

## S-3.698 *Why do physicians think parents expect antibiotics? What parents report vs what physicians believe*

**(Los padres de niños con infecciones de vías altas sólo quieren seguridad, no antibióticos)**

**Autores:** Stivers T, Mangione R, Elliot MN, McDonald L, Heritage J  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Fam Pract* 2003;52:140-7

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** En este trabajo se entrevistó a los padres que traían a niños con catarro antes de la consulta, se registró la misma, y se entrevistó al médico después de la consulta (306 casos, de 10 médicos privados, en California, EE.UU.). Hay un malentendido que hace al médico prescribir antibióticos, cuando los padres sólo quieren saber de la gravedad y del diagnóstico. Convendría, pues, oír a los padres. Las infecciones respiratorias altas son el pan nuestro de cada día en los niños, durante el invierno. En su gran mayoría son infecciones víricas, y no necesitan antibióticos, pero muchas veces los prescribimos, a veces bajo la presión de los padres, a los que entendemos mal.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** MPF

## S-3.699 *Is pneumococcal vaccine effective in nursing home patients?*

**(Hay que vacunar contra la neumonía a los ancianos en asilos)**

**Autores:** McCormack O, Meza J, Martin S, Tatum P  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Fam Pract* 2003;52:150-4

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La revisión de dos ensayos clínicos y de varios estudios casos-control permite llegar a la conclusión de que es conveniente vacunar a los ancianos recluidos en asilos. El número necesario de pacientes a vacunar para evitar una neumonía es de 35. La bacteriemia por neumococo tiene una frecuencia del 10% al 20%, con un riesgo de muerte que apoya la necesidad de vacunación. Lo recomendable sería vacunar al anciano al ingreso, si no se tiene certeza sobre su estado vacunal previo (la revacunación se suele tolerar bien).

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** MPF

## S-3.700 *Are drug therapies effective in treating Bell's palsy?*

**(Ni los corticoides, ni las vitaminas ni el aciclovir son útiles en la parálisis facial a frigore)**

**Autores:** Shannon S, Horowitz SH  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Fam Pract* 2003;52:156-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los autores reconocen que utilizan los corticoides en la parálisis facial a frigore, y revisan la literatura al respecto. La conclusión de la Cochrane es clara y concisa: los corticoides

no demuestran un beneficio apreciable y los datos acerca del aciclovir no son concluyentes, por lo que no se pueden recomendar. El problema es que hay estudios de mala calidad que demuestran algún beneficio, pequeño pero suficiente para que muchos médicos los utilicen. También proponen el uso de inyecciones de vitamina B<sub>12</sub>, que algo hace. Todo un mundo por aclarar, en una patología frecuente.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** MPF

## S-3.701 *Does daily monitoring of blood glucose predict hemoglobin A1c levels?*

**(Las cifras de autocontrol de glucemia se correlacionan mal con las cifras de hemoglobina glucosilada)**

**Autores:** Rose E, Markova T  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Fam Pract* 2003;52:485-90

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los autores hacen una breve y sustanciosa revisión de los estudios en los que se ha intentado correlacionar las cifras de glucemia en autoevaluación, en diabéticos, con los resultados posteriores de la hemoglobina (Hb) glucosilada. Las glucemias predicen el 50% del la Hb A1c. Tienen mayor valor predictivo en pacientes tipo 2. Y se correlacionan mejor las cifras de la tarde, comparadas con las de las mañanas. Parece, pues, que habría que utilizar las cifras de glucemia para controlar el riesgo de hipoglucemias y las de Hb A1c para tener una idea de la evolución global. Pero las cosas no están claras.

**Referencias bibliográficas:** 13

**Revisor:** MPF

## S-3.702 *Profilaxis postexposición al virus de la inmunodeficiencia humana no ocupacional. Conocimientos y prácticas de profesionales y grupos de riesgo*

**Autores:** Almeda J, Allepuz A, Simon BG, Blasco JA, Esteve A, Casabona J  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2003;121(9):321-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La profilaxis postexposición no ocupacional al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es poco conocida entre los colectivos de riesgo y servicios de información sobre sida, según se desprende de este estudio realizado mediante encuestas a distintos colectivos. Entre los médicos dedicados a enfermedades infecciosas, esta profilaxis sí es conocida y utilizada, aunque con criterios muy heterogéneos, usándose en situaciones no indicadas. Los accidentes de riesgo no ocupacionales para contraer el VIH son frecuentes, por lo que es necesario disponer de recomendaciones claras sobre cómo actuar, sin olvidar que lo más importante es la prevención primaria.

**Referencias bibliográficas:** 26

**Revisor:** MARL

## S-3.703 Utilidad de la medición del riesgo coronario a partir de la ecuación de Framingham: estudio de casos y controles

**Autores:** Brotons C, Cascant P, Ribera A, Moral I, Permanyer G  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2003;121(9):327-30

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El cálculo del riesgo coronario en nuestro medio, utilizando los datos del estudio Framingham, está en general sobrevalorado. No obstante, en este estudio de casos y controles se observa que, en nuestro entorno, el umbral del 20% de riesgo a los 10 años es el que mejor clasifica a los pacientes. Existen estudios en marcha para poder calcular mejor el riesgo coronario en la población española; esperemos que dispongamos pronto de su información y sea útil en la práctica clínica. De todos modos, en general ya sabemos que debemos actuar sobre el tabaco, la hipertensión, la hipercolesterolemia, etc.

