J, Bernal E

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit 2000; 14: 472-481

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** La ciencia no es neutral. Nadie es neutral. Los autores de trabajos científicos tampoco. Y como mucha investigación médica depende de la financiación de los laboratorios farmacéuticos, el sesgo de las publicaciones médicas puede favorecer los intereses del financiador. Por ello, se exige en las "normas de Vancouver" que los autores hagan declaración explícita de la fuente de financiación y de cualquier "conflicto de interés". La formalidad es de consecuencias positivas dudosas, pero los autores hacen un artículo precioso defendiéndolo.

**Referencias bibliográficas:** 110

**Revisor:** JG

## S-2.226 *El establecimiento de prioridades en la cirugía electiva*

**Autores:** Pinto JL, Rodríguez E, Castells X, Gracia X, Sánchez FI

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las listas de espera son consustanciales al sistema sanitario, no a las necesidades de los pacientes. Justifican, sobre todo, las necesidades de los profesionales. Este aspecto no se considera en el libro. Un texto interesante, que ilustra acerca de las respuestas internacionales a las listas de espera (Nueva Zelanda, Suecia, EE.UU., etc.). Además, analizan el problema de las listas de espera de cataratas en España, y descubren que el esperar no es tan importante como se piensa, lo que tiene lógica cuando hay poca repercusión en la vida diaria.

**Referencias bibliográficas:** Libro

**Revisor:** JG

## S-2.227 *La innecesaria epidemia de espina bífida y anencefalia evitables con ácido fólico*

**Autores:** Brent RL, Oakley GP, Mattison DR

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Pediatrics (ed. esp.) 2000; 50: 210-212

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La ingesta de ácido fólico con una dieta mediterránea es suficiente para prevenir la espina bífida/anencefalia, pero no siempre se cumple una dieta adecuada, así que más vale prevenir (prescribir ácido fólico, 5 mg al día, en el período periconcepcional). En este editorial se comentan los buenos resultados del programa global en Carolina del Sur donde se ha hecho un triple enfoque: a) detección y estudio de los casos; b) tratamiento selectivo de mujeres de alto riesgo, y c) el aumento del contenido en ácido fólico en la dieta de todas las mujeres en edad reproductiva.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

## S-2.228 *Rentabilidad de la ecografía y de la tomografía computarizada localizada para el diagnóstico de la apendicitis en niños*

**Autores:** García Peña B, Taylor GA, Fishmn SJ, Mandl KD  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Pediatrics (ed. esp.)* 2000; 50: 213-217

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La apendicitis sigue siendo un problema clínico de difícil solución. Y, así, la mitad de las apendicectomías eliminan apéndices normales. En el hospital infantil de la Universidad de Harvard se ensayó un doble filtro para los casos dudosos, de ecografía y TC con contraste rectal. La TC llevó a un cambio beneficioso en 74 casos (básicamente 47 altas y 24 quirófanos) de 108 niños dudosos. Con la ecografía, en dos casos se llegó incorrectamente al quirófano. Menos resolutiva fue la ecografía sola, que conllevó un cambio beneficioso en 13 casos (de 31).

**Referencias bibliográficas:** 37

**Revisor:** JG

## S-2.229 *Talking with patients and families*

**(La comunicación con el paciente terminal y su familia)**

**Autores:** Buckman R, Byock I, Fry VL  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Patient Care* 2000; 34: 16-36

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Este trabajo es un buen resumen de cómo hablar con los pacientes terminales, de cómo dar malas noticias. Desde luego no son "malas noticias", sino "noticias importantes", lo que es todo un mundo de diferencia (para el paciente y sus familiares). Y hace falta valorar la calidad de vida, que hasta la muerte hay mucho tiempo de sufrimiento innecesario (se puede utilizar un cuestionario, disponible en la dirección electrónica [dyingwell.org](http://dyingwell.org)). Y ser sensible a las necesidades emocionales y espirituales.

