

Con la colaboración de



## S-2.450 *Gestión clínica en atención primaria: alcance, utilidad, oportunidades y amenazas*

Autores: Berchid M

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Gen 2001; 33: 321-326

Calificación: Bueno

**Comentario:** La reforma de la sanidad ha llevado a la esclerosis al sistema sanitario. En este artículo se expone una iniciativa que pretende que los profesionales se responsabilicen de ofrecer calidad en la atención, y que tengan libertad para administrar los recursos necesarios, una vez que se han organizado en las "unidades clínicas". La teoría es interesante, pero la práctica deja mucho que desear, pues al final puede ser un "autobús" más, con un lema diferente, como se comenta en el texto; especialmente difícil es mantener el entusiasmo durante años, lograr el trabajo coordinado con el hospital y elegir un buen director de la unidad.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: MPF

## S-2.451 *Los médicos y la promoción de la lactancia materna en los EE.UU. Un llamamiento a la acción*

Autores: Philipp BL, Merewood A

Revista/Año/Vol./Págs.: Pediatrics (ed. esp.) 2001; 51:161-165

Calificación: Excelente

**Comentario:** La promoción de la lactancia materna es un componente obligado de la práctica médica. Aún queda mucho por hacer. Lo lógico es la lactancia materna hasta los 6 meses, como mínimo, pero pocas veces las mujeres cuentan con profesionales motivados que les animen. En este editorial se hace un duro repaso sobre el asunto, y aunque centrado en EE.UU., hay muchas cosas que nos podemos aplicar, tanto sobre normas que promocionen la lactancia materna como sobre cuestiones éticas. También se sugiere ser político, apoyar la acción científica con la participación de los políticos, a los que hay que tratar de influir.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: MPF

## S-2.452 *Intercepción poscoital*

Autores: Gallego J, Sánchez MP

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Rol Enf 2001; 24: 301-303

Calificación: Bueno

**Comentario:** Está de moda la "píldora del día siguiente", lo que hace doblemente interesante la publicación de la experiencia acerca de su uso, en urgencias, en un hospital (Severo Ochoa, de Leganés, Madrid). Los autores revisan 8 meses de consultas por fallos del método previsto ("rotura del condón"), y la respuesta con el método de Yuzpe. Acudieron 587 mujeres, sobre todo de 20-24 años (44%) y adolescentes (36%), y se marcharon sin el tratamiento 12 (menores de edad, o que se cansaron en la sala de espera). Se hicieron 22 pruebas de embarazo, todas negativas. Tres mujeres pidieron posteriormente aborto, por fallo del método.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: MPF

## S-2.453 *Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas*

(**¿Solidaridad o contención del gasto? En Suecia, solidaridad**)

Autores: Andersen R, Smedby B, Vagerö D

Revista/Año/Vol./Págs.: Soc Sc Med 2001; 52: 1195-1204

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Fijar objetivos sanitarios y elegir cómo se consiguen son elecciones que conllevan tensión si se quiere compatibilizar la solidaridad con el control del gasto. En muchos países se elige la segunda opción, pero es interesante leer este artículo y comprobar que en Suecia no se abandonan los principios, y la solidaridad sale ganando, aunque sin despilfarro. Lo más característico en Suecia es la integración de los servicios médicos y sociales, y la responsabilidad municipal al respecto.

Referencias bibliográficas: 49

Revisor: MPF

## S-2.454 *New paradigms for quality in primary care*

(**Calidad en atención primaria: comorbilidad y características básicas de la organización**)

Autores: Starfield B

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2001; 51: 303-309

Calificación: Excelente

**Comentario:** La atención primaria necesita tener soporte científico que demuestre su potencial, y su forma de evaluarlo. En este artículo se revisan a fondo estas dos cuestiones, por una autora norteamericana, pero con sensibilidad europea. Lo fundamental es que la calidad se mida con instrumentos adecuados que permitan valorar la comorbilidad, la morbilidad de la persona, no de la enfermedad (como se hace desde la atención especializada) y que en la medición se incluyan las características relevantes de la organización sanitaria. Se trata de saber si la efectividad depende de alguna forma de organización o del proceso/enfermo que se atiende.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MPF

## S-2.455 *Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents. A comparative study of the five Nordic countries*

(**Desigualdades económicas y salud de los niños y adolescentes**)

Autores: Halldórrsson M, Kunst AE, Köhler L, Mackenbach JP

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Public Health 2000; 10: 281-288

Calificación: Bueno

**Comentario:** El nivel socioeconómico no sólo se refleja en los indicadores de mortalidad y estado de salud de los adultos, sino que también se expresa en la salud de los niños y adolescentes, incluso en países desarrollados como en los que se ha realizado este trabajo (Finlandia, Dinamarca, Suecia, Islandia y Noruega). La mejora del nivel socioeconómico y la disminución de las desigualdades contribuiría más que otras muchas medidas a mejorar el estado de salud de la población.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: MARL