**Referencias bibliográficas:** 13

**Revisor:** MARL

## S-3.704 De la ecuación de Framingham a la prevención cardiovascular

**Autores:** Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2003;121(9):334-6

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** A raíz del estudio comentado en la cita anterior, los autores de este editorial señalan algunos aspectos de interés relacionados con el cálculo del riesgo coronario, afirmando algo importante: "los factores de riesgo cardiovascular clásicos y mayores son malos predictores del riesgo cardiovascular" (se observan en personas que desarrollan enfermedad coronaria y en las que no). No sabemos si el uso del cálculo del riesgo coronario (con unas ecuaciones u otras) mejora la atención a los pacientes. Se necesitan recomendaciones claras de qué hacer con cada persona individual en función de sus factores de riesgo cardiovascular, los recursos disponibles y los valores o preferencias sociales.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** MARL

## S-3.705 Conocimiento del índice total de paquetes/año como medida del hábito de fumar por parte de los clínicos de un servicio de Medicina Interna

**Autores:** Hernández JL, Cuñado A, González J  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2003;121(9):359

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Es curioso que el significado de algunos de los índices o indicadores que se van imponiendo en nuestra práctica diaria sea tan desconocido como se recoge en esta carta al director, respecto al conocimiento por los clínicos de un servicio de Medicina Interna del índice total de paquetes/año. Este índice se calcula mediante la fórmula ( $n^o$  de cigarrillos al día) x ( $n^o$  de años de consumo)/20 (un índice de 30, equivale a fumar un paquete al día durante 30 años, o dos paquetes diarios durante 15 años). La SEPAR incluye de forma inexcusable el cálculo de este índice en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Referencias bibliográficas:** 4

**Revisor:** MARL

## S-3.706 Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language

**(La mejora de la comunicación con pacientes que no hablan el idioma del médico)**

**Autores:** Bischoff A, Perneger TV, Bovier PA, Loutan L, Stalder H  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2003;53:541-6

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Tenemos problemas de comunicación con los inmigrantes que no hablan español y aquí no se hace prácticamente nada. Por eso es interesante este trabajo, suizo, de un hospital de Ginebra, donde se habla francés. La mitad de las encuestas son con extranjeros, y en la mitad de estos encuentros hay dificultades idiomáticas. Han formado a 60 intérpretes (43 lenguas) y enseñan a los médicos cómo manejarlo. Con ello aumenta, pero no mucho, la calidad del encuentro desde el punto de vista del paciente. A los médicos, por el contrario, se les hacen las cosas más difíciles, al saber más sobre dificultades idiomáticas.

**Referencias bibliográficas:** 32

**Revisor:** JG

## S-3.707 Impact of gene patents on the cost-effective delivery of care: the case of BRCA1 genetic testing

**(La patente de los genes BRCA 1 y 2, un negocio)**

**Autores:** Sevilla C, Julian C, Eisinger F, Stoppa D, Bressac B, Sobol H, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Internat J Technology Assessment Health Care 2003;19:287-300

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Uno tarda en darse cuenta, pero el dinero suele estar detrás de casi toda ambición; queda algo de ambición desinteresada, pero es escasa. Los autores, franceses, hacen un bonito trabajo al valorar el impacto del método de la empresa gringa que ha logrado la patente para la detección de los genes BRCA 1 y 2, asociados a la incidencia precoz de cáncer de mama y ovario. El método es el más caro, y supone una pesadísima carga para los sistemas públicos y los individuos. Lo malo es que parece que la Unión Europea también ha aceptado la patente. La mercantilización de la medicina, pues, más presente que nunca.

**Referencias bibliográficas:** 63

**Revisor:** JG

## S-3.708 The natural course of spontaneous miscarriage: analysis of signs and symptoms in 188 expectantly managed women

**(El aborto espontáneo evoluciona por sí mismo)**

**Autores:** Waard MW, Ankum WM, Bonsel GK, Vos J, Biewenga P, Bindels PJF

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2003;53:704-8

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** En nuestro encarnizamiento contra las mujeres nada hay más lacerante que el legrado innecesario. Los holandeses recomiendan vigilancia expectante en las hemorragias del primer trimestre del embarazo. En este trabajo, de la Universidad de Ámsterdam, se siguen a 188 mujeres que aceptaron la vigilancia expectante (124 por preferencia y 64 por aleatorización). La mitad terminó en aborto espontáneo (la otra mitad

salvó al niño). Si el sangrado aumenta violentamente la cosa acaba en aborto, lo que se deduce al tercer día de la evolución.

