

Con la colaboración de



S-3.554 *Regression of microalbuminuria in type I diabetes*

(La nefropatía diabética puede ser reversible)

Autores: Perkins BA, Ficociello LH, Silva KH, Finkelstein DM, Warran JH, Krolewski A

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2003;348:2285-93

Calificación: Muy bueno

Comentario: Este trabajo forma parte de un estudio acerca de la historia natural de la microalbuminuria en 1.602 pacientes diabéticos tipo 1, en seguimiento durante ocho años. Tuvieron microalbuminuria 421 pacientes, de los que se perdieron 25 en el seguimiento. En el 58% de los casos hubo regresión de la microalbuminuria, no se sabe bien por qué. No se asoció al uso de los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA). Si se asoció, independientemente, a varios indicadores de buena evolución de la enfermedad, como hemoglobina glucosilada de menos de 8%, baja presión sistólica, y cifras bajas de colesterol y de triglicéridos.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: MPF

S-3.555 *Genes, hormones, and pathways to breast cancer*

(La compleja interacción entre genes y hormonas en el cáncer de mama)

Autores: Hartge P

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2003;348:2352-4

Calificación: Bueno

Comentario: La autora, del National Cancer Institute, de EE.UU., comenta un artículo en el mismo número de la revista acerca del desarrollo de cáncer de mama en gemelas y mellizas. La cuestión es la influencia de los genes y su interacción con las hormonas, y la discusión de la autora es honrada e inteligente, pues se sabe poco y queda mucho para entender la cuestión. Parece que la pubertad precoz aumenta la expresividad y la penetrancia de los genes ligados al desarrollo del cáncer de mama. Pero lo que sabemos explica poco del total de la historia natural de dicho cáncer.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: MPF

S-3.556 *“Building” a history rather than “taking” one. A perspective on information sharing during the medical interview*

(No es hacer la historia clínica, sino entender al paciente)

Autores: Haidet P, Paternini DA

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2003;163:1134-40

Calificación: Bueno

Comentario: Los médicos tendemos a “hacer” la entrevista clínica, la historia clínica, no a “tratar de entender al paciente”, como demuestran los autores, en un artículo que obliga a pensar.

La cuestión clave es que no hay calidad científica si no se comparten temores, sentimientos y planes con el paciente, si no se le deja expresar lo que le preocupa y si no se le involucra en las soluciones propuestas. El médico debería utilizar la entrevista clínica para dejar aparte sus ideas preconcebidas, su estructura mental y sus esquemas de las patologías, y ser capaz de escuchar al paciente. Se incluyen un par de ejemplos preciosos acerca de la doble perspectiva, paciente y médico, sobre un mismo caso.

Referencias bibliográficas: 67

Revisor: MPF

S-3.557 *In-hospital mortality following acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary diseases*

(Baja mortalidad intrahospitalaria de los pacientes ingresados por exacerbación aguda sin EPOC)

Autores: Patil SP, Krishnan JA, Lechtzin N, Diette GB

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2003;163:1180-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: Es frecuente que ingresemos a un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) por exacerbación aguda de su disnea y su hipoxemia, y en muchos casos nos deja mal sabor de boca, por la posibilidad de muerte, pero los autores demuestran que la mortalidad es baja, en general. Utilizan una muestra de 71.130 pacientes ingresados en hospitales estadounidenses, en los que la mortalidad intrahospitalaria sólo fue del 2,5%. Aumenta la probabilidad de muerte la presencia de otras enfermedades, la edad avanzada, el ser varón, tener mayores ingresos, y el ingreso por urgencias.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: MPF

S-3.558 *Asociación entre consumo de antiinflamatorios no esteroideos e insuficiencia cardíaca congestiva*

Autores: Laredo L, Rodríguez A, Vargas E, Moreno A, Cruz A, de Dios J

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003;120(17):658-60

Calificación: Bueno

Comentario: En individuos susceptibles y ancianos, el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se ha relacionado con el desarrollo de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) (atribuible al bloqueo de la síntesis de prostaglandinas). En este estudio de casos y controles, realizado en 10 hospitales de Madrid, el uso de AINE en las semanas previas, se asoció a un mayor riesgo de ingreso hospitalario por ICC. Por tanto, precaución con el uso de AINE en pacientes cardiovasculares, sobre todo ancianos con antecedente de insuficiencia cardíaca.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-3.559 *Acceso telefónico para sordos al Sistema de Emergencias Sanitarias 061*

Autores: Raya JA, Martín C, Gómez FJ, Castillo M
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003;120(17):663-9

Calificación: Informativo

Comentario: ¿Cómo podría un sordo comunicarse eficazmente con el 061? Mediante la voz no, pero si con un fax y comunicación gráfica, como han estudiado en el Sistema de Emergencias y la Facultad de Medicina de Granada, utilizando un cuestionario gráfico en el que el paciente refiere su problema y el 061 le da acuse de recibo, incluso con consejos para antes de que lleguen los recursos sanitarios asignados. Hay cosas relativamente sencillas que pueden ser muy útiles para algunas personas discapacitadas. Los cuestionarios empleados pueden ser muy útiles también para recoger los datos de personas no sordas que llaman a los centros de urgencias.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: MARL