## S-2.456 *Informe: situación actual de la encefalopatía espongiforme bovina y de la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob*

**Autores:** Grupo de Salud Pública. SEMG

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Medicina General 2001; 31: 153-173

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El tema de las "vacas locas" ha ocupado las portadas de muchos medios de comunicación y preocupado en gran medida a la población y a las autoridades. Como en otras ocasiones, los médicos de cabecera no han sido informados desde la administración sanitaria, y se han enterado de muchos de los acontecimientos, como la mayoría, por la prensa. Por eso es muy interesante este artículo en el que se señala lo que se sabe y no se sabe actualmente del tema, haciendo algunas recomendaciones desde la SEMG y dando respuestas a las preguntas más habituales de la población.

**Referencias bibliográficas:** 39

**Revisor:** MARL

## S-2.457 *Low blood pressure during pregnancy and poor perinatal outcomes: an obstetric paradox*

### **(La hipotensión en el embarazo no es por sí causa de mal resultado perinatal)**

**Autores:** Zhang J, Klebanoff MA.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Epidemiol 2001; 153: 642-646

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** No sabemos muy bien a qué se deben el bajo peso al nacer y los partos prematuros, pero se ha encontrado una asociación con la hipotensión de la embarazada. Los autores, norteamericanos, utilizan los datos de 28.095 embarazos y partos, entre 1959 y 1966, para reexaminar la cuestión. Demuestran que la hipotensión se asocia a una miríada de condiciones, como juventud, pobreza, bajo peso/estatura materna y demás, de forma que si se corrige por todo ello la hipotensión deja de estar asociada a un mal resultado perinatal.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

## S-2.458 *Cronología de una locura*

**Autores:** Pozo A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Salud 2000 2001; 81: 13-16

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Da gusto empezar a tener información variada sobre la enfermedad de Creutzfeldt Jacob, y a ello contribuye este artículo, de un médico leonés. El autor hace un repaso al desarrollo histórico de la enfermedad, desde la primera descripción de la misma en 1920 a la locura de 2001. El relato es interesante, por las reflexiones en torno a los problemas de salud pública, como la conexión entre la actitud británica y europea y la política del gobierno de Major en el Reino Unido, o el proceso de incineración del material contagioso en las cemeteras y la ausencia de estudios de impacto ambiental del mismo.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-2.459 *El derecho a la intimidad en el trabajo. La ética de la información confidencial*

**Autores:** Jiménez J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Seguridad Trabajo 2000; 187: 59-66

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Espana ver la alegría con la que se introducen normas de "seguridad e higiene" en el trabajo, que finalmente significan análisis como determinación de drogas en orina, a los que se someten "voluntariamente" los trabajadores. Todo un mundo sin control, en el que algunos médicos y enfermeras se atreven a pensar. Éste es el caso del texto que se comenta, firmado por una enfermera del Servicio Médico de Hacienda. Da una visión general de la aplicación de los principios bioéticos al mundo del trabajo, y luego lo aplica en un caso práctico (un homosexual con sida, a cuya historia clínica acceden unos compañeros).

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** JG

## S-2.460 *Diez minutos: ¿para qué?*

**Autores:** Anónimo

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med General 2001; 32: 215-216

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Este editorial de la revista de la Sociedad Española de Medicina General insiste sobre la cuestión burocrática y, además, sobre la necesidad de valorar la idoneidad de la actual organización de los equipos. Es un texto muy breve, pero sirve para comprobar que la fórmula única de los equipos es cada vez más repudiable, por lo que tiene de ficción, por lo que conlleva de dilución de responsabilidades y de "marasmo de sumas y restas". El movimiento de los "diez minutos por paciente" puede ser el catalizador que lleve a nuevas formas de organización que mejoren la calidad del trabajo del médico general.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-2.461 *Abordaje diagnóstico y terapéutico de la lumbalgia en atención primaria*

**Autores:** Rodríguez J, Bueno JM, Humbría A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** FMC 2001; 3: 152-163

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La lumbalgia es una enfermedad frecuente en nuestras consultas, en la que hay poco de científico, tanto en la respuesta diagnóstica como en la terapéutica. En este texto se hace un recorrido acerca de lo que sabemos e ignoramos sobre la lumbalgia. Deja muy claro que se hacen muchas cosas que no han demostrado su eficacia (alzas o plantillas en asimetrías de menos de 2 cm), o que tienen efecto perjudicial (p. ej., prescripción de benzodiazepinas durante más de 2 semanas). El texto es muy útil, pues está pensado para el médico práctico, e incluye sugerencias útiles en cuestiones como tiempo de baja laboral o uso de radiología.