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** JG

### S-3.709 *A qualitative study of barriers to the use of statins and the implementation of coronary heart disease prevention in primary care*

(Por qué los médicos no emplean estatinas)

**Autores:** Kedward J, Dakin L

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2003;53:541-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** A veces los sujetos investigados son más interesantes que los investigadores; por ejemplo, en este trabajo que firman una enfermera y un médico general. Entrevistan a 26 médicos generales acerca del uso de estatinas y sobre la prevención primaria de la enfermedad coronaria. Los entrevistados dan buenas razones para no iniciar dicho tratamiento, como evitar medicalizar a pacientes sanos, el coste, o el cumplimiento. Señalan, además, que las tablas de cálculo del riesgo no son fáciles de interpretar y que faltan datos. Lo malo es que ponen la esperanza en la consulta de enfermería típicas, para seguir protocolos *ad hoc*.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

### S-3.710 *Cluster-randomised trial of risk communication to enhance informed uptake of cervical screening*

(Se puede y debe informar a las mujeres acerca del exceso de citologías)

**Autores:** Holloway RM, Wilkinson C, Peters T, Russell I, Cohnd D, Hale J, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2003;53:620-5

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Lo de la citología no tiene perdón. Se hacen millones de citologías rutinarias innecesarias (y peligrosas, por los errores). Las pobres mujeres creen que es lo mejor y se hacen la dichosa citología todos los años, y si pueden cada 6 meses. ¡Qué abuso! En este trabajo, galés, se intenta dar a las mujeres una estimación del riesgo de cáncer de cuello de útero para que tengan menos ansiedad y alarguen los intervalos de las citologías. La cosa funciona a corto plazo, pero en el seguimiento durante 5 años, parece tener poco efecto. A las mujeres les han metido bien el miedo en el cuerpo.

**Referencias bibliográficas:** 33

**Revisor:** JG

### S-3.711 *Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity*

(¿Para qué sirven los especialistas?)

**Autores:** Starfield B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2003;53:723-9

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los médicos generales hace mucho tiempo que criticamos nuestra propia labor, y nos preguntamos si somos necesarios. Los especialistas ni se lo permiten; existen, crecen y asfixian la atención primaria sin cuestionarse nada. Estaría bien que leyesen este texto, simple y claro, que hace evidente la complejidad del enfermar (generalmente como comorbilidad, sobre lo que sabemos poco) y los pocos estudios acerca del rol

del especialista y de la influencia del generalista en su forma de trabajar. Aporta datos concretos pero, sobre todo, obliga a pensar.

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** JG

### S-3.712 *General practitioners and community pharmacists: times are changing*

(Acerca de la necesaria colaboración entre médicos generales y farmacéuticos)

**Autores:** Ambler S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2003;53:594-5

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El desencuentro entre profesionales es frecuente. Y es clásica la ignorancia mutua entre médicos y farmacéuticos. ¿Por qué? La autora de este editorial aprovecha la publicación de un artículo de investigación al respecto (S-3.713) para revisar la cuestión en el Reino Unido, con aplicación directa en España. La cuestión de fondo es que los pacientes saben perfectamente cuándo utilizar los distintos servicios que se le ofrecen, y sería bueno que participasen en el nuevo diseño de la relación entre médicos generales y farmacéuticos. Así podría mejorar la atención en lo que respecta al uso de medicinas.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** JG

### S-3.713 *Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment*

(Los médicos y los farmacéuticos según su propia y peculiar visión)

**Autores:** Hughes CM, McCann S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2003;53:600-6

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** No hay peor cosa que la asignación estereotipada de roles. En este caso, de contenido al trabajo de los farmacéuticos de oficina de farmacia por parte de los médicos generales. Los autores, de Irlanda del Norte, trabajaron con 11 grupos focales con médicos (22) y farmacéuticos (31), cada uno por su lado. Los médicos toman contacto sin dificultad con los farmacéuticos, pero los siguen viendo como tenderos que abren muchas horas. Los farmacéuticos tienen gran dificultad para hablar con los médicos (por el filtro de los recepcionistas) y se sienten mal comprendidos en su labor.

**Referencias bibliográficas:** 37

**Revisor:** JG

### S-3.714 *Patients' views of a pharmacist-run medication review clinic in general practice*

(La impresión de los pacientes acerca de la revisión de la medicación por un farmacéutico)

**Autores:** Petty DK, Knapp P, Raynor DK, House AO

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2003; 53:607-13

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las interacciones entre medicamentos exigen imperativamente el uso de tecnologías informáticas. O de farmacéuticos. Los farmacéuticos podrían hacer un buen trabajo con la revisión de los pacientes polimedicados. Este trabajo, inglés, se realizó con 18 pacientes ancianos que participaron en tres grupos focales. Los pacientes habían pasado por la consulta de

un farmacéutico en el centro de salud, y se trataba de conocer su opinión. Hubo de todo, desde los que creían que el objetivo era reducir el gasto en farmacia a los que estaban agradecidísimos. Es decir, como en botica. Lo lógico es que sean los farmacéuticos de oficina de farmacia los que hagan estas cosas.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG

### **S-3.715 How does direct-to-consumer advertising (DTCA) affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA**

**(¿Son eficaces los anuncios de medicamentos con receta a los pacientes?)**

**Autores:** Mintzes B, Barer MZ, Kravitz RL, Basset K, Lexchin J, Kazanhan A, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2003;169:405-12

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Hay pocas cosas casuales, y si existen los anuncios de medicamentos para pacientes es porque sirven para algo. Cada vez se anuncian más y más medicamentos, incluso los que necesitan recetas. En EEUU, es legal; en Canadá está prohibido. Los autores aprovechan la proximidad entre ambas naciones para comparar Sacramento (California) con Vancouver (Columbia). Participaron 1.431 pacientes (683 y 748 respectivamente) y 78 médicos de primaria (38 y 40). A más exposición a los anuncios más recetas de medicamentos anunciados. Si el paciente establece una conversación al respecto casi siempre acaba en prescripción.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** JG