**Referencias bibliográficas:** 13

**Revisor:** JG

## S-2.230 *Revisión del diagnóstico y manejo de la neumonía adquirida en la comunidad desde atención primaria*

**Autores:** Conejos MD, Cano MD, Contreras MI, Martínez MB, Pascual ML

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *MEDIFAM* 2000; 10: 488-501

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La neumonía es cosa de cada día en atención primaria. Los autores, de Alcobendas (Madrid), hacen una revisión interesante de la cuestión, útil para el médico general de a pie. Quizá falten consejos sobre qué hacer cuando se decide no pedir radiografía de tórax, y sobran consideraciones sobre nuevos antibióticos. Da la importancia debida a la neumonía del anciano, y a la escasa dificultad práctica que tiene la resistencia a la penicilina (la resistencia *in vitro* no suele corresponderse con resistencia *in vivo*).

**Referencias bibliográficas:** 33

**Revisor:** JG

## S-2.231 *Sexualidad tras un infarto de miocardio*

**Autores:** Tandeter H, Nieto JA, Pshitzky Y, Tandeter R  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *MEDIFAM* 2000; 10: 510-513

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los autores abordan una cuestión fundamental para los pacientes que los médicos suelen soslayar. La sexualidad es clave en nuestras vidas y resulta absurdo que lo pretendamos olvidar cuando trabajamos como médicos generales. Los pacientes con infarto de miocardio pueden tener relaciones sexuales satisfactorias tempranas, tras 3-4 semanas del mismo. El médico puede tranquilizar al paciente (y a su pareja) pues la actividad sexual regular post-infarto se asocia a una mejor supervivencia, y la probabilidad de tener un infarto durante el acto sexual no aumenta.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** JG

## S-2.232 *Why we do not make housecalls?*

**(Razones para no hacer avisos a domicilio)**

**Autores:** Eaton B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Can Fam Physician* 2000; 46: 1945-1947

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** En este editorial un médico canadiense que hace avisos a domicilios (entre 5 y 10 a la semana) revisa las razones por las que los médicos generales/de familia hacen cada vez menos avisos: a) falta de haberlo visto; b) falta de habilidades y tecnologías diagnósticas; c) comportamiento impropio de los pacientes; d) domicilios horribles; e) dificultades para encontrar las direcciones; f) sensación de trabajar en solitario; g) miedo; h) uso ineficiente del tiempo; i) falta de incentivos económicos, y j) otros. En fin, vale la pena leerlo, pues es breve y sustancioso.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-2.233 *Clavicle fracture*

**(Fractura de clavícula)**

**Autores:** Konkin D, Schubert H

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Can Fam Physician* 2000; 46: 2201-2203

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** A veces las cosas son más sencillas de lo que parecen; por ejemplo, el tratamiento de la fractura de clavícula, que requiere cabestrillo, hielo local y antiinflamatorios (no el vendaje en 8). Y ejercicios tempranos de circundición, con el cabestrillo. Lo importante es considerar las posibles lesiones, consecuentes/concomitantes del plexo braquial, vena-arteria subclavia, primera costilla, hemo/neumotórax y demás. Sólo si se rompe el ligamento coroclavicular puede pensarse en cirugía, que no suele dar mejor resultado que el cabestrillo.

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** JG

## S-2.234 *Adolescent and adult pertussis. A problem and a solution*

(Tos ferina en adultos y adolescentes)

**Autores:** Schabas R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Can Fam Physician* 2000; 46: 2248-2255

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Este editorial se publica también en francés, y es importante porque llama la atención sobre un problema común: el paciente tosedor al que no se le diagnostica tos ferina. Muchos médicos suponen que la vacuna protege de por vida, pero eso es falso. Podría añadirse la vacuna acelular a la contra tétanos/difteria del adulto, pero no se hace. Así, la tos ferina es causante del 15% de la tos del adulto, aunque no se diagnostique porque no tiene las características clásicas de la enfermedad en los niños.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** JG

## S-2.235 *How helpful is NHS Direct? Postal survey of callers*

(¿Es útil el "NHS Direct"?)

**Autores:** Cathain AO, Munro JF, Nicholl JE, Knowles E

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2000; 320: 1035

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los médicos generales ingleses van perdiendo su función de filtro. En este caso se estudia la utilidad de "NHS Direct", una línea telefónica atendida por enfermeras, que siguen algoritmos para aconsejar a los pacientes que llaman. Responde el 71% de los pacientes que se encuestaron por correo, del total de 1.050 que utilizaron NHS Direct durante una semana. El 26% recibieron consejo para autotratamiento, el 45% fueron aconsejados para que visitaran a su médico general, y el 22% a urgencias. La amplia mayoría (95%) percibió el servicio como muy útil.