**Referencias bibliográficas:** 60

**Revisor:** JG

## S-2.462 *A prudent prescription for acute sinusitis*

(Tratamiento de la sinusitis aguda)

Autores: Armitage CB, Kennedy DW, Wald ER

Revista/Año/Vol./Págs.: Patient Care 2001; 35: 54-67

Calificación: Bueno

**Comentario:** Este trabajo aporta pautas simples y sencillas, poco agresivas, pese a publicarse en una revista norteamericana plagada de anuncios (que ocupan, y se cuentan, siete páginas del artículo). Lo importante es saber que se trata de una infección generalmente viral; la infección bacteriana de síntomas persistentes (más de 10 días sin mejoría), síntomas llamativos (fiebre alta y mucosidad purulenta) y empeoramiento de los síntomas de congestión nasal o tos tras 6 días de infección viral alta. Parece que, ante la duda, el antibiótico de elección es amoxicilina con ácido clavulánico.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

## S-2.463 *Educational differences in health expectancy in Madrid and Barcelona*

(Los años de educación formal tienen más impacto sobre la expectativa de vida sana en Barcelona que en Madrid)

Autores: Martínez E, Gutiérrez JL, Gispert R, Regidor E

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Policy 2001; 55: 227-231

Calificación: Bueno

**Comentario:** Da gusto encontrar buenos artículos españoles en revistas internacionales, como éste, en el que se estudia la expectativa de vida, y la expectativa de vida con buena salud percibida. Los resultados dejan claro que los años de educación marcan dos mundos, especialmente en Barcelona. Las diferencias entre años de expectativa de vida con buena salud en mujeres son terribles en Barcelona, por el pésimo resultado en mujeres de bajo nivel educativo. También hay diferencias en la expectativa de vida, pero no son tan evidentes.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

## S-2.464 *Health care under transformation in Poland*

(Polonia como ejemplo de transformación a un sistema sanitario de seguridad social)

Autores: Tymowska K

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Policy 2001; 56: 85-96

Calificación: Bueno

**Comentario:** En Polonia se ha implantado un sistema sanitario influido por el ejemplo alemán. Es, pues, de seguridad social, con 16 cajas regionales y una central (para ferroviarios, policía y militares). La autora, economista en Varsovia, incluye información de primera mano, como que el 36% del total gastado por los pacientes es dinero negro. Hay, por supuesto, cajas para algunos empleados específicos, y un gasto enorme en medicinas. Hay privatizaciones, y los médicos alquilan espacio en los hospitales públicos, a los que acceden con mayor rapidez sus pacientes.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

## S-2.465 *Primary care in Canada: so much innovation, so little change*

(Atención primaria en Canadá: fracaso de las reformas)

Autores: Hutchison B, Abelson J, Lavis J

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Affairs 2001; 20: 116-131

Calificación: Bueno

**Comentario:** Los cambios en atención primaria pueden ser bruscos, de modelo único, tipo reforma socialista de 1984. Contra ello advierten los autores al repasar a fondo los problemas canadienses. Son muchos los intentos de cambio en Canadá, pero se ha ido perdiendo la posibilidad de hacerlo poco a poco, con múltiples organizaciones y formas de pago. Por cierto, revisan esta cuestión y dejan claro que hay poco científico demostrado, de forma que el pago por acto en Canadá no hay por qué cambiarlo. Hablan, también, de los centros de salud de Quebec, con médicos y enfermeras y pago por salario.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

## S-2.466 *Contracepción poscoital: píldora del día siguiente*

Autores: Martínez García ML

Revista/Año/Vol./Págs.: Sendagaiak 2001; 14: 9-11

Calificación: Informativo

**Comentario:** Este artículo, de una farmacéutica del Centro de Información del Medicamento de Álava, hace un repaso técnico a la nueva alternativa en la contracepción poscoital, la mal llamada "píldora del día después". Está bien leerlo, y saber que su eficacia hace que la tasa de embarazo sea del 1,2 frente al 8% que cabría esperar (tasa de embarazo tras una única relación sexual, en un día al azar del ciclo menstrual). Naturalmente, la eficacia asciende al 95% si se toma entre las 0 y 12 h tras el coito. Los efectos adversos más frecuentes son las náuseas y el dolor en hipogastrio.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

## S-2.467 *Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias*

Autores: Suárez P, Alonso JC, López AJ, Martín D, Martínez MM

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2001; 15: 104-110

Calificación: Bueno

**Comentario:** Hay que intentar 6 meses de lactancia materna, pero no lo conseguimos, como se demuestra en este trabajo. Los autores, asturianos de Oviedo, de atención primaria, estudiaron la población de niños nacidos hasta 8 meses antes del 15 de abril de 1996. Se entrevistó por teléfono a una muestra de 418 mujeres. La prevalencia de lactancia materna exclusiva fue del 51,4% al inicio, del 14,9% a los 3 meses, y del 8,7% a los cuatro. La prevalencia de la lactancia materna fue mayor en el medio rural, entre mujeres universitarias y entre las que habían tenido matrona durante el embarazo.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