### **S-3.716 Direct-to-consumer prescription drug advertising in Canada: permission by default?**

**(Dejadez en Canadá ante la penetración de anuncios prohibidos de medicamentos con recetas)**

**Autores:** Gardner DM, Mintzes B, Ostry A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** FCMAJ 2003;169:425-7

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Las cosas que suceden, suceden por más que sean ilegales. Los autores examinan el problema canadiense de los anuncios de medicamentos que exigen receta. En teoría está prohibido, pero es continuo su uso, sobre todo lo de "recordar" que un medicamento existe, o lo de "informar" que existe tratamiento para tal o cual enfermedad. Como no hay reglas ni ha habido discusión o regulación, todo va a su aire. En contra están las organizaciones de médicos, farmacéuticos y consumidores, pero parece que los políticos se relajan.

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** JG

### **S-3.717 Recurrent hamburger thyrotoxicosis**

**(Hipertiroidismo por hamburguesas)**

**Autores:** Parmar MS, Sturge C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2003; 169:415-7

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Los cuadros clínicos pueden volver loco a cualquiera. Los autores presentan el hipertiroidismo de una paciente de 61 años, que había tenido 5 episodios en los 11 años

previos, con resolución espontánea. El diagnóstico en un hospital terciario fue de tiroiditis, pero la ausencia de anticuerpos antitiroides, el bajo nivel de tiroglobulina sérica y la escasa captación de yodo por el tiroides hizo pensar, al final, en causa exógena. La paciente tenía una granja, y de vez en cuando mataban una vaca para comérsela. A ella le encantaban las hamburguesas de los músculos del cuello, y el carnicero no sabía que está prohibido hacerlas.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** JG

### **S-3.718 What is the price of life and why doesn't it increase at the rate of "inflation?"**

**(La valoración de la vida en los estudios de coste-efectividad)**

**Autores:** Ubel PA, Hirth RA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med 2003;163:1637-41

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Puesto que no podemos gastar en el sistema sanitario todo el Producto Nacional Bruto hay que racionalizar el gasto sanitario. Lo hacen los políticos sin chistar, y dedican más dinero a lo que creen que es más importante (hospitales, trasplantes y demás). Los economistas utilizan estudios de coste-efectividad para dar una práctica científica a todo esto. Los autores se preguntan si tiene sentido el límite actual, de unos 100.000 e por año de vida ajustado según calidad (AVAC). Más demuestra que la intervención es muy cara; menos, que quizás valga la pena. Lo malo es que la vulgar citología de cuello de útero puede costar unos 700.00 e por AVAC.

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** JG

### **S-3.719 A pilot randomized double-blind comparison of a low-molecular-weight heparin, a nonsteroidal anti-inflammatory agent, and placebo in the treatment of superficial vein thrombosis**

**(Vale la pena el tratamiento de la trombosis venosa superficial)**

**Autores:** The Superficial Thrombophlebitis Treated by Enoxaparin Study Group

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med 2003;163:1657-63

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las trombosis superficiales de las extremidades inferiores no suelen tener importancia. Los autores, franceses, hacen un estudio sobre el tratamiento comparando emoxaparina con tonoxicán y placebo. El estudio lo financió Aventis. Se dividieron a los 427 pacientes en tres grupos, al azar, y se les trató entre 8 y 12 días. Tanto el antiinflamatorio como la heparina disminuyen la coexistencia de trombosis profunda, y de tromboembolismo. No hubo ni muertes ni hemorragias.

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** JG

### **S-3.720 Should diabetic patients treated long-term with sulfonylureas be switched to nateglinide?**

**(Cuándo fracasan las sulfonilureas, no emplear nateglinida)**

**Autores:** Sevinc A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med 2003; 163:741

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Cada vez hay más medicamentos para el tratamiento de la diabetes, lo que tiene ventajas e inconvenientes. El autor, turco, revisa el problema del uso de nateglinida, que favorece la liberación de insulina endógena. Se recomienda utilizarlo cuando han fracasado las sulfonilureas, pero parece que hay poco sentido en una recomendación tal. A propósito de un caso que requiere ingreso hospitalario y cambio a insulinoterapia, la revisión de los estudios demuestra que la nateglinida debería introducirse cuando fracasa el ejercicio y la dieta, si es que se quieren utilizar.

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** JG

### **S-3.721 Association between measures of morbidity and locomotor disability: diagnosis alone is not enough**

**(No es la morbilidad per se, sino el dolor que genera lo que nos hace inválidos)**

**Autores:** Adamson J, Hunt K, Ebrahim S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Social Science Med 2003;57:1355-60

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los pacientes van perdiendo habilidad física con el paso de los años. Estas incapacidades se estudiaron en una muestra de 858 escoceses, de edad media 58 años, entrevistados por una enfermera. El estudio demuestra que la incapacidad física se asocia sobre todo a patología grave cardíaca o del aparato locomotor, pero que lo más importante es preguntar a los pacientes acerca de su idea de su estado de salud y el grado de dolor de la patología de base. Estos dos indicadores son los mejores respecto a la limitación física.