**Referencias bibliográficas:** 5

**Revisor:** JG

## S-2.236 *Incidencia de amputaciones de extremidades inferiores en la población con diabetes mellitus de Málaga (1996-1997)*

**Autores:** Almaraz MC, Sorigner F, Zamorano D, Ruiz S, González E, Esters I et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Aten Primaria* 2000; 26: 677-680

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En Málaga implantan un servicio de atención al pie diabético (pronto, al primer dedo del pie derecho, claro). Con ese motivo hacen un estudio interesante, de análisis de todas las historias clínicas de pacientes a los que se les hizo una amputación de extremidades inferiores en un hospital malagueño. La incidencia de dichas amputaciones fue del 6,3 por 100.000 personas no diabéticas y del 136,1 entre los diabéticos. Los diabéticos tuvieron más complicaciones, más mortalidad y mayor tiempo de estancia hospitalaria.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

## S-2.237 *Deshabitación tabáquica desde la farmacia comunitaria*

**Autores:** Barbero JA, Quintas AM, Camacho JE

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Aten Primaria* 2000; 26: 693-696

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los farmacéuticos de oficina de farmacia gozan de buena imagen pública, por su accesibilidad y la confianza de su actuación profesional. Sin embargo, muchos médicos generales miran a los farmacéuticos con recelo, como si fueran comerciantes sin escrúpulos. Los autores, farmacéuticos madrileños, demuestran que en la farmacia es posible ayudar a dejar de fumar a pacientes motivados. Se trata de dos farmacias, y un estudio realizado sobre 77 pacientes, a un año de seguimiento; al año seguían sin fumar casi la mitad (43%) de los que iniciaron el proceso.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG

## S-2.238 *Predictores de una prescripción de antibióticos para infecciones respiratorias por médicos generales: un estudio piloto*

**Autores:** Murray S, del Mar C, O'Rourke P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Centro de Salud* 2000; 8: 741-743

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En Australia, al igual que en España, se prescriben los antibióticos en exceso. Mediante encuesta a médicos generales respecto a un hipotético paciente joven con diversas combinaciones de síntomas, se investigan los signos y síntomas que se relacionan con la prescripción de antibióticos. Si había tos productiva con esputo amarillo, dolor de garganta, fiebre o moco nasal de color, aumentaba la probabilidad de usar antibióticos. El conocimiento de su etiología más probable y las características del paciente deberían orientar nuestra actuación.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** MARL

## S-2.239 *Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación*

**Autores:** Baos V

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Inf Ter Sist Nac Salud* 2000; 24: 147-152

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El autocuidado y la automedicación racional en las enfermedades más comunes, además de ser útil para la población, supone un desahogo para el sistema sanitario. En este artículo se analiza el tema, y se plantea de que es posible enseñar a automedicarse al paciente de forma responsable y positiva mediante la información, el consejo terapéutico y la educación. A veces el problema está en la falta de información, otras veces en la información contradictoria que hoy día recibimos todos y quizá en un cierto descrédito de los profesionales sanitarios.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** MARL

## S-2.240 ***Dieta y riesgo cardiovascular en España (DRECE II). Descripción de la evolución del perfil cardiovascular***

**Autores:** Gutiérrez Ja, Gómez J, Gómez A, Rubio MA, García A, Arístegui I, en nombre del grupo DRECE II

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2000; 115: 726-729

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Con los criterios de la Sociedad Española de Arteriosclerosis, casi toda la población adulta tiene algún factor de riesgo cardiovascular (el 56% hipertensión, el 86% hipercolesterolemia, el 43% hipertrigliceridemia, el 13,5% cHDL bajo), observándose una tendencia creciente en los últimos años. Los factores de riesgo tienden a agruparse en los mismos sujetos. Los que tienen factores de riesgo tienen un patrón de morbilidad cardiovascular más acusado que los que no la tienen, pero en general la incidencia de enfermedad es baja.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** MARL

## S-2.241 ***Demasiado riesgo cardiovascular y enfermedad poco frecuente***

**Autores:** Betancor P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2000; 115: 738-739

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Editorial en relación al artículo anterior, destacando que a pesar de la elevada frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en la población española, la incidencia de esta enfermedad es baja y existen variaciones geográficas que no se explican por la diferencia en la presencia de factores de riesgo. Podríamos estar en un periodo "ventana" y que aumente la incidencia más adelante o que tengamos factores protectores no conocidos. También se señala el posible menosprecio de pacientes y médicos al control estricto de algunos de los factores de riesgo.