S-3.560 *Efecto de la administración temporalizada del ácido acetilsalicílico a dosis bajas sobre la tensión arterial en pacientes hipertensos*

Autores: Hermida C, Ayala DE, Calvo C, López JE, Fernández JR, Mojón A, et al
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003;120(18):686-92

Calificación: Muy bueno

Comentario: El ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis bajas disminuye la tensión arterial (TA) en sujetos normotensos en función de su momento de administración. Y por lo demostrado en este estudio, también en hipertensos cuando se toman 100 mg de AAS por la noche: disminuyó la TA sistólica una media de 7 mmHg y la diastólica 5 mmHg, sobre todo durante las horas de actividad diurnas. El mecanismo es desconocido, pero conviene tenerlo en cuenta a la hora de tratar con AAS a pacientes hipertensos, especialmente los que reciben medicación antihipertensiva, que pueden lograr un mejor control si toman el AAS por la noche.

Referencias bibliográficas: 50

Revisor: MARL

S-3.561 *Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión*

Autores: Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP)

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003;120(18):693-700

Calificación: Bueno

Comentario: La depresión es un problema frecuente en la población e instrumentos como la Escala de Valoración de Hamilton (de 6, 17, o 21 ítems, que se recoge como anexo en este trabajo), es útil para valorar su gravedad y sus cambios. Lo más destacable de este estudio es que concluye que la escala de 6 ítems presenta similares rendimientos psicométricos que las otras y requiere mucho menos tiempo para su aplicación, por lo que sería recomendable para la consulta de Atención Primaria. Las de 17 o 21 ítems, se reservarían para estudios clínicos.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: MARL

S-3.562 *Linking laboratory and pharmacy. Opportunities for reducing errors and improving care*

(El cruce de datos de laboratorio y de prescripciones mejora la atención)

Autores: Schiff GD, Klass D, Peterson J, Shah G, Bates DW

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2003;163:893-900

Calificación: Muy bueno

Comentario: La mejora de la atención clínica es un proceso continuo que exige lo mejor de los médicos y de los recursos a su disposición. En este trabajo se exploran las posibilidades del cruce de datos entre los resultados analíticos y los de prescripción, con ejemplos concretos que abrumarán, por su sencillez de aplicación y por la frecuencia de los errores que cometemos al no utilizarlos. Este es el tipo de aplicación que uno esperaría de las nuevas tecnologías y de la historia clínica electrónica. Por ejemplo, evitar el 14% de los errores de prescripción, que se deben a las dosis excesivas en pacientes con insuficiencia renal o hepática. Simple y sencillo.

Referencias bibliográficas: 61

Revisor: JG

S-3.563 *Patient attitudes toward continuity of care*

(Los pacientes crónicos valoran en mucho la continuidad de la atención)

Autores: Pereira AG, Pearson SD

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2003;163:909-12

Calificación: Bueno

Comentario: Las relaciones humanas se basan en el conocimiento, y más cuando se refieren a cuestiones sensibles y confidenciales como la atención clínica. ¿Creen los pacientes que es importante la continuidad, el tratar con un médico que conozcan y que sepa su historia médica? En este estudio, hecho en Harvard, EE.UU., el 92% de los pacientes contesta que sí, y sólo el 2% que no, pero el valor que se atribuye a la continuidad es mayor en grupos específicos de pacientes. Por ejemplo, es menos importante para varones sanos, que no están dispuestos a pagar con tiempo y/o dinero el obtener mayor continuidad.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-3.564 *A clinical prediction rule to identify patients with atrial fibrillation and a low risk for stroke while taking aspirin*

(El 24% de los pacientes con fibrilación auricular no necesita anticoagulación, sino antiagregación)

Autores: Walraven C, Hart R, Wells GA, Peterson P, Koudstaal PJ, Gullor AL, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2003;163:1939-43

Calificación: Excelente

Comentario: La fibrilación auricular conlleva la formación de coágulos en la aurícula, por la estasis sanguínea. El tratamiento anticoagulante disminuye la frecuencia de los ictus consecuentes a la formación de los trombos auriculares. ¿Hay que tratar a todo el mundo? No. Por ejemplo, no a los que tienen riesgo de caídas; tampoco a los que tienen muy bajo riesgo de ictus. Los autores, multinacionales, demuestran que no precisan anticoagulantes sino acetilsalicílico los pacientes sin ictus previo, sin

hipertensión, sin diabetes y sin síntomas de enfermedad coronaria (el 24% del total de los pacientes con fibrilación auricular).

Referencias bibliográficas: 50

Revisor: JG

S-3.565 *No more free lunches. Patients will benefit from doctors and drug companies disentangling*

(Necesitamos transparencia en la relación entre médicos e industria farmacéutica)

Autores: Abbasi K, Smith R

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003;326:1155-6

Calificación: Bueno

Comentario: Los médicos hemos terminado abducidos por la industria farmacéutica hasta un punto en que resultan perjudicados desde los pacientes a los propios médicos y la industria farmacéutica. El *British* ha dedicado un número entero a este problema, con una portada durísima. El editorial que se comenta presenta el número y deja claro que necesitamos a la industria y que los médicos no somos tan inocentes como nos gustaría. Lo fundamental es restablecer una relación honrada y clara que facilite la mejora de la prescripción, la salud del paciente y la integridad de los médicos, al tiempo que no dificulte el desarrollo de la industria farmacéutica.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-3.566 *Information from drug companies and opinion leaders. Double standards in information for medical journals and practitioners should go*