**Referencias bibliográficas:** 13

**Revisor:** JG

### **S-3.722 In the prevalence of mental disorders a good measure of the need for services?**

**(Prevalencia no es equivalente a necesidad, en salud mental)**

**Autores:** Mechanic D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Health Affairs 2003;22:8-22

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** De vez en cuando alguien da la alarma acerca de la enorme prevalencia de una enfermedad, y del escaso diagnóstico y tratamiento de la misma. Suele ser algo interesado, claro. En este excelente trabajo, de un gringo bien conocido, se examina el problema en lo que se refiere a salud mental. ¿Dónde mejor se transforman signos y síntomas inespecíficos en enfermedades? El esfuerzo de la DSM es más un acuerdo que un tratado científico. Con ello se identifica poco la necesidad, la incapacidad y el valor añadido de tratar las enfermedades mentales. Es otro campo en el que nos comen el coco.

**Referencias bibliográficas:** 32

**Revisor:** JG

### **S-3.723 Dilemmas in regulation of the market for pharmaceuticals**

**(Por favor, eviten repetir lo que se sabe que no funciona en el control del gasto farmacéutico)**

**Autores:** Maynard A, Bloor K

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Health Affairs 2003;22:31-41

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Como han logrado que los especialistas apenas receten, es fácil echarle la culpa a los que lo hacen, forzados o libremente. Otra cosa es intentar resolver el problema. Los autores, economistas ingleses, hacen un repaso precioso de todas las posibles iniciativas para intentar controlar el crecimiento y el uso de los medicamentos. Concluyen que casi todo lo que se hace es repetir experiencias previas no conocidas y poco evaluadas. Así, pues, no hay quien avance. Da gusto leer un texto que deja claro la inutilidad de tanta iniciativa política.

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** JG

### **S-3.724 Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad**

**Autores:** Bulbena A, Bobes J, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N, y el GVEEP

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2003;121(10):367-74

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Existen distintas formas de evaluar los trastornos de ansiedad, principalmente de forma subjetiva, pero también existen y son útiles diversas escalas. En este artículo se informa de la validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire. La primera consta de 7 ítems y está orientada principalmente a la valoración de la ansiedad psíquica o cognitiva, tardándose una media de 11 minutos en realizarla; la segunda tiene 14 ítems, evaluando sintomatología neurótica y su respuesta al tratamiento, realizándose en 9 minutos. Una herramienta más para poder valorar bien a estos pacientes. Las escalas se incluyen como anexo del artículo.

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** MARL

### **S-3.725 Efectividad de los programas de control de la tuberculosis en España**

**Autores:** Rodrigo T, Caylá JA, por el Grupo de Trabajo para Evaluar Programas de Control de Tuberculosis

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2003;121(10):375-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En 1996 se llevó a cabo una evaluación de los programas de control de la tuberculosis en España, y se ha vuelto a realizar en el 2000 para ver como habían evolucionado las cosas (mediante cuestionario a las CC.AA.). Aunque la situación ha mejorado, se considera insuficiente, ya que el 16,7% de las comunidades siguen sin programa y el 27,8% tienen escasas actividades de control. La incidencia real de tuberculosis en España (40-45 casos /100.000 hab) es el doble que la basada en la notificación de casos, habiendo descendido en todas las comunidades en los últimos años, excepto en Cantabria y Navarra. Como siempre, aún queda camino por recorrer.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** MARL

## S-3.726 Reducing emergency department visits among high-using patients

(Los médicos controlan mejor a los grandes utilizadores si son conscientes del uso excesivo de servicios por sus pacientes)

**Autores:** Brandon WR, Chambers R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Fam Pract 2003;52:637-40

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Este es un ensayo clínico, con 16 médicos y 1.600 pacientes grandes utilizadores (edad media 63 años, 63% mujeres). Los médicos de los tres grupos experimentales recibieron la lista de los 100 pacientes que les correspondían a cada uno, más actualización trimestral con los que habían ido a urgencias, habían sido ingresados, o no habían cumplido las citas, y, en un grupo, se llamó por teléfono a estos pacientes no cumplidores para facilitar una nueva cita. Las tres iniciativas disminuyeron el uso de urgencias y de ingresos. La iniciativa más eficaz y menos costosa fue la del envío de la lista de los 100 y su actualización trimestral.

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** MPF

## S-3.727 Detection of errors by attending physicians on a general medicine service

(Los errores, frecuentes y fáciles de determinar)

**Autores:** Chaudhry SI, Olofinboba KA, Krumholz HM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Gen Intern Med 2003;18:595-600

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El atento seguimiento, en busca de errores, de 528 pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna permitió determinar una frecuencia de errores del 10% (un 6% sin consecuencias, por banalidad o por rápida detección, y un 4% con consecuencias). Los médicos y farmacéuticos encontraron con mayor frecuencia errores sin consecuencias. Las enfermeras, técnicos de laboratorio y otro personal, errores con efectos adversos. La mayoría de los errores tuvieron que ver con los medicamentos, por exceso, por contraindicación, interacción, o por falta de uso. Los errores, pues, son frecuentes y valdría la pena que los buscásemos.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** MPF

## S-3.728 Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting

(El 49% de los pacientes tiene al menos un problema de seguimiento tras ser dado de alta)

**Autores:** Moore C, Wisnivesky J, Williams S, MacGinn T

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Gen Intern Med 2003;18:646-51