**Referencias bibliográficas:** 14

**Revisor:** MARL

## S-2.242 ***Sobre la atención primaria a la salud mental. ¿Es evidente la evidencia?***

**Autores:** Oller M, Tizón JL

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria 2000; 26: 713-716

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Esta carta acerca de las posibilidades de atender la salud mental en las consultas de primaria ha devenido en una discusión muy interesante acerca de la utilidad de los ensayos clínicos en la práctica médica. La cáscara son las dudas acerca del modelo "biopsicosocial", pero la esencia va más allá, acerca de la "fe" que exigen tanto este modelo como el opuesto de la medicina basada en pruebas. Vale la pena leer ambas cartas para tener argumentos que añadir a los propios acerca de una cuestión candente.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

## S-2.243 ***Transmisión horizontal de tuberculosis entre niños de una guardería***

**Autores:** Anibarro L, Vázquez F, Sanjurjo A, García JC

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Esp Salud Pública 2000; 74: 5753-5755

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La transmisión de tuberculosis entre niños es algo excepcional, como señalan los autores gallegos en esta carta al director. El caso índice fue una niña de 4 años, con tuberculosis pleural y ganglionar, y una prueba de la tuberculina de 26 mm. Sus familiares no tenían ni infección ni enfermedad; entre los adultos de la guardería el 35% tenían infección. El 43% de los niños que compartían aula estaban infectados (en otra aula ningún niño tenía infección). Una niña de 3 años tenía, además, tuberculosis pulmonar activa, que le había contagiado su madre.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

## S-2.244 ***Comparative effectiveness of general practitioners versus pharmacist dosing of patients requiring anticoagulation in the community***

**(El seguimiento de los pacientes anticoagulados: farmacéuticos versus médicos generales)**

**Autores:** Holden J, Holden K

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Clin Pharm Ther 2000; 25: 49-54

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los farmacéuticos ingleses no se andan con chiquitas. En este trabajo se compara la calidad del control de la anticoagulación entre el farmacéutico y el médico; el primero logra más resultados óptimos. Y, lo mejor, cita con mayores intervalos de tiempo (28 frente a 34 días). Se concluye que el periodo de recitación con cifras estables está entre 8 y 12 semanas (¡en España mensual, y controlado por el hematólogo!).

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** JG

## S-2.245 ***Estudio del consumo de antipsicóticos en la Rioja. Años 1997-1998***

**Autores:** Ruiz MT, Sainz C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Pharma Care Esp 2000; 2: 338-316

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Los medicamentos se ponen de moda y se introducen sin base científica. Por ejemplo, hemos cambiado los viejos "neurolepticos" por los "nuevos antipsicóticos", sin ninguna justificación. Lo que es peor, se utilizan absurdamente (p. ej., en la demencia del anciano). El resultado es el despilfarro absurdo, como demuestran los autores: ha disminuido la prescripción de los antipsicóticos típicos (-4,6%) y aumentado la de los atípicos (275%). Los autores creen que estos tienen mejor perfil de efectos adversos.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

## S-2.246 *La prestation de soins médicaux à domicile. Sondage dans la région du Québec*

(Encuesta en Quebec sobre avisos a domicilio)

**Autores:** Leberge A, Aubin M, Vézina L, Bergeron R  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Can Fam Physician* 2000; 46: 2022-2029  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En Canadá también se hace pocos avisos a domicilio. Encuestan a 696 médicos generales, de los que contestan 487 (70%). Hacen avisos a domicilio algo más de la mitad (58%); los médicos varones, añosos y con más experiencia son los que hacen más avisos. Incluso los médicos que no hacen avisos a domicilio creen que son generalmente necesarios (73 frente al 89% entre los que los hacen) y que su frecuencia es insuficiente. Las razones para no hacerlos son múltiples; destacan que están mal pagados y que consumen mucho tiempo.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

## S-2.247 *Home visits. An access to care issue for the 21st century*

(Avisos a domicilio)

**Autores:** Pereles L  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Can Fam Physician* 2000; 46: 2044-2048  
**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Éste es un artículo de revisión, muy corto, pero es que se ha publicado muy poco sobre avisos a domicilio. Entre 1989 y 2000 sólo hay 65 artículos en MEDLINE, y casi todos son descriptivos. De su revisión se deduce que los avisos están disminuyendo, que se hacen sobre todo a personas ancianas y a pacientes terminales, y que vale la pena organizarlo para hacerlo bien. Se incluyen consejos lógicos, como llamar antes de ir para saber qué hay que llevar (cuadro agudo) o contar con otros servicios (procesos crónicos).

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

## S-2.248 *La gestión privada de la atención primaria de salud en Cataluña*

**Autores:** Villaescusa R  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Salud* 2000; 2000: 12-15  
**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Cataluña sirve de ejemplo en muchas cosas. De ejemplo positivo y negativo, claro. El autor explica, bien y claramente, de qué van las "privatizaciones" catalanas de la atención primaria: para potenciar el hospitalocentrismo del sistema y para disminuir la independencia de los profesionales, que se ven sometidos a mayor influencia de las industrias tecnológicas y farmacéuticas. El colmo es que no hay seguimiento de los contratos privados y que, pese a todo, los pocos datos parecen ser favorables al sector público.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-2.249 *De la gestión basada en la evidencia a la investigación-gestión participativa*

**Autores:** Bendicho C  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Centro de Salud* 2000; 8: 702-704  
**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Da gusto leer un texto simple y claro escrito desde una gerencia (Coordinador de enfermería del área 3 del Insalud de Zaragoza). Valdría la pena sacar copia y distribuirlo profusamente entre tanto jefe y jefecillo, gerente y coordinador de coordinadores que hoy viven a costa de no hacer nada y molestar mucho. Las cosas son sencillas: más dinamismo, más horas de trabajo, más incentivos personales, más alegría, mejor trabajo, más registros útiles, menos complacencia con los pacientes "abusadores" y demás. Todo un plan racional.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-2.250 *Characteristics of smoker's attitudes towards stopping. Survey of 10295 smokers in representative samples from 17 European countries*

(Lo que piensan los adictos al tabaco en Europa)

**Autores:** Boyle P, Gandini S, Robertson C, Zatonski W, Fagerstrom K, Slama K et al  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Eur J Public Health* 2000; 10 (Supl): 5-14  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Está bien tener información acerca de lo que piensan los europeos fumadores sobre el tabaquismo. En este caso se han entrevistado a los mayores de 18 años de todos los países de la UE y de Polonia y Rusia; la muestra permite saber que la mayoría desea dejar de fumar (en España, el 52%; en Suecia, el 84%), pero que sólo el 12% recuerda haber sido aconsejado por su médico. El texto es interesante; por ejemplo, da información del tiempo que tarda un adicto al tabaco en encender el primer cigarrillo.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** JG

## S-2.251 *Unidade de medicina geral e familiar Omega: medicina centrada na pessoa (La iniciativa Omega en Lisboa)*

**Autores:** Alves RM, Maria VJ, Miranda JA, Portugal R, Rebelo L  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Rev Port Clin Geral* 2000; 16: 394-404  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En Portugal el médico general todavía lo es (hace ginecología y pediatría; entre otras cosas, poner DIU). Este trabajo teórico es la propuesta de un grupo destacado de médicos generales, para fundar un grupo y atender a 15/20.000 habitantes de Lisboa con 9/11 médicos generales y otras tantas enfermeras. Es la respuesta al "proyecto alfa" del gobierno portugués, que buscó despertar del amodorramiento a los médicos con ganas de hacer cosas.