## S-2.468 *Blood pressure control in treated hypertensive patients: clinical performance by general practitioners*

**(Los hipertensos holandeses, con diastólicos por encima de 100)**

**Autores:** Frijling BD, Spies TH, Lobo CM, Hulsher MEJL, Drenth BB, Braspenning JCC et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2001; 51: 9-14

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los médicos pueden tener en la cabeza ideas muy distintas a las que expresan/reciben. Así, los autores de este trabajo, holandeses, demuestran que los médicos generales actúan según un ideal en los pacientes hipertensos de mantener la presión arterial diastólica por debajo de 100 mmHg, pese a que las recomendaciones/guías hablan de mantenerla por debajo de 90. Participaron 195 médicos generales, que registraron 3.526 visitas de seguimiento de pacientes hipertensos. Como siempre, la mitad de los pacientes están mal controlados.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** JG

## S-2.469 *Setting up a database of medical error in general practice: conceptual and methodological considerations*

**(Necesitamos una base de datos sobre errores en la práctica del médico general)**

**Autores:** Sheikh A, Hurwitz B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2001; 51: 57-60

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los autores, ingleses, escriben acerca de las dificultades prácticas de elaborar y mantener un sistema de registro y alerta sobre errores. Lo importante no es reclamar o defenderse frente a reclamaciones, sino mejorar la calidad a través del aprendizaje de errores propios y ajenos. Se trata de hacer declaraciones voluntarias no sólo de los errores cometidos y advertidos, sino también de las situaciones de riesgo que hacen posibles los errores. Las declaraciones pueden ser anónimas, para evitar exponer públicamente el dolor del error y del daño consecuente.

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** JG

## S-2.470 *A minimum data set and empirical model for population health status assessment*

**(Una propuesta de conjunto mínimo básico de datos para evaluar la salud de la población)**

**Autores:** Studnicki J, Lutther SL, Kromrey J, Myers B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Prev Med 2001; 20: 40-49

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** No hay falta de datos, aunque sí falta información. Cosas de la vida, y consecuencia de nuestra dejadez. Los autores, de Florida (EE.UU.), aprovechan las bases de datos existentes en las 67 provincias de su estado para intentar formar un conjunto mínimo básico de datos que les ayude a entender el impacto de las variables socioeconómicas en la mortalidad de los adultos. Empiezan con 113 indicadores agrupados en 11 categorías y terminan con 19 componentes (78 indicadores) que explican el 56% de la mortalidad en 1996, el 55% en 1995 y el 71% en 1994.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** JG

## S-2.471 *Mode of payment, practice characteristics and physician support for patient self care*

**(El pago por salario y *per capita* asocia a un mayor apoyo a la iniciativas de autocuidado)**

**Autores:** Hibbard JH, Greenlick MR, Kunkel LE, Capizzi J  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Prev Med 2001; 20: 118-123

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los folletos y las recomendaciones de autocuidados son poco útiles, como señalan los autores (citan una revisión de 15 ensayos clínicos). Pero no se sabe si son inútiles *per se* o porque los médicos no las apoyan. Los autores, salubristas, entrevistaron cara a cara a casi 500 médicos, el 58% de los alegados. Los médicos que trabajan en pago por salario y/o capitanía tienen una actitud más positiva y clara a favor de los métodos de autoayuda que los médicos pagados por acto. La forma de pago es más importante que la edad o el sexo.

**Referencias bibliográficas:** 14

**Revisor:** JG

## S-2.472 *The global tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organization*

**(El control de la tuberculosis según la OMS)**

**Autores:** Kochi A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Bull WHO 2001; 79: 71-75

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Esta gente de la OMS no sabe lo que dice, pero a veces da gusto leerlos. En este caso se trata de la reimpresión de un artículo, de 1991, que permite valorar lo poco que se ha avanzado en el control de la tuberculosis. Se propusieron tasas de curación del 95% en los países desarrollados (España incluida), y el tratamiento de corta duración, con mucha atención a los pacientes con sida. Lamentablemente las cosas no van bien en España; el desmantelamiento de la red antituberculosa por los "progresistas" ha tenido consecuencias penosas, sin despreciar el retraso en el diagnóstico y en el seguimiento de los contactos.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

## S-2.473 *Low serum cholesterol concentration and risk of suicide*

**(Los niveles bajos de colesterol se asocian a mayor riesgo de suicidio)**

**Autores:** Ellison LF, Morrison HI

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Epidemiol 2001; 12: 168-172

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La asociación entre valores bajos de colesterol y suicidio no tiene mucha lógica, pero se ha demostrado varias veces. En este caso son canadienses, los datos y los autores. Emplean los resultados de un estudio sobre nutrición en Canadá, en 1970 y 1972, para saber qué ha sido de los encuestados mayores de 11 años, 11 años después. En la muestra estudiada, de 11.554, hubo 27 suicidios. Despues de ajustar por edad y sexo, estar en el cuartil más bajo (< 4,27 mmol/E) multiplica por seis la posibilidad de suicidarse.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