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los pacientes dados de alta en un hospital de Nueva York, en Medicina Interna, pasan a ser atendidos por médicos de primaria de una organización ambulatoria paralela. Ello da la oportunidad de comparar las dos historias clínicas, ambulatoria y hospitalaria, y determinar errores en el seguimiento (medicación que se interrumpe injustificadamente, resultados que no llegan, o pruebas que se sugieren hacer y que no se hacen). En el 49% de los 86 pacientes estudiados hay un error, al menos. Pero se asocian a más reingresos sólo los errores respecto a pruebas sugeridas y no realizadas

**Referencias bibliográficas:** 32

**Revisor:** MPF

## S-3.729 Patient perspectives on medical confidentiality

(Los pacientes no saben muy bien de qué va la confidencialidad de sus datos clínicos)

**Autores:** Sankar P, Moran S, Merz JF, Jones NL

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Gen Intern Med 2003;18:659-69

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Hay mucho publicado sobre confidencialidad, pero los autores sólo se interesan por los trabajos que se refieren al punto de vista de los pacientes. Encotraron 347 artículos al respecto, pero sólo estudian 110, en los que hay resultados de investigación. Los pacientes saben que hay algo respecto a la protección de la información clínica. Por ejemplo, hay quien cree que los resultados de las pruebas del sida se comunican de inmediato a las parejas respectivas. Hay pacientes que no se fían de los médicos ni de la legislación que exige la confidencialidad. Les preocupa la filtración de información a su entorno familiar y social.

**Referencias bibliográficas:** 122

**Revisor:** MPF

## S-3.730 Optimizing antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in an urban urgent care clinic

(Se puede mejorar el uso de antibióticos con actividades formativas de profesionales y de pacientes)

**Autores:** Harris RH, MacKenzie TD, Leeman B, Corbett KK, Batal HA, Maselli JH, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Gen Intern Med 2003;18:326-34

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** En urgencias se emplean mal los antibióticos. Los autores comparan el tratamiento de 964 pacientes tras la intervención, con 554 previos, y demuestran que el uso de antibióticos en las bronquitis baja del 58% de los casos al 24%. Respecto a las infecciones respiratorias altas, baja del 14% al 1%. Dieron una charla a médicos y enfermeras de urgencias, en una población pobre de Denver, pusieron carteles sobre el aumento de cepas de neumococos en las narices tras el uso de antibióticos en la sala de espera, y los pacientes utilizaron un programa de ordenador sobre infecciones y uso correcto de antibióticos, antes de pasar a ver al médico.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** MPF

## S-3.731 Referral gridlock. Primary care physicians and mental health services

(Las dificultades para derivar adecuadamente a los pacientes con problemas mentales)

**Autores:** Trude S, Stoddard JJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Gen Intern Med 2003;18:442-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Este trabajo es gringo, pero refleja un problema común, idéntico en España. Encuestan por teléfono a 6.586 médicos de Atención Primaria elegidos al azar entre un listado nacional, y responde el 61%. Les hacen preguntas acerca de su capacidad para encontrar psiquiatras y atención mental para

sus pacientes, tanto en ambulatorio como para ingresos. El 54% de los encuestados tiene dificultades en ambas situaciones. Lo tienen peor los que trabajan en solitario, y los pediatras. La cuestión es importante, con independencia de si los trastornos mentales tienen mejor pronóstico si los llevan los propios médicos de primaria.

**Referencias bibliográficas:** 29

**Revisor:** MPF

### S-3.732 *Developing primary care review criteria from evidence-based guidelines: coronary heart disease as a model*

**(Las guías y los protocolos se contradicen entre sí)**

**Autores:** Hutchinson A, McIntosh A, Anderson J, Gilbert C, Field R  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2003;53:691-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El Santo Grial de los protocolos y de las guías se ha perdido y hay quien todavía lo busca. Los autores, ingleses, se molestan en revisar 28 guías nacionales o internacionales sobre angina, postinfarto e insuficiencia cardíaca, y en revisarlas y ver qué se puede sacar de ellas. Desde luego, les llama la atención la variabilidad e inconsistencia entre las guías, pero logran sacar un denominador común. Con ello apañan unas recomendaciones de mejora de la atención clínica, que listan, y que no tiene mala pinta.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

### S-3.733 *Aspectos éticos en la publicación de manuscritos en revistas de salud pública*

**Autores:** Pérez-Hoyos S, Plasencia A  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit 2003;17:266-7

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Aquello de publicar o morir es cada vez más cierto. No extraña, por ello, que a la revista *Gaceta Sanitaria* le colaran un gol con un artículo sobre el celecoxib (ya se lo colaron a *JAMA* y al *New England*). Los autores, del equipo editorial de *Gaceta* comentan la implantación de nuevas normas acerca de publicación redundante (duplicada, parcelada, solapada), autoría (en qué ha contribuido cada autor) y conflicto de interés. No hay forma de resolver el problema, aunque menos es nada.