(La diseminación de información sobre medicamentos no puede tener un doble rasero)

Autores: Liberati A, Magrini N

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003;326:1156-7

Calificación: Bueno

Comentario: Dicen que la información es poder. Al menos es capacidad independiente de decisión. Y un bien caro y escaso. Los autores de este editorial, italianos, destacan con dos ejemplos concretos y además, existe un doble rasero de información, de forma que lo que los interesados dicen en los artículos en los que publican sus resultados tiene poco que ver con lo que se les dice a los médicos clínicos. En los artículos se suele respetar, en lo que cabe, la ortodoxia de los ensayos clínicos. En la práctica se inclina la balanza de los beneficios del medicamento considerado, para forzar su utilización.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-3.567 *Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review*

(El que paga manda; también en los ensayos clínicos)

Autores: Lexchin J, Bero LA, Djulbejovic B, Clark O

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003;326:1167-70

Calificación: Muy bueno

Comentario: Es difícil la independencia, y más cuando el poderoso es quien financia tu trabajo. Por ello, no es extraño que los ensayos clínicos pagados por la industria farmacéutica (la inmensa mayoría) produzcan resultados favorables a los productos de los patrocinadores. Los autores, americanos (de Brasil, Canadá y EE.UU.), analizan la literatura al respecto y demuestran que, al menos, los ensayos clínicos patrocinados por la industria no son de peor calidad. Pero, no saben bien por qué, dichos ensayos clínicos son favorables al producto del patrocinador.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-3.568 *How to dance with porcupines: rules and guidelines on doctor's relation with drug companies*

(Relación de normas y códigos de buena conducta en la relación de los médicos con la industria farmacéutica)

Autores: Wager E

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003;326:1196-8

Calificación: Informativo

Comentario: En un mundo ideal, sueño de los anarquistas, no serían necesarias normas de conducta, pues todos somos buenas personas. En el mundo real, la normas de conducta sirven de poco si no se refuerzan con legislación penal. La autora, inglesa, hace un repaso a los códigos de conducta que intentan regular la relación entre la industria farmacéutica y los médicos, tanto respecto a la publicación de resultados como al proceso de comercialización de los medicamentos. Incluye una buena relación, pero se limita al mundo anglosajón.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: JG

S-3.569 *Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows*

(Los anuncios en las revistas médicas y la financiación de las mismas)

Autores: Smith R

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003;326:1202-5

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las revistas médicas viven de la publicidad, como la mayoría de los medios de comunicación. Incluso las mayores y prestigiosas revistas científicas admiten anuncios. ¿Qué consecuencias tiene para su independencia y para sus lectores? Quien firma el artículo que intenta responder a esta cuestión es el director del *British* y lo hace con honradez. La cuestión clave es que no hay por qué oponerse a la publicidad si se mantiene en niveles aceptables de calidad y cantidad. Lo difícil es decir qué es un nivel aceptable. Y más difícil todavía, distinguir entre lo que es publicación científica y publicidad.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-3.570 *Medicamentos y lactancia*

Autores: Rosa L, Sangrador A

Revista/Año/Vol./Págs.: Bol Uso Racional Med SCS 2003;2:1-12

Calificación: Excelente

Comentario: Lo mejor es la alimentación natural, y no hay cosa más sana que la lactancia materna. La aceptación y la duración de la alimentación “al pecho” depende mucho del apoyo que demos los médicos a las madres. En este texto, cántabro, muy bien hecho, y excelente en su fundamento, se dan pautas para poder compatibilizar la lactancia y el tratamiento con medicamentos de la madre. Tiene una tabla en la que se hacen comentarios y propuestas alternativas, para poder usar algún medicamento de los distintos grupos analizados. Se dicen cosas que debemos saber e ignorar. Por ejemplo, que la rifampicina se excreta en la leche pero en cantidad que no representa riesgo, y que puede tenerla de color anaranjado. Pedidos al 942 835050

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-3.571 *Clinical trials. Multiple end points and multiple lessons*

(Los ensayos clínicos, si están bien hechos, son sólo una parte de la verdad)

Autores: Lauer MS, Topol EJ

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2003;289:2575-7

Calificación: Bueno

Comentario: Estamos llegando a identificar ensayo clínico con verdad, y no hay nada más lejos de la realidad. Los autores, de Cleveland, EE.UU., comentan dos artículos del mismo número en el que se analizan los ensayos clínicos en que se valoran los efectos con resultados intermedios, y los que tienen un diseño factorial. El problema es que lo objetivo es estudiar resultados finales, y el mejor y más cierto es la muerte. Cuando se estudian resultados intermedios, o algunos finales tan subjetivos como, por ejemplo, infarto de miocardio, es esencial que exista un comité independiente que certifique el evento sin saber si se da en un paciente del grupo control o experimental.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-3.572 *Case records of the Massachusetts General Hospital. Continuing to learn from the patient*

(Los casos clínicos del New England cambian el diagnóstico diferencial al problema del manejo y del tratamiento)