## S-2.474 *A continuous curriculum for general practice? Proposal for undergraduate postgraduate collaboration*

**(La integración del pre y del posgrado en la formación continuada del médico general)**

**Autores:** Jones R, Oswald N

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2001; 51: 135-138

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En el Reino Unido se plantea por primera vez que el médico general necesita un desarrollo integral. Es decir, que el estudiante de medicina debería formarse como generalista, y que la especialización en medicina general exige formación continuada específica. Los autores insisten en que no se puede ser demasiado específico y aunque hay un núcleo de conocimientos y habilidades, se debe mantener un amplio abanico de cuestiones a reevaluar. La propuesta es que se integre la formación antes y después de la graduación.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** JG

## S-2.475 *Symptoma, signa, and prescribing for acute lower respiratory tract illness*

**(Signos y síntomas en la prescripción de antibióticos para infecciones respiratorias bajas)**

**Autores:** Holmes W, Mcfarlane JT, Macfarlane RM, Hubbard R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2001; 51: 177-181

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los médicos prescribimos antibióticos sin ton ni son. Por ejemplo, en la bronquitis aguda (casi siempre de causa viral). Los autores, de Nottinghm (Reino Unido), se preguntan por qué recetamos tan alegremente antibióticos. Participan 40 médicos generales, que registraron datos de 391 pacientes con signos/síntomas de infección respiratoria baja. Se prescribió más si hubo signos auscultatorios anormales. A los 10 días, prescribir antibiótico no mejoró la salud del 71% que recibió el tratamiento. El motivo que vuelve a llevar a consultar suele ser la tos.

**Referencias bibliográficas:** 29

**Revisor:** JG

## S-2.476 *A randomised controlled trial of delayed antibiotic prescribing as a strategy for managing uncomplicated respiratory tract infection in primary care*

**(Un ensayo clínico sobre el uso de la receta "diferida" para disminuir el uso de antibióticos)**

**Autores:** Dowell J, Pritchett M, Bain J, Martin S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2001; 51: 200-205

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los pacientes con tos suelen ser tratados con antibióticos. Los autores, ingleses, se preguntan si es útil dar la receta de antibióticos (cuando hay pocas dudas de que va a ser inútil) y pedirles a los pacientes que no los compren hasta pasado una semana, si creen que los necesitan. El 55% de los pacientes del grupo de intervención no adquirió nunca el antibiótico en la farmacia; los que recibieron la recomendación de la compra inmediata estuvieron más satisfechos con la consulta y con el tratamiento.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** JG

## S-2.477 *A national evaluation of specialists' clinics in primary care settings*

**(Los especialistas en los centros de salud disminuyen las listas de espera, pero no mejoran la salud)**

**Autores:** Bowling A, Bond M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2001; 51: 264-269

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** En el Reino Unido vuelven los especialistas a los centros de salud. Una locura, después de haber logrado recluirlos en los hospitales. El mayor poder de gestión de los médicos generales les permite contratar a especialistas para atender a sus pacientes en los centros. Los autores, salubristas, se preguntan por los beneficios de estas consultas. En salud, pocos. En satisfacción de los pacientes, mucha, pues tienen que esperar menos tiempo de colas y menos "recetas". Los médicos generalistas están encantados, porque los especialistas resuelven más con menos derivaciones, si se compara con las consultas externas hospitalarias.

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** JG

## S-2.478 *Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review*

**(Falta de impacto de la forma de pago en la conducta de los médicos)**

**Autores:** Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Health Services Res 2001; 6: 44-55

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** No hay forma de tener datos ciertos acerca del impacto de la forma de trabajo de los médicos en su rendimiento. Los autores, ingleses y nórdicos, intentan llegar a una conclusión clara y no lo logran. Encontraron 5.381 artículos sobre la cuestión, de los que valían la pena 332, y sólo seis estudios aportaban algo relevante. El análisis de estos estudios fue decepcionante, por su mala calidad; incluso el pago por incentivos específicos para aumentar la tasa de vacunación no permitió llegar a ninguna conclusión. El pago por acto aumenta la cantidad (visitas y demás).