**Referencias bibliográficas:** 3

**Revisor:** JG

### S-3.734 *Posibles problemas de falta de objetividad, transparencia, doble publicación y autoría en el análisis coste-efectividad de celecoxib*

**Autores:** Peiró S, Menev R, Ortún V, Puig J  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit 2003;17:342-4

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Hay mucha tomadura de pelo en lo de los ensayos clínicos y la Medicina Basada en Pruebas (EBM, en inglés). Para muestra, el “ensayo clínico” CASS, del celecoxib (las comillas son de la *Revue Prescrire*, francesa, la mejor del mundo). Los autores, valencianos y barceloneses, mandan una carta al director de *Gaceta Sanitaria* para denunciar la tomadura de pelo de un artículo previo sobre celecoxib y sus ventajas clínicas y monetarias. Da gusto ver que gente selecta, como los firmantes, se atreven a meter las manos en la porquería.

**Referencias bibliográficas:** 17  
**Revisor:** JG

### S-3.735 *Counseling versus antidepressant therapy for the treatment of mild to moderate depression in primary care. Economic analysis* *(El consejo médico es también eficaz en la depresión)*

**Autores:** Miller P, Chirlers C, Dewey M, Fielding K, Gretton V, Palmer B, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Internat J Techonolgy Assessment Health Care 2003;19:80-90

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Entre las 20 cosas que deberíamos dominar como médicos generales se encuentra la depresión. Lo malo es que es difícil saber qué hacer. Por ejemplo, a lo largo de un año se demuestra que hay pocas diferencias entre el uso de antidepresivos y la simple ayuda y consejo del médico general. Los autores, ingleses, utilizan un ensayo clínico muy interesante con aleatorización, y con preferencias de pacientes, para hacer un análisis de coste-efectividad y demostrar la ventaja general de los antidepresivos, pero, al tiempo, la existencia de un núcleo de pacientes que se benefician más del consejo que de los fármacos.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** JG

### S-3.736 *Characteristics of high-quality guidelines. Evaluation of 86 clinical guidelines developed in ten European countries and Canada*

**(No todas las guías clínicas tienen la misma calidad. Las hechas por sociedades profesionales son las peores)**

**Autores:** Burgers JS, Cluzeau FA, Hanna SE, Hunt C, Grol R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Internat J Techonolgy Assessment Health Care 2003;19:148-51

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Todavía no se ha pasado la fiebre de los protocolos y guías clínicas, así que conviene no bajar la guardia, para evitar el destrozo clínico consecuente con su uso. Los autores, de Canadá, Holanda y el Reino Unido, revisan 86 guías clínicas de 11 países (España incluida), seleccionados por su buena calidad. Las valoran sistemáticamente, con el listado AGREE. Como era de esperar, las guías de sociedades profesionales tienen menos calidad que las producidas por agencias gubernamentales. Aumenta la calidad de las guías el estar incluidas en un programa general acerca de la cuestión.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

### S-3.737 *Factors influencing adherence to guidelines in general practice*

**(La buena prescripción es más difícil en los ancianos)**

**Autores:** Steuvart RE, Vroegep S, Kamps GB, Werf GTVD, Meyboom-de-Jong B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Internat J Techonolgy Assessment Health Care 2003;19:546-54

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El arte de prescribir es eso, el producto de un artista. También tiene algo de ciencia, claro. Pero es difícil prever lo que los médicos generales hacen en la práctica. Los autores, holandeses, emplean una muestra (12,4%) de 3,2 millones de

recetas para 269.000 pacientes, por 190 médicos generales. Con las variables estudiadas explican el 28% de la varianza en la adhesión a la guía farmacoterapéutica. Lo más importante es la edad del paciente (a más edad, más morbilidad y peor prescripción). Por cierto, el 78% de los médicos trabajan en solitario, el 16% en grupo de dos, y el 6% en grupos de 3 a 6.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

## S-3.738 *Nordic privatization and private health care*

(El sector privado en los países nórdicos, más importante de lo que parece)

**Autores:** Ouretueit J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Internat J Health Planning Management 2003;18:233-46

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** La privatización de los servicios sanitarios no tiene problemas si se ofrece mejor calidad a menor precio. Pero eso es casi imposible. El autor, de la Escuela Nómada de Salud Pública, hace una revisión de la cuestión en Dinamarca (18% del gasto total sanitario en privado, en 2000), Finlandia (25%), Islandia (24%), Noruega (15%) y Suecia (23%). El trabajo es excelente y demuestra la importancia del sector privado en áreas como Atención Primaria (el 20% de los médicos generales trabajan en privado), dentistas, centros de diagnóstico y geriatría. Parece, pues, que hay demanda, aunque ello no implica mejor atención, ni más libertad

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

## S-3.739 *Family and friends with disease: their impact on perceived risk*

(La enfermedad en el entorno social aumenta el fantasma del riesgo)

**Autores:** Montgomery GH, Erblich J, Dilorenzo T, Boubjerg D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Preventive Med 2003;37:242-49

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los humanos somos muy influenciables por el entorno. Por eso nuestra percepción del riesgo de enfermar, por ejemplo, depende mucho de nuestra experiencia personal. Los autores, de Nueva York (EE.UU.), entrevistaron a 542 personas (edad media, 40 años) a la entrada de la cafetería de un hospital. La cuestión era valorar el impacto de tener un familiar o amigo enfermo, y su impacto en la percepción del riesgo. Ambas cosas influían para sesgar y aumentar dicha percepción (los amigos, sólo en el caso de entrevistados mujeres).