**Referencias bibliográficas:** 29

**Revisor:** JG

## S-2.252 *To cure or not to cure, that is not the question*

(Atender, más que curar)

**Autores:** Dieppe P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JR Soc Med 2000; 93: 611-613

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** El autor, que se dedica a la investigación de servicios, ha escrito un texto de enorme interés para los médicos clínicos. Se define claramente acerca de algo que muchos compartimos: la medicina sin ciencia no es medicina, y sin compasión no es humana. La tecnología no sólo deslumbra a la población; también atrae a los profesionales y a los investigadores. A ellos dedica un apartado específico en el texto, pues los intereses de los laboratorios de investigación y de los laboratorios farmacéuticos son los que guían la “ciencia” y el dinero que se emplea en ella.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG

## S-2.253 *Occupation and pancreatic cancer in Spain: a case-control study based on job titles*

(El cáncer de páncreas y la profesión en España)

**Autores:** Alguacil J, Porta M, Benavides FG, Malats N, Kogevinas M, Fernández E et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Inter J Epidemiol 2000; 29: 1004-1005

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los pacientes con cáncer de páncreas tienen mal pronóstico, así que necesitamos saber más acerca de su etiología. Los autores catalanes estudian la profesión de 164 pacientes con cáncer y comparan su historia con 238 controles hospitalarios. El haber trabajado como técnico en un laboratorio de química o ingeniería se asocia con el aumento del riesgo de padecer cáncer de páncreas. También el haber trabajado con metales, pinturas o en mecánica (y, sólo en las mujeres, el haber trabajado en el campo o en la industria textil).

**Referencias bibliográficas:** 87

**Revisor:** JG

## S-2.254 *Archie Cochrane and his legacy. An internal challenge to physicians' autonomy?*

(Vida y obras de Archie Cochrane)

**Autores:** Hill GB

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Clin Epidemiol 2000; 53: 1189-1192

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Da gusto leer este comentario acerca de la vida y obra de Cochrane. Escribió su propia necrológica, que termina diciendo que “fue un hombre con una grave porfiria, que fumó demasiado y que no lo hizo del todo mal, aunque no contó ni con la ayuda de una esposa, ni creencia religiosa, ni premio científico”. Estuvo voluntario en la guerra civil española, como sanitario, y en la segunda guerra mundial fue médico prisionero en varios campos de concentración, en Grecia.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** JG

## S-2.255 *Discrepancies among megatrials*

(Desacuerdo entre los resultados de los ensayos clínicos)

**Autores:** Furukawa TA, Streiner DL, Hori S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Clin Epidemiol 2000; 53: 1193-1199

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los creyentes de la medicina basada “en pruebas” siempre andan pidiendo a voces grandes ensayos clínicos que nos saquen del mar de dudas a los médicos clínicos. Los autores comparan los resultados de grandes ensayos clínicos con más de 1.000 pacientes, y observan si coinciden cuando se refieren a cuestiones similares. El acuerdo entre las parejas de estos ensayos clínicos apenas supera el azar, con un índice kappa de entre 0,40 y 0,33. Un éxito, pues, lo que hay que hacer es leer, pensar y actuar con un cierto escepticismo.

**Referencias bibliográficas:** 26

**Revisor:** JG

## S-2.256 *Discrete event simulation in the health policy and management program*

(Análisis y diseño de flujos en la enseñanza de la investigación de servicios)

**Autores:** Groothuis S, Merode GG

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Method Inform Med 2000; 39: 339-342

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los estudiantes de investigación de servicios de la Universidad de Maastricht tienen actividades varias, como el análisis y diseño de flujos de atención clínica. Se les enseña el manejo de un programa de ordenador que permite simular situaciones reales, de forma que el estudiante pueda analizarlas y diseñar alternativas que se acerquen al óptimo. Se comenta el impacto positivo de utilizar MedModel, que permite que los estudiantes trabajen sobre un ejercicio con la consulta de un cirujano dental, que comparte rayos y quirófano con otros colegas.

**Referencias bibliográficas:** 5

**Revisor:** JG

## S-2.257 *Managed care and public health/Not so-strange bedfellows: public health and managed care*

(Atención gestionada y salud pública)

**Autores:** Levi J, Koplan JP, Harris JR

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Public Health 2000; 90: 1823-1826

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Es curioso leer estos dos editoriales, acerca de la conjunción entre atención gestionada y salud pública. Las editorialistas creen que la conjunción entre financiación y prestación de servicios es positivo, y que puede ayudar a que el clínico se interese por los problemas de salud pública (en contraste con tantas cosas que se dicen en España actualmente). Hay pocos ejemplos al respecto, con excepción de alguna colaboración para mejorar la vacunación del adulto. No es fácil integrar la salud pública en la práctica clínica diaria, como ya demostró Bárbara Starfield.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** JG