**Referencias bibliográficas:** 48

**Revisor:** JG

## S-2.479 *Randomised trial of socially complex interventions: promise or peril?*

**(Ensayos clínicos de intervenciones complejas)**

**Autores:** Wolff N

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Health Services Res 2001; 6: 123-126

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La autora se pregunta acerca de las posibilidades de los ensayos clínicos con intervenciones complejas, como, por ejemplo, el "trabajo en equipo". Deja claro que cosas así son difíciles de estudiar, pues la intervención modifica el efecto estudiado, casi irremediablemente. Recomienda que se hagan diseños específicos (en contextos bien definidos que permitan su evaluación) o en lugares y situaciones distintas, de forma que podamos creer en los resultados obtenidos.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** JG

## S-2.480 *PubMed: bridging the information gap*

### (PubMed: utilidad y futuro)

**Autores:** Mc Entyre J, Lipman D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2001; 164: 1319-1319

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Los autores, norteamericanos de los National Institutes of Health, dedican el texto a explicar el uso actual y futuro de PubMed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi)). Lo importante es que puede accederse al texto íntegro de muchos de los artículos, y que hay interconexión con otros campos científicos, aparte del médico. Se está desarrollando la conexión a libros, sobre todo para que ayuden a la interpretación de los resúmenes. Y se ha mejorado la presentación que permite el acceso libre a los textos completos de los artículos. En el futuro habrá pocas revistas que no pongan sus trabajos en PubMed.

**Referencias bibliográficas:** 2

**Revisor:** JG

## S-2.481 *Baseline staging tests in primary breast cancer: a practice guidelines*

### (Cribado de metástasis en el cáncer de mama)

**Autores:** Myers RE, Johnston M, Pritchard K, Levine M, Oliver T

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2001; 164: 1439-1444

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** De vez en cuando las guías aportan algo de interés, como es el caso de las pruebas de estudios de metástasis en mujeres con cáncer de mama operable, sin otros síntomas ni sospecha clínica de metástasis. Los autores son canadienses, de Ontario, y concluyen que en este caso no se debe hacer antes de la cirugía ni gammagrafía, ósea, ni ecografía hepática, ni radiografía simple de tórax. Tampoco debería hacerse tras la cirugía en casos de carcinoma *in situ*, o carcinomas de grado I. Si es de grado II se recomienda la gammagrafía tras la intervención. Las tres pruebas diagnósticas deberían hacerse después de la intervención.

**Referencias bibliográficas:** 34

**Revisor:** JG

## S-2.482 *Política, salud pública y "vacas locas"*

**Autores:** Oñorbe M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Administración San 2001; 5: 9-17

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Está bien creer, como el autor, que la crisis de las vacas locas provocará un cambio social y profesional, aunque es poco esperable. El texto resulta interesante por reflejar el punto de vista de un salubrista en funciones de político en la España de las autonomías. El Consejo Interterritorial es poco eficaz y hay poca capacidad de tomar decisiones lógicas: se han transferido las competencias y no existe una estructura que soporte su funcionamiento. Como señala el firmante, las sociedades científicas no aceptan su papel y se mantienen al margen, con lo que no existe una autoridad científica que pudiera ayudar en la toma de decisiones.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** MPF

## S-2.483 *Encefalopatías espongiformes transmisibles (EET) o enfermedades producidas por priones*

**Autores:** Bermejo F, Muñoz D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Administración San 2001; 5: 27-44

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** A veces, las epidemias tienen efecto favorable, al menos en lo científico. La histeria de las vacas locas conlleva revisiones y actualizaciones sobre las encefalopatías espongiformes, como la que se comenta. Los autores, del hospital 12 de octubre de Madrid, hacen historia del problema de las infecciones por "virus lento", lo que se ha demostrado que eran priones, y le dedican un apartado específico a su mecanismo de acción. Destacan la importancia de las formas alélicas del codón 129 del gen de la PRNP, y así todos los casos de transmisión a humanos se han dado en homocigóticos para la metionina.

**Referencias bibliográficas:** 51

**Revisor:** MPF

## S-2.484 *Reviewing the reviewers: the quality of reporting in three secondary journals*

### (Las revistas de resúmenes pueden mejorar su calidad)

**Autores:** Devereaux PJ, Manns BJ, Ghali WA, Quan H, Guyatt GH

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2001; 164: 1573-1576

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Es difícil mantenerse al día, lo que explica la proliferación de revistas de resúmenes (se incluye SEMERGENBIBLIO, que más que resúmenes publica comentarios). Los autores, canadienses, se preguntan por la calidad de dichas revistas, y evalúan la de tres clásicos: ACP, J Watch e Internal Medicine Alert. Uno de los autores es miembro del consejo de ACP, que resulta la mejor con mucho. Las tres pueden mejorar, pues ninguna incluye comentarios sobre el éxito de la aleatorización, y hablan poco acerca del éxito del enmascaramiento, o sobre riesgo relativo, absoluto y número de pacientes a tratar.

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** MPF

## S-2.485 *Car phones and car crashes: some popular misconceptions*

### (El uso del teléfono móvil mientras se conduce aumenta los accidentes)

**Autores:** Redelmeier DA, Tibshirani RJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2001; 164: 1581-1582

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Este editorial está escrito por los autores de un artículo, publicado en el *New England Journal of Medicine*, que demostró claramente una asociación entre el uso del teléfono móvil y los accidentes de coche. Ahora hacen un comentario excelente acerca de dicho artículo y de los sesgos del mismo. Todo para demostrar que los resultados fueron menos espectaculares de lo que podrían haber sido, al seleccionar sólo a los conductores que dieron su consentimiento, y sólo a accidentes sin lesiones personales.