**Referencias bibliográficas:** 22

**Revisor:** JG

## S-3.740 *Lipid-lowering drugs and the risk of depression and suicidal behavior*

(Los hipolipidemiantes no se asocian a depresión ni a conducta suicida)

**Autores:** Yang CC, Jick SS, Jick H

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med 2003;163:1926-32

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las estatinas las utilizamos como si fueran agua bendita, pese a sus muchas interacciones y efectos adversos. Entre ellos, el riesgo de aumento de depresiones y de suicidios.

Los autores utilizan la base de datos inglesa de Medicina General (UKGPRD) para determinar la asociación entre prescripción de hipolipidemiantes y desarrollo de depresión y de conducta suicida (entre 1996 y 1999; tres millones de pacientes). Hubo 458 casos de depresión y 105 de conducta suicida. Comparados con controles (1.830 y 420, respectivamente) el uso de hipolipidemiantes se asocia a menos riesgo de depresión y de conducta suicida.

**Referencias bibliográficas:** 36

**Revisor:** JG

## S-3.741 *Asthma: resource use and costs for inhaled corticosteroid versus leukotriene modifier treatment. A meta-analysis*

(En el asma, utiliza en primer lugar corticoides inhalados)

**Autores:** Halpern MT, Khan ZM, Stanford RH, Spayde KM, Golubiewski M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Fam Pract 2003;52:382-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** A veces los laboratorios farmacéuticos pueden implicarse en los estudios científicos, y hacerlo bien. Por ejemplo, en este caso los de Glaxo financian y participan (dos autores) en un metaanálisis que confirma las ventajas de los aerosoles con glucocorticoides sobre el tratamiento del asma, contra los leucotrienos. En los pacientes asmáticos los glucocorticoides inhalados disminuyen las hospitalizaciones, las visitas a urgencias y el coste del tratamiento. Parece claro, pues, cuál ha de ser el tratamiento de elección.

**Referencias bibliográficas:** 29

**Revisor:** JG

## S-3.742 *Reforming pharmaceutical policies in the European Union: a "pequin effect"*

(El difícil control del gusto farmacéutico en la Unión Europea)

**Autores:** Guillén AM, Cabiedes L

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Internat J Health Services 2003;33:1-28

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** El gasto en medicamentos debería ser el necesario para resolver adecuadamente los problemas de salud en que los medicamentos tienen utilidad. ¿Es así? No, y las autoras demuestran que no es fácil adecuar y controlar el gasto en medicamento. Revisan en extenso las distintas políticas de los países de la Unión Europea y constatan, en general, su fracaso. Paródicamente, el control estricto de los precios y el aumento del co-pago se sigue de un aumento del gasto. Lo que es peor, por ejemplo en Italia, las políticas de control han disminuido la equidad (menos gasto público pero más gasto global).

**Referencias bibliográficas:** 42

**Revisor:** JG

## S-3.743 *The health crisis in Argentina*

(La crisis de Argentina y la salud de los argentinos)

**Autores:** Escudero JC

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Internat J Health Services 2003;33:128-39

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El asunto argentino es dolorosísimo. Las políticas neoliberales (y la corrupción que conllevan) llevaron a la “dolarización”, y al sangrado del país por los que podían sacar dó-

lares al exterior. El autor examina el proceso de muerte de un pueblo asesinado en nombre del libre mercado, y hace un diagnóstico doloroso. Ve difícil la mejoría. Y sugiere que aunque lo que atrae a los argentinos es el nivel de vida de Barcelona y Miami, lo que quizás convendría es un sistema de salud tipo Cuba. No digo que no, aunque me repugna.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-3.744 *VA prospective multicenter study of the effect of patient education on acceptability of generic prescribing in general practice* (Los pacientes crónicos aceptan el uso de genéricos)

**Autores:** Vallés JA, Barreiro M, Cereza G, Ferro JJ, Martínez MJ, Escrivá JM, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Health Policy 2003;65:269-75

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El uso de genéricos tiene dificultades prácticas, como el cambio de envases y presentaciones, muy confuso para los ancianos. Pero no suele haber oposición a la idea misma de usar genéricos. Los autores, catalanes, hace un ensayo clínico con 8 centros experimentales y 19 controles. Participan 4.620 pacientes (de 72 años de media), con medicación crónica, de 53 médicos generales. Se les aconseja personalmente, por un médico investigador, sobre los genéricos. El

99% acepta cambiar. En los centros de salud experimentales la prescripción de genéricos llega al 6% en el año (en los controles al 3%).

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

## S-3.745 *Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España*

**Autores:** Ahn A, Alonso J, Herce JA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Bilbao; Fundación BBVA (Documentos de Trabajo, 7):2003

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** A veces los bancos hacen algo sin búsqueda de usura. Por ejemplo, la serie de Documentos de Trabajo del BBVA ([www.fbbva.es](http://www.fbbva.es)) que trata de cuestiones generalmente muy interesantes. En este caso, acerca del envejecimiento y el gasto sanitario, y con un punto de vista original y positivo. La vejez se asocia a más enfermedad, pero si se llega a la vejez con más dinero y más educación, los años se compensan en parte. Es decir, el futuro no es tan amargo como nos lo pintan. Lo malo es que los ancianos dependen en exceso de medicamentos, médicos y hospitales, cuando habría que pensar en otro tipo de cuidados, más de soporte y geriatrías.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** JG