Autores: Harris NC

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2003;348:2252-4

Calificación: Informativo

Comentario: Los médicos somos torpes, y lo poco que nos hace cambiar es la experiencia con los pacientes concretos. Ese caso, ese paciente en su entorno, es la base del “caso clínico hospitalario”, del caso del New England, que todos hemos leído o considerado. En su acepción clásica se ha centrado en el diagnóstico diferencial, pero los tiempos han cambiado, y lo más importante empieza a ser la propia estrategia del diagnóstico y del tratamiento. La autora revisa someramente la historia de la publicación de estos casos (tiene citas de 1900, 1906 y 1920) y anuncia el cambio, necesario para que los casos clínicos mantengan su interés docente.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-3.573 *What is the predictive value of urinary symptoms for diagnosing urinary tract infection in women?*

(La presencia de nitritos en orina se asocia a infección urinaria en la disuria de la mujer)

Autores: Medina-Bombardó D, Seguí-Díaz M, Roca-Fusalba C, Llobera, The Disuria Team

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2003;20:103-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las mujeres tienen con frecuencia cistitis, o síntomas urinarios con la micción. Muchos médicos han enseñado a las mujeres que esos síntomas indican infección y que su tratamiento requiere antibióticos. Gran error. Los autores, españoles de Baleares, estudian a 414 mujeres con un episodio nuevo de cistitis. Son 35 médicos generales que registran los datos del cuadro clínico y hacen una tira de orina en la consulta, además de pedir un cultivo al laboratorio. Los síntomas aumentan poco la probabilidad pre-test de diagnosticar una infección bacteriana, excepto la presencia de nitritos en orina.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-3.574 *Referral for genetic counselling during pregnancy: limited alertness and awareness about genetic risk factors among GPs*

(El consejo genético en el embarazo, una asignatura pendiente)

Autores: Aalff CM, Smets E, Haes HCJM, Leschot NJ

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2003;20:135-41

Calificación: Bueno

Comentario: Una mujer embarazada es víctima fácil de tocólogos desaprensivos dispuestos a hacerle el test de Sullivan sin fundamento científico. Ahora se suman, los genetistas, dispuestos a aconsejarla. Este trabajo, holandés, está hecho por genetistas que aconsejaron a 100 mujeres embarazadas y obtuvieron su permiso para entrar en contacto con sus médicos generales. Sólo el 71% de los mismos habían intervenido en el proceso de derivación (para recibir consejo acerca del riesgo de retraso mental). Lo lamentable es que los médicos generales raramente habían hablado con sus pacientes acerca de estos problemas antes del embarazo.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-3.575 *Quality of recording of data from patients with type 2 diabetes is not a valid indicator of quality of care. A cross-sectional study*

(Los buenos registros no indican buenos cuidados)

Autores: Goudswaard AN, Lam K, Stolk RP, Rutten UEM

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2003;20:173-7

2003;163:1180-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: La historia clínica ayuda a prestar una mejor atención clínica, y los buenos registros suelen identificarse con buena atención. Los autores revisan las historias clínicas de 1.641 pacientes con diabetes tipo 2 tratados por sus médicos generales, y valoran la presencia de anotaciones acerca de 11 variables. Los registros dejan mucho que desear, pero no se encuentra una asociación entre el grado de registro de los datos y el

control de la diabetes. Dicha falta de asociación se comprueba paciente a paciente, o comparando centros de salud. La buena historia clínica es sólo una ayuda, no la solución a los problemas de la calidad de la atención clínica.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-3.576 *Gut defence*

(La defensina, un antibiótico natural segregado en el intestino)

Autores: Ganz T

Revista/Año/Vol./Págs.: Nature 2003;2003:422:478-9

Calificación: Informativo

Comentario: La infección por *Salmonella typhimurium* produce diarrea en los seres humanos, y un cuadro de tifus en los ratones. El autor, gringo, comenta un trabajo publicado en el mismo número en que se estudia la transferencia del gen que sintetiza la defensina humana en el colon al ratón. Los ratones transgénicos resisten la infección como los seres humanos, no desarrollan tifus, y la bacteria sólo provoca diarrea. Es decir, la defensina es un antibiótico natural, un péptido que inhibe el crecimiento bacteriano y que destruye las bacterias. Hay otras defensinas, como las que segregan los neutrófilos, o las que vierte el riñón a la orina, pero su función no se ha demostrado claramente.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-3.577 *Building a better tuberculosis vaccine*

(Puede y debe mejorarse la vacuna con BCG)

Autores: Young DB

Revista/Año/Vol./Págs.: Natur Med 2003;9:503-4

Calificación: Informativo

Comentario: La vacuna con BCG se ha abandonado en España, pues da protección frente a la tuberculosis infantil pero carece de eficacia frente a la tuberculosis del adulto. El autor, inglés, comenta un trabajo publicado en el mismo número donde se demuestra que la reintroducción de varios genes en el BCG aumenta su capacidad inmunogénica. Lo malo es que no conocemos bien la infección tuberculosa, aunque provoca dos millones de muertes anuales, y no está claro hasta qué punto es beneficiosa la reintroducción de dichos genes, y la consecuente síntesis de ESAT-6, una proteína de función desconocida, que al tiempo favorece la respuesta inmunitaria y la infección tuberculosa.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-3.578 *Brote de varicela en Herrera del Duque (Badajoz)*

Autores: Valadés FJ, Barrasa A, Peña E, Sánchez JF, Amela C, Pachón I, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2003;17:196-203

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las cosas vulgares no nos llaman la atención, y ahí siguen, vulgares por falta de atención. Por ejemplo, la varicela, enfermedad vacunable de la que desconocemos la epidemiología y la mejor edad para vacunar con efectos perdurables. Los autores, salubristas extremeños, estudian un caso de epidemia de varicela en un pueblo con 421 niños escolarizados. Hubo 75

casos identificados, el 95 % menores de 9 años. Lo bonito es que la epidemia empezó en noviembre de 2000 y tuvo una fase final explosiva a finales de febrero de 2001 que se explica por las actividades y reuniones en el colegio de la preparación del carnaval.