**Referencias bibliográficas:** 14

**Revisor:** MPF

## S-2.486 *Eutanasia: ¿son igualmente legítimas la acción y la omisión?*

Autores: Thomas H

Revista/Año/Vol./Págs.: Cuadernos Bioética 2001; 12: 1-14

Calificación: Bueno

**Comentario:** Los autores alemanes han destacado siempre en ética, filosofía y derecho. En este caso se traduce un artículo publicado en 1993 sobre un caso práctico de una anciana terminal. El autor examina las alternativas y se pronuncia claramente en contra de la eutanasia. El razonamiento es interesante, aunque el lector discrepe de su conclusión. Los casos límite convierten las alternativas en éticamente neutrales, de forma que la acción u omisión depende más de la concepción previa del médico hacia la vida y la muerte que del propio caso clínico.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

## S-2.487 *Towards improvement of the accuracy and completeness of medication registration with the use of an electronic medical record (EMR)*

**(Mejora informática de la adecuación de prescripción y diagnóstico)**

Autores: Wal AH, Smith RJA, Werf GT, Jong BM

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2001; 18: 288-291

Calificación: Bueno

**Comentario:** Los registros informáticos están bien lejos de la futura historia clínica electrónica, pero no está mal que vayamos valorando las mejoras de lo que hay. En este caso en Holanda, en la región de Groningen, con seis grupos de médicos generales, a los que se les cambia el programa informático de la historia clínica. El nuevo ayuda a la codificación de medicamentos y diagnósticos, y logra que mejore la precisión del registro tanto del medicamento como de su indicación.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

## S-2.488 *Written information for treating minor illness*

**(Folletos para síntomas/enfermedades menores)**

Autores: Fitzmaurice DA

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2001; 322: 1193-1194

Calificación: Bueno

**Comentario:** El autor del editorial comenta dos artículos publicados en ese número del *British Medical Journal* sobre la falta de eficacia de la distribución de folletos a los pacientes. Son los típicos “¿qué hacer en caso de...”, que pretenden racionalizar el uso de las consultas en enfermedades menores. Como destaca el editorialista, son resultados previsibles, pues es de ilusos esperar que con el simple envío de folletos se logra algo, aunque se empleen por miles. Eso si se supone que son correctos (el 48% de los folletos sobre asma no cumplían normas básicas de la Sociedad Británica de Tórax).

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

## S-2.489 *What to do when blood pressure is difficult to control*

**(¿Qué hacer ante una hipertensión que no responde?)**

Autores: O'Rourke JE, Richardson WS

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2001; 322: 1229-1232

Calificación: Bueno

**Comentario:** A veces a los pacientes hipertensos no les baja la presión. Lo primero es descartar que no tengan hipertensión, claro, por lo que conviene que se tomen la presión en casa, o en lugares por personas distintas del médico. Si persiste la hipertensión sin control y el paciente hace correctamente el tratamiento hay que buscar causas de hipertensión secundaria, o medicación que provoque aumento, desde la píldora anticonceptiva a descongestivos nasales; por supuesto, el consumo excesivo de alcohol también aumenta la presión.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

## S-2.490 *Preventing transmission of hepatitis B virus from people with chronic infection*

**(La prevención de la transmisión de la hepatitis B crónica a partir de los enfermos)**

Autores: Weinberg MS, Gunn RA, Mast EE, Gresham L, Giusberg M

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Prev Med 2001; 20: 272-276

Calificación: Bueno

**Comentario:** Este es un trabajo “pequeño”, pero muy interesante. Entrevistan telefónicamente a 69 pacientes con hepatitis crónica B, y lo intentan con sus médicos; logran encontrar a 65 médicos y a 50 pacientes, y comparan sus respuestas. Sorprendentemente, 7 pacientes no sabían que habían dado positivo en el análisis. Como era de esperar, los médicos aconsejan poco sobre prácticas sexuales para evitar transmitir la enfermedad y sólo el 55% de los profesionales aconseja la vacunación de los contactos sexuales y miembros del mismo hogar. Todo un amplio vacío a llenar.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

## S-2.491 *A randomised controlled trial of screening for adult hearing loss during preventive health checks*

**(El cribado auditivo tiene poco efecto en la evitación del ruido)**

Autores: Karlsmose B, Lauritzen T, Engberg M, Parving A

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2001; 51: 351-355

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Las revisiones de salud indiscriminadas, del tipo de las de empresa en España, son inútiles. En Dinamarca se preguntan si el examen de salud con audiometría sirve, al menos, para evitar la exposición al ruido de los que tienen pérdida auditiva. Realizan un ensayo clínico con base poblacional, con 1.507 personas de 30 a 49 años, con audiometría y consejo según el grado de sordera. Hay dos grupos de intervención, uno con consejo del médico general. Al cabo de 5 años los resultados son escasos o nulos acerca de evitar las fuentes de ruidos intensos.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

## S-2.492 *Why inequalities in health matters to primary care*

(Por qué son importantes las desigualdades en salud)

**Autores:** Smeeth L, Heath I

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2001; 51: 436-437

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El Colegio de Médicos Generales del Reino Unido ha puesto en marcha un grupo de trabajo sobre desigualdad (a lo mejor alguna vez vemos algo parecido en España). La cuestión es capital para los médicos generales, como señalan los autores, ingleses. Se trata de tener claro que: a) puede lograrse mucha salud con medidas fiscales y legales; b) los servicios médicos incrementan muchas veces la desigualdad; c) los copagos aumentan la desigualdad; d) la buena práctica clínica tiene impacto en la salud pública y e) se necesita investigación que mejore la prestación de nuestros servicios para no incrementar la desigualdad en salud.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

## S-2.493 *A new paradigm for HIV care: ethical and clinical considerations*

(La cooperación con el paciente con sida para lograr el cumplimiento del tratamiento)

**Autores:** Noring S, Dubler NN, Birkhead G, Agins B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Public Health 2001; 91: 690-694

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El sida es enfermedad atractiva, y los pacientes que lo sufren tienen prebendas de las que carecen otros. Por ejemplo, los autores que examinan el problema del tratamiento del sida, complejo y caro, difícil de cumplir por pacientes en malas situaciones sociales. Sin embargo, argumentan, esta dificultad no debe justificar el abandono de los pacientes, o el paternalismo de los médicos al decidir qué pacientes tienen posibilidades de seguir el tratamiento y, por tanto, de iniciar lo. Naturalmente, es absurdo, y los autores reclaman la exigencia ética de compartir decisiones con los pacientes.

**Referencias bibliográficas:** 29

**Revisor:** JG

## S-2.494 *Community assessment in a vertically integrated health care system*

(Valoración geográfica de necesidades y recursos en la comunidad)

**Autores:** Plescia M, Koontz S, Laurent S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Public Health 2001; 91: 811-814

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Se habla siempre de la "comunidad", pero más como una entelequia que como una realidad, de forma que es interesante ver cómo se puede pasar de la teoría a la práctica en un sitio tan adverso a la cuestión como los EE.UU. Los autores utilizan fuentes diversas (mortalidad, consultas urgentes, encuestas, uso de ambulancias, facturas de hospitales y demás) para valorar la necesidad y recursos de una población concreta. Logran la colaboración entre clínicos, salubristas y líderes locales, y analizan necesidades y recursos según límites geográficos.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

## S-2.495 *Introduction and overview [ $\beta$ -blocker therapy and chronic heart failure]*

(Bloqueadores beta en la insuficiencia cardíaca)

**Autores:** Gheorghiade M, Bonow RO

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2001; 110: 1S-5S

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los bloqueadores beta son medicamentos poco utilizados; los médicos los "olvidan" en el tratamiento de la hipertensión, o como prevención tras el infarto de miocardio. Hay otro campo más, su uso en el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, en el que parece que se repetirá el mismo "olvido". Aunque los pacientes mueran antes de tiempo. Este artículo es el primero de una separata dedicada a la cuestión; los autores dejan claro que los bloqueadores beta se deben utilizar por los médicos generales en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca.

**Referencias bibliográficas:** 42

**Revisor:** JG

## S-2.496 *Declining rate of substance abuse throughout the month*

(Más abuso de drogas, a primeros de mes)

**Autores:** Halpern SD, Mecham C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2001; 110: 347-351

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En Madrid hay más coches circulando a primeros que a finales de mes, al parecer por la alegría del gasto cuando se recibe el pago del salario. ¿Sucederá lo mismo con el uso de drogas, incluyendo el alcohol? Los autores, de Pensilvania, EE.UU., estudian 7 años seguidos de consultas urgentes en un hospital urbano, y comparan las urgencias psiquiátricas con las consultas urgentes por abuso de drogas; hubo 2.403 pacientes de este último grupo, contra 10.501 del grupo general.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

## S-2.497 *Medical therapy for coronary artery disease works, even (especially) in the real world*

(Estudios observacionales contra ensayos clínicos: a propósito del uso de bloqueadores beta e IECA tras infartos de miocardio)

**Autores:** Lauer MS

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2001; 110: 497-498

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** En la vieja rivalidad entre la bondad de los ensayos clínicos y la maldad de los estudios observacionales hay mucha retórica. Lo destaca el editorialista, que comenta un trabajo sobre prevención de las complicaciones postinfarto de miocardio. Destaca el análisis de los datos observacionales con el método de valorar la "probabilidad de tratamiento" según la situación y características clínicas del paciente. Los médicos son más o menos propensos a recetar según variables que se pueden controlar, lo que facilita el análisis de los datos.

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** JG