Referencias bibliográficas: 35

Revisor: JF

S-3.579 *Excellence in primary care research: which requirements are needed?*

(Una medicina general de calidad necesita nuevas facultades de medicina)

Autores: Kochen MM

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Gen Pract 2003;9-39-40

Calificación: Muy bueno

Comentario: Lograr una Medicina General de calidad, con investigación propia, no es tarea fácil. El autor, alemán, comenta el artículo siguiente (S-3.580) en el que se plantean algunas condiciones organizativas y legales que facilitan el desarrollo de la investigación en Medicina General. Sin embargo, el editorialista insiste en la necesidad de cambiar desde la raíz la formación de los médicos en las facultades, por profesores superespecializados en áreas a veces absurdas, con capacidades de investigación en laboratorio o estadística bien lejos de la clínica, y sin responsabilidades clínicas directas. Necesitamos otros profesores y otras facultades, no hay duda.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

S-3.580 *Conditions for research in general practice. Can the Dutch and British experiences be applied to other countries, for example Spain?*

(La medicina general española tiene las condiciones estructurales para desarrollar investigación de calidad)

Autores: Zee J, Kroneman M, Bolívar B

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Gen Pract 2003;9-41-7

Calificación: Bueno

Comentario: En España las cosas no van mal en investigación en Medicina General. El nivel medio es aceptable, si se compara con otros países. Los autores revisan un poco las características de la Medicina General en Holanda y el Reino Unido, y deducen qué es favorable a la investigación en la disciplina. Destacan cosas como la función de filtro, o el cupo, que no existen, por ejemplo, ni en Australia, ni en Canadá, ni en EE.UU., ni en Nueva Zelanda, sin que falte allí la investigación. En cualquier caso, el trabajo es interesante al demostrar que las condiciones seleccionadas también se dan en España, lo que augura un futuro prometedor.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-3.581 *Frequent attendance, socioeconomic status and burden of ill health. An investigation in the West of Scotland*

(A menos dinero peor salud y más necesidad de un buen médico general)

Autores: Wyke S, Hurt K, Walker J, Wilson P

Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Gen Pract 2003;9:48-55

Calificación: Excelente

Comentario: Los pobres dan más la vara en los servicios sociales y sanitarios, de forma que los médicos generales que atienden

a poblaciones marginales y pobres tienen más trabajo. ¿Van a esos puestos los médicos menos resolutivos? Los autores estudian a 1.477 escoceses adultos y analizan las condiciones asociadas a ser "gran usuario" según una encuesta de salud. Lo asociado a una mayor utilización, la pobreza, es una peor percepción de la salud, unos problemas de salud más graves, y un mayor nivel de ansiedad. Las demás circunstancias socio-económicas no son relevantes frente a estas variables de salud.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-3.582 *Aplicación de un método de detección precoz de retinopatía diabética en la Atención Primaria de Salud*

Autores: Sender MJ, Maseras M, Vernet M, Larrosa P, Puente ML, Foz M

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Clín Esp 2003;203:224-9

Calificación: Bueno

Comentario: Los autores, catalanes, utilizan una nueva tecnología en Atención Primaria, y demuestran que es útil. Se trata de la sencilla fotografía de fondo de ojo con retina no midriática. La aplicaron a 1.495 pacientes de tres áreas de salud, y analizaron la fotografía conjuntamente un oftalmólogo especializado y el médico general que tomó la fotografía. La prevalencia de retinopatía diabética subió del 15% al 28%, pero fueron graves pocas. Cuando se habla de nuevas tecnologías suele pensarse en tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía de emisión de positrones y similares. Pero cosas tan sencillas como la máquina de foto puede ser verdadera "nueva tecnología".

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MPF

S-3.583 *Nuevo método anticonceptivo: método persona*

Autores: Díez B

Revista/Año/Vol./Págs.: Sendagaiak 2003;16:13-4

Calificación: Informativo

Comentario: La autora da información valiosa acerca de un nuevo método de control de la natalidad (no "anticonceptivo" al uso habitual) que se basa en la determinación del pico hormonal previo a la ovulación. Antes de la ovulación hay dos picos, de estradiol (24 horas antes) y de hormona luteinizante (32 horas antes), y en orina se pueden determinar sus metabolitos. El método emplea varillas con anticuerpos monoclonales que cambian de color según la presencia de las hormonas en orina, y advierten a la usuaria acerca de la fertilidad. Es un método ca-ro, pero muy útil en mujeres con ciclos regulares.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: MPF

S-3.584 *Antipsicóticos atípicos: ¿presentan ventajas?*

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: INFAC 2003;6:25-30

Calificación: Bueno.

Comentario: Los nuevos antipsicóticos no aportan nada sustancial frente a los antiguos neurolepticos. Los autores, vascos, revisan a fondo la cuestión y las indicaciones de los antipsicóticos atípicos; su eficacia parece similar en el tratamiento de la esquizofrenia, con pocas diferencias en los efectos adversos. Sólo pueden utilizarse en los episodios maníacos de la enferme-

dad bipolar la olanzapina y la risperidona. Y esta última está autorizada en las demencias con marcados síntomas psicóticos o alteraciones tipo agresión y/o trastorno de la actividad. No entiendo, pues, de donde viene el uso generalizado de los nuevos neurolepticos (antipsicóticos).

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MPF

S-3.585 *Escarlatina: una enfermedad actual (revisión de 165 casos)*

Autores: Sevilla P, Martino R, Carrasco A, Alonso M, Blanco JE, García JE

Revista/Año/Vol./Págs.: Acta Pediatr Esp 2003;61:292-5

Calificación: Bueno

Comentario: Los autores, de Alcalá de Henares (Madrid), demuestran que la escarlatina existe. Revisan 239 informes de tres años de trabajo en pediatría hospitalaria, y consideran bien diagnosticados a 165 casos. Lo típico es la faringitis seguida del exantema (de cuello a la periferia), en papel de lija, que respeta palmas y plantas, la lengua aframbuesada y la palidez peribucal. Lo raro es que se ve con más frecuencia en edades tempranas y, así, el 83% de los casos eran menores de cinco años. En ningún caso se desarrolló posteriormente fiebre reumática o glomerulonefritis postestrepotocócica.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: MPF

S-3.586 *¿Hay que reducir el colesterol LDL de todos los diabéticos por debajo de 100 mg/dl?*

Autores: Grupos de Dislipemia y Diabetes de la Sociedad Española de Medicina de Familia

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003;120(18):717

Calificación: Bueno

Comentario: La American Diabetes Association ha propuesto como objetivo terapéutico en todos los diabéticos una c-LDL < 100 mg/dl, basándose en estudios realizados en países con elevadas tasas de cardiopatía isquémica. En esta carta al director, médicos de la Semfyc consideran excesiva dicha recomendación para nuestro medio y para pacientes diabéticos sin elevado riesgo coronario (sin microalbuminuria ni riesgo superior al 20% en 10 años) recomendarían como objetivo c-LDL < 130 mg/dl. Parece un objetivo más realista y alcanzable (y más barato), y quizás no se traduzca en efectos perjudiciales para su salud.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-3.587 *Control de la hipertensión arterial basado en la automedición ambulatoria de la presión arterial: estudio APACHE*

Autores: Redon J, en representación de los investigadores del Estudio APACHE

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003;120(19):728-33

Calificación: Bueno

Comentario: Otro estudio destacando lo mal controlados que están los hipertensos y, como casi todos los de este tipo, financiado por la industria. Se estudió a 9.227 hipertensos no diabéticos con tratamiento farmacológico, de 746 consultas de atención primaria, mediante automedición de TA domiciliaria (6 tomas). Sólo el 15,5% se consideró que tenían un buen control ([TA] < 130/80). La TA media fue de 138,4/85,4 mmHg, que tampoco es tan alta. ¿No estaremos pretendiendo medicar mucho más a los hipertensos? Quizás tendríamos que cen-

trar nuestros esfuerzos en los que realmente están mal controlados, sin pretender "forzar" las cifras tanto como se está haciendo últimamente

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: MARL

S-3.588 *Ante todo, nunca bajar la guardia*

Autores: Palomo V, Morales F, Orlo E, Liaño A

Revista/Año/Vol./Págs.: Medicina General 2003;52:226-7

Calificación: Bueno

Comentario: Recientemente la revista Medicina General inició una interesante sección de "Errores Médicos". Y aunque no todo lo que se recoge en ella pueden ser considerados errores desde el punto de vista médico, sí deben servirnos de reflexión. Tal es el caso que se presenta en esta cita, de un varón de 72 años con un episodio de insuficiencia cardíaca secundaria a anemia (con antecedente de hemorragias digestivas por hernia de hiato y *ulcus*), tratado empíricamente con omeprazol y hierro, mejorando. A los 7 meses se diagnosticó de cáncer de colon. ¿Habría estado justificado inicialmente comprobar el sospechado origen de la anemia? A veces es lógico dejar evolucionar los cuadros, dejar las cosas a su evolución.

Referencias bibliográficas: 3

Revisor: MARL

S-3.589 *La evidencia del cribado del cáncer de mama: la historia continúa*

Autores: Borrás JM, Espinás JA, Castells X

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2003;17(3):249-55

Calificación: Muy bueno

Comentario: A partir de los resultados de los mismos o similares ensayos clínicos, las recomendaciones basadas en la "evidencia" no son siempre las mismas. Y como ejemplo, la controversia existente respecto a la eficacia del cribado mamográfico (en lo referente sobre todo a la valoración de la mortalidad total frente a la debida a cáncer de mama y al tratamiento más agresivo en las mujeres cribadas). Aunque los autores de esta revisión son partidarios del cribado mamográfico poblacional en las mujeres de 50 a 69 años, aconsejan informar a la población de los beneficios, pero también de las incertidumbres y los riesgos (que no son pocos). Sería lo más honrado.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: MARL

S-3.590 *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*

Autores: Ortún V (Editor)

Revista/Año/Vol./Págs.: Barcelona; Masson: 2003

Calificación: Muy bueno

Comentario: De vez en cuando vale la pena sentarse a estudiar un rato, y pensar un poco. Para ello sirve este libro, aunque no esté pensado para médicos generales. El coordinador es economista de la salud, barcelonés, y sin embargo se le entiende muy bien, tanto en el prefacio como en los dos capítulos que escribe. Los otros capítulos son también de firmas interesantes, co-

mo Banegas, Rodríguez Artalejo, Salvador Peiró y Ricard Menau, y las cuestiones que plantean obligan a pensar. Las cuestiones clave son: centrar el trabajo en "crear" salud (o no deteriorarla, al menos), entender la cultura diferente de médicos y gestores, y hacer la gestión más clínica, y la clínica más consciente de la gestión. Parece fácil, ¿no?

Referencias bibliográficas: libro

Revisor: JG

S-3.591 *Explorando otros modelos de gestión de servicios sanitarios: el ejemplo del Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE)*

Autores: Benevent J, Juan C

Revista/Año/Vol./Págs.: Cuadernos Gestión Profesional Aten Primaria 2003;9:61-9

Calificación: Informativo

Comentario: En Medicina General podemos prestar servicios gratuitos en el punto de la atención, y de financiación pública de mil maneras distintas. En este trabajo se expone la filosofía y organización del CAPSE, un macro-centro de salud (44 médicos de un total de 103 trabajadores) localizado en el propio Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, que es parte del consorcio. Así pues, el cordero se aloja en casa del lobo, lo que favorece mucho la coordinación pero hace peligrosa la convivencia. No tiene mal aspecto y en el texto se incluye una de crítica dura acerca de la labor de enfermería en los centros de salud.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-3.592 *Valoración de la situación de la sanidad pública en la Comunidad de Madrid, y propuestas para su mejora*

Autores: ADSP de Madrid

Revista/Año/Vol./Págs.: Salud 2000 2003;92:16-9

Calificación: Bueno

Comentario: Los cambios de la población y de los servicios sanitarios llevan al deterioro de lo público, que se concibe como una prestación de "beneficencia", para ancianos, inmigrantes y pobres. Por eso da gusto leer esta propuesta de la sección madrileña de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, por mucho que algunas de sus propuestas sean *naïf* (por ejemplo, reducir el cupo a 1.200 por médico general y 1.000 por pediatra). Lo importante es que se atreve a hacer un análisis de la situación y deja claro que Madrid aceptó unas transferencias miserables, con 800 euros de gasto *per capita* frente a 837 de media en España.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-3.593 *Ética de la prescripción*

Autores: Marijuán M

Revista/Año/Vol./Págs.: INFAC 2003;2:11-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: Todos queríamos ser buenos prescriptores y prescribir bien, pero no es fácil, como no es fácil ser un buen mé-

dico general, por más que uno lo intente. En este trabajo, de una profesora de ética de la Universidad del País Vasco, se da un repaso inteligente a la cuestión, y se destaca que lo importante es ser prudente, "saber tomar decisiones en condiciones de incertidumbre". Incluye un listado de trece cuestiones de macro y meso-ética (legislación, financiación, y demás) y cuatro de micro-ética (eficacia, efectividad, seguridad, eficiencia, presentación y adecuación a cada paciente). El mensaje es positivo, pues si bien la cuestión es difícil, el desarrollo moral no acaba nunca, excepto con la muerte.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-3.594 *La relación con la industria farmacéutica: una cuestión de alta prevalencia en medicina de familia*

Autores: Altisent R

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria 2003;32:106-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las relaciones con la industria farmacéutica necesitan de una mejora, de mayor transparencia y de más independencia. No es fácil para los médicos volver a ocupar el lugar que les corresponde, ni para la industria poner en su sitio a los médicos que piden lo que no deberían pedir. A todo ello ayuda este texto, de un médico aragonés muy conocido respecto a cuestiones éticas. Lo importante es la ética de la prescripción, el ser capaz de dar sentido a la libertad de prescripción y elegir lo que más conviene al paciente (medicamento eficaz, apropiado, seguro, que acepta al paciente y que tiene en cuenta el coste para la organización y el propio paciente).

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-3.595 *Nemantina*

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: Nuevo Medicamento a Examen 2003;75:1-2

Calificación: Informativo

Comentario: La enfermedad de Alzheimer es terrible y muy frecuente, lo que explica el ansia por descubrir un medicamento que sea útil en su tratamiento. Lamentablemente, todavía no se ha encontrado nada realmente útil. En esta "ficha de transparencia" vasca se analiza un nuevo medicamento comercializado, la nemantina, que bloquea los efectos de los niveles de glutamato elevados patológicamente en la enfermedad de Alzheimer. La nemantina ha logrado mejoras levísimas (estadísticamente significativas) en los ensayos clínicos, pero no se sabe si eso es útil. Hay, pues, experiencia clínica insuficiente.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-3.596 *¿Fraude en las publicaciones científicas? Ventajas en materia de seguridad de celecoxib y rofecoxib*

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: Bol Terapéutico Andaluz 2003;19:5-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los ensayos clínicos tienen el mismo problema que la prevención: sólo se ve su lado bueno. Pero los ensayos clínicos, en muchos casos, sólo sirven para promocionar el medicamento del laboratorio patrocinador. Entre los últimos escándalos está la publicación de dos ensayos sobre nuevos antirreumáticos, CLASS y VIGOR. A ello se dedica este texto, que llama la atención sobre el fraude y la falta de ética de los que publicaron resultados parciales, favorables al producto estudiado, a sabiendas de que el resultado global era desfavorable. ¿A quién le importan los pacientes? En fin, es un texto que conviene leer y tener, para frenar a tanto "enamorado" de los ensayos clínicos.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-3.597 *No todo ojo rojo es una conjuntivitis: diagnóstico diferencial del ojo rojo*

Autores: Felipe R, Díaz S

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Gen 2003;54:349,52

Calificación: Bueno

Comentario: La patología ocular es frecuente en la consulta, y domina la conjuntivitis, el ojo rojo. Los autores, madrileños hacen la típica revisión, pero les queda muy bien, y da gusto leer el artículo. Lo importante es que el ojo rojo no es siempre una conjuntivitis, y puede ser algo grave, como un glaucoma agudo (dolor intenso, midriasis, agudeza muy disminuida), o una uveítis (dolor sordo, miosis, agudeza disminuida), o una queratitis (dolor variable, pupila normal y agudeza visual normal, con opacidad de córnea). En fin, algo simple pero importante.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

S-3.598 *As diferenças regionais na adesão ao regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral até Janeiro de 2000*

(Las directrices superiores topan con los mandos intermedios)

Autores: Conceição C, Antunes AR, Lerberghe WV, Ferrinho P

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Port Clín Geral 2003;19:227-36

Calificación: Bueno

Comentario: La Asociación Portuguesa de Médicos Generales propuso en 1.990 que se cambiase del salario a una fórmula mixta. En 1.998 se publicó el decreto que introducía una nueva forma experimental de pago, en el que se combina salario con capitalización y pago por acto. Se pensó en 500 médicos voluntarios para 1999, pero a lo largo de los años se ha obtenido poco eco, y muy variable. Los autores, entrevistan a 38 responsables de la aplicación del nuevo plan, y para su sorpresa encuentran que la oposición se da en muchos de los gerentes regionales, que no entienden el fundamento de la reforma propuesta.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-3.599 *Vigilância epidemiológica da ocorrência de enfarte agudo do miocardio numa população de utentes de centros de saúde*

(En Portugal no se ingresa al 20% de los pacientes con infarto de miocardio)

Autores: Lopes A, Jorge P

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Port Clín Geral 2003;19:239-46

Calificación: Bueno

Comentario: Los infartos de miocardio son el pan nuestro de cada día, así que podríamos hablar mucho sobre ellos. Sin em-

bargo, cada día los médicos generales pintamos menos al respecto, y ni se habla del peligro de ingresar a algunos pacientes, ni de la conveniencia de que nosotros empezáramos la fibrinólisis. En este trabajo portugués se presentan los resultados de nueve años de registro por una red de 245 médicos "centinelas" que declararon 817 casos. La mortalidad fue de un 25% (13% para los casos nuevos y 40% para las recidivas). Ingresó en el hospital el 80%. La incidencia fue de 54 por 100.000.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-3.600 *Género y salud en la prensa diaria*

Autores: Revuelta G, Alonso I, Tomas S, Guerrero M, Rohlfis I

Revista/Año/Vol./Págs.: Quark 2003;27:14-23

Calificación: Bueno

Comentario: Los medios de comunicación sirven de eco a los cantos de sirena de los especialistas y las industrias tecnológicas y farmacéuticas. ¿Qué dicen los medios de comunicación? Las autoras exploran lo que se dice respecto a salud y las mujeres en los periódicos. Estudian cinco diarios, entre 1997 y 2001. La mayoría de lo que se dice sobre salud lo dicen hombres (81% del total de 40.522 nombres citados como fuente de información). Hay mención explícita de la mujer en más de

2.000 textos, en cuestiones relativas a cáncer, salud sexual y reproductiva, sida, y alimentación.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-3.601 *Estimación de la prevalencia de hipotiroidismo en Lleida a partir de la prescripción de hormonas tiroideas*

Autores: Serna MC, Galván L, Gascó E, Manrique M, Foie MM, Martín E

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública 2003;77:405-10

Calificación: Bueno

Comentario: El Sistema Nacional de Salud lleva decenios informaticizando las recetas. Con esa información, un tesoro, se hace muy poco. Por eso da gusto leer este artículo, de profesionales leridanos, en el que se utiliza la información de las recetas de medicamentos con hormonas tiroideas para deducir la prevalencia del hipotiroidismo. Con dos resultados interesantes: la dosis que se emplea es baja, y la prevalencia tratada (8,4 por mil habitantes) es menos de la esperada (12,4), tal vez por infradiagnóstico. Es una afección "femenina" pues afecta a cinco mujeres por cada hombre.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG