

Con la colaboración de



S-2.498 **The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain**

(Aumenta la diferencia de pautas preventivas entre clases en España)

Autores: Álvarez-Dardet C, Montañud C, Ruiz MT
Revista/Año/Vol./Págs.: Eur J Public Health 2001; 11: 225-226
Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes de clase social baja suelen recibir menos cuidados, por más que sean los que más los necesitan. Las perspectivas en España no son buenas, como demuestran los autores, alicantinos. Utilizan los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1987 y 1997, y estudian la distribución de los estilos de vida (tabaquismo, alcoholismo y demás) según la clase social. Los vicios han aumentado entre los encuestados de clase social baja, y han disminuido entre los de clase social alta, de forma que las diferencias entre ambos grupos se han incrementado. Es decir, en un próximo futuro aumentarán las diferencias en morbilidad.

Referencias bibliográficas: 6
Revisor: MPF

S-2.499 **Sistemas de información maduros para una atención primaria adulta. El proyecto GESHIP**

Autores: Ruiz A, Alonso F
Revista/Año/Vol./Págs.: MEDIFAM 2001; 11: 247-252
Calificación: Bueno

Comentario: En el Ministerio de Sanidad y en la Consejería de Sanidad de Madrid se está pensando en sistemas de información basados en la "visita" (el encuentro entre médico y paciente). Es cierto, pero al mismo tiempo el Insalud desarrolla un proyecto de informatización basado en episodios, que es el que se comenta en este larguísimo editorial. Se da una visión excesivamente triunfalista de todo, de la reforma, del proyecto, de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria, etc., pero al menos se habla de cosas concretas, de una aplicación lógica de la electrónica.

Referencias bibliográficas: 12
Revisor: MPF

S-2.500 **¿Hay alguna razón para cambiar la formación médica en la universidad española? Aportaciones de la atención primaria**

Autores: Lorenzo-Cáceres A, Calvo E
Revista/Año/Vol./Págs.: MEDIFAM 2001; 11: 275-288
Calificación: Muy bueno

Comentario: Ya tenemos un catedrático de atención primaria, en la Universidad de Barcelona (lo es de una cátedra que se llama, también, Novartis), lo que significa que la medicina general/de familia se ha convertido en un área de conocimiento. ¿Es lo que queremos? La respuesta la dan los autores, madrileños, en este trabajo, largo y bien fundamentado. La cuestión de fondo es que se necesita una reforma universitaria de fondo, que cambie toda la estructura y organización. Eso es poco esperable, aunque sería fácil si, sencillamente, imitáramos a otras universidades, como la de Tampere en Finlandia, o la de McMaster en Canadá.

Referencias bibliográficas: 114
Revisor: MPF

S-2.501 **¿Logra resultados el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en los centros de salud?**

Autores: Tuominen P, Rintamaki T, Jussila M, Oksa H
Revista/Año/Vol./Págs.: Med General 2001; 32: 223-228
Calificación: Bueno

Comentario: Lo primero a destacar en este artículo es que está escrito por médicos de atención primaria finlandeses y publicado en español, en una revista española. En Finlandia la atención a los diabéticos, como en España, recae principalmente en los centros de salud. En el centro de salud estudiado, el 43% de los diabéticos tipo 2 era tratado con dieta, un 39% con antidiabéticos orales, un 6% con insulina y combinado el 12%. El 37% tenía una HbA_{1c} < 7% (pero sólo el 18% de los medicados); sólo el 10% tenían una PA < 130/85 mmHg. El grado de control de estos pacientes es bastante mejorable (tanto en Finlandia como en España, y en lo que respecta a los distintos factores de riesgo cardiovascular).

Referencias bibliográficas: 20
Revisor: MARL

S-2.502 **Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. Estudio Toledo**

Autores: García FJ, Sánchez MI, Pérez A, Martín E, Marsal C, Rodríguez G et al
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2001; 113: 401-407
Calificación: Bueno

Comentario: En Toledo, la prevalencia de demencia en los mayores de 65 años es del 7,6% (Alzheimer el 4,6% y vascular el 1,8%). Aunque es más prevalente en mujeres, analfabetos y en ocupaciones menos cualificadas, tras el análisis multivariante lo único que se asoció con más frecuencia de demencia fue la edad. El progresivo envejecimiento de la población empeorará el problema. Parece que no existe mayor reserva cerebral en sujetos con actividades cognitivas más altas (educativas u ocupacionales).

Referencias bibliográficas: 51
Revisor: MARL

S-2.503 **Reducción de la morbilidad y vejez saludable**

Autores: Vaqué J, Vilardell M, Taberner JLL, Tresserras R, Salleras LL
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2001; 116 (Supl 1): 3-8
Calificación: Muy bueno

Comentario: La calificación de muy bueno en este artículo se refiere al conjunto del suplemento de *Medicina Clínica* en el que se incluye. En él se abordan en profundidad las distintas actividades preventivas que pueden ofertarse a los mayores de 65 años, desde vacunaciones (gripe, neumococo, tétanos...), cribados (cáncer de mama, HTA, obesidad, desnutrición, vista...), consejos y recomendaciones, etc. La prevención puede posponer o evitar la aparición de enfermedad, produciendo un retraso en la morbilidad y un acercamiento de la curva de incapacidades a la de mortalidad.

Referencias bibliográficas: 29
Revisor: MARL

S-2.504 Patrón clínico y resultados terapéuticos obtenidos en el tumor germinal testicular en España a partir de una serie consecutiva de 1.250 pacientes

Autores: Germá JR, García X, Maroto P, Lianes P, Arranz JA, Gumá J, Aparicio J, Sastre J, Alba E, Terrasa J, Sáenz A, Fernández A, en nombre del Grupo Germinal

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 481-486

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Para estudiar problemas de baja incidencia es necesario reunir experiencias, como han hecho en este Grupo Germinal, que engloba la de 56 hospitales españoles, durante 6 años. El tumor testicular es infrecuente, pero se presenta sobre todo en jóvenes; el 90% pueden ser curables. El 11% habían tenido criptorquidea, el 90% presentó aumento del tamaño testicular; casi un 20% no son diagnosticados ni tratados hasta 6 meses después de los primeros síntomas (retraso diagnóstico por retraso en consultar y confusión del cuadro inicial con enfermedad benigna). La supervivencia de esta serie, en el tiempo estudiado, es mayor del 94%. Los jóvenes deben estar informados de la necesidad de consultar si presentan un aumento testicular.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: MARL

S-2.505 Trastornos afectivos en la población laboral: ¿un problema emergente en salud laboral?

Autores: Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Jarque S, de Cambra S, Devesa J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 493-495

Calificación: *Bueno*

Comentario: De 2.578 trabajadores estudiados de 4 empresas catalanas, el 15,8% presentaban trastornos afectivos, con gran variabilidad entre empresas. Fueron más frecuentes en mujeres, en los menores de 40 años, y en los que no tenían estudios universitarios. Esta prevalencia se considera elevada y tendría tendencia a aumentar en la medida en que haya más empresas de servicios. ¿Qué le pasa a nuestra sociedad y a su población?

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: MARL

S-2.506 Effects of hormone replacement therapy on clinical fractures and height loss: the Hearth and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS)

(La terapia hormonal posmenopáusica no disminuye las fracturas óseas)

Autores: Cauley JA, Black DM, Barrett E, Harris F, Shields IC, Applegate W et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2001; 110: 442-450

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La osteoporosis es un problema, y no sabemos cómo solucionarlo. Se recomienda el uso de la terapia hormonal posmenopáusica, con poco fundamento científico. En este trabajo se presentan los resultados del primer ensayo clínico (y único) sobre la terapia hormonal en la menopausia, en mujeres con enfermedad coronaria. Las hormonas no disminuyen ni el número de fracturas, ni la pérdida de estatura (al cabo de 4 años las mujeres de edad media 68 años, al inicio, habían perdido un 11% de altura en el grupo de tratamiento y un 12% en el de control).

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

S-2.507 Of principles and peus: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions

(Actitudes de los residentes ante los regalos de los representantes)

Autores: Steiman MA, Shlipak MG, McPhee SJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2001; 110: 551-557

Calificación: *Bueno*

Comentario: La industria farmacéutica promociona sus productos con regalos variopintos, que los médicos suelen aceptar sin problemas. Pero, ¿qué piensan los médicos al respecto? En este trabajo se comentan los resultados de un cuestionario contestado por 105 de los 117 residentes de medicina interna a los que se les envió, en San Francisco, EE.UU. El 61% declara que los regalos no afectan su prescripción, pero creen que tampoco afecta la de otros médicos sólo el 16%. Algunos creen que las comidas y los bolígrafos son inapropiados, pero todos ellos los han aceptado. En general, se consideran aceptables los regalos de escaso/nulo valor comercial.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-2.508 To err is preventable: medical errors and academic medicine

(La enseñanza de cómo evitar errores a estudiantes y residentes)

Autores: Meyer G, Lewin DI, Eisenberg J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2001; 110: 597-603

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los estudiantes y residentes deberían aprender que los errores son parte de la práctica profesional, que es posible disminuir su repercusión y frecuencia y que plantean graves problemas clínicos, éticos y legales. Los autores insisten en que es posible (y obligatorio) introducir estos conceptos por parte de los profesores y tutores. El artículo es largo y sustancioso, pues revisa la cuestión en profundidad. Insisten en que muchos errores son sistemáticos (no dependen del individuo sino de la organización) y en que deberían declararse los errores con resultados adversos o sin ellos (para prevenir antes de hacer daño).

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-2.509 Physicians' salaries

(Los salarios de los médicos en Finlandia)

Autores: Kangas M.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Kunnallislääkäri* 2001, 4B: 28-29

Calificación: *Informativo*

Comentario: El número entero de la revista se dedica a exponer los aspectos más relevantes de la atención primaria en Finlandia. En este corto artículo se presentan los datos sobre salarios de médicos, en hospitales y centros de salud (hay que descontar un 40% para saber el dinero líquido). Por ejemplo, un médico general con lista de pacientes, sin límite de horario (mínimo 37 horas semanales), cobra unos 3.900 euros (si es jefe, hasta 4.800); si tiene horario fijo de 37 horas, sin población en un cupo, cobra 3.300 euros. Las guardias suponen unos 500 euros mensuales más. En la práctica privada se gana algo más, hasta el doble.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-2.510 **Ensayo de distribución aleatoria, controlado con placebo, de tratamiento antimicrobiano en niños con diagnóstico clínico de sinusitis aguda**

Autores: Garbutt JM, Goldstern M, Gellman E, Shannon W, Litenberg B
Revista/Año/Vol./Págs.: *Pediatrics (ed esp)* 2001; 51: 230-236
Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Ya no están solos los holandeses frente a la locura del mal uso de los antibióticos. En este caso son gringos, de St. Louis, Missouri, los que llevan a cabo un ensayo clínico con pacientes de 1 a 18 años, con síntomas de sinusitis aguda de más de 10 días de duración. Hacen tres grupos con amoxicilina y clavulánico, con amoxicilina y con placebo. La mejoría a los 14 días fue, respectivamente, del 81 y del 79%; los efectos adversos, del 19,11 y el 10%; las recaídas, del 13,12 y el 13%. Es decir, que el placebo tiene el mismo poder que los antibióticos en el tratamiento de la sinusitis aguda. El estudio se llevó a cabo con una beca de Hoechst Marion Roussel.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-2.511 **Un ensayo de distribución aleatoria sobre pautas alternativas de vacunación antihepatitis B con dos o tres dosis en adolescentes: respuestas de anticuerpos, seguridad y memoria inmunológica**

Autores: Cassidy WM, Watson B, Ioli V, Williams K, Bird S, West DJ
Revista/Año/Vol./Págs.: *Pediatrics (ed esp)* 2001; 51: 237-242
Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Cada vez se ponen más dosis de vacunas, con calendarios más complicados. Los autores se preguntan si no se puede simplificar la cosa, al menos en lo que se refiere a la vacunación contra la hepatitis B en adolescentes. Hacen cinco grupos con 1.026 adolescentes (11 a 19 años) y las vacunas con tres dosis, y con 10 y 5 mg; a los 2 años se revacunó a un subgrupo, para ver su respuesta. Todas las pautas indujeron un título de 10 mU/ml de anti-HBs en el 95% o más de los vacunados. La respuesta anamnésica fue excelente en todos los casos. A mayor edad, menor proporción de respuesta. En resumen, dosis de 5 mg en dos dosis, a los 0 y 4 meses.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-2.512 **Mejorar la comunicación de riesgos en salud pública: sin tiempos para demoras**

Autores: Tormo MJ, Banegas JR
Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 7-10
Calificación: *Excelente*

Comentario: Los autores son salubristas. Da gusto leer un texto elegante y sencillo que ofrece soluciones inteligentes al desmadre y locura que han ofrecido políticos y científicos en las últimas crisis de salud públicas (de las vacas locas a la meningitis C, empezando por el envenenamiento –lo llaman así los autores, aunque sea increíble; ¡ya era hora!– por el aceite de colza). Destacan que los principios son: a) lo que se percibe como real es real (aunque no lo sea), b) hay que restablecer la confianza y credibilidad, y c) la comunicación de riesgos es una habilidad.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

S-2.513 **Análisis de la mortalidad en una población rural catalana en el último tercio del siglo XIX: Canet d'Adri, 1872-1900**

Autores: García JM, Saez M, Faixedas MT
Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 31-32
Calificación: *Bueno*

Comentario: La historia es clave para entender el presente. Así lo entienden los autores, catalanes, que estudian la mortalidad de un pueblo gerundense, de poco más de 1.000 habitantes. Los datos de mortalidad proceden de los certificados de un cuarto de siglo, de tres médicos. La mortalidad más elevada correspondió a menores de un año (35,6%), mayores de 65 años (23,7%) y de 1 a 4 años (21,2%). La edad media fue de 29 años; si se excluyen los menores de un año la edad media de la muerte fue de 38,2 años. La causa más frecuente, las infecciones. La mortalidad por causas circulatorias fue la tercera.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-2.514 **Asociación de Economía de la Salud. Directrices para la organización de las Jornadas. Guía de buena práctica congresual**

Autores: Junta directiva AES
Revista/Año/Vol./Págs.: *Barcelona AES, Memoria 2000-2001 (Supl)*
Calificación: *Informativo*

Comentario: Los economistas de la salud españoles destacan por su poderosísima influencia sobre políticos y gestores (y por su escaso eco entre los médicos clínicos). En este texto se hacen unas propuestas lógicas acerca de organizar un congreso, lamentablemente con un lenguaje bárbaro (*call for papers*, "anonimizado" y demás). Se pueden aplicar a cualquier congreso la mayoría de las sugerencias; por ejemplo, que no se puede recibir ningún tipo de financiación condicionada a la inclusión de determinados ponentes, comunicantes o contenidos. Otro ejemplo: conviene que haya una persona del comité organizador en el comité científico.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-2.515 **Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97**

Autores: Lostao L, Regidor E, Calle ME, Navarro P, Domínguez V
Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 115-118
Calificación: *Bueno*

Comentario: La desigualdad en salud se corresponde con desigualdad en la utilización de los servicios sanitarios (a más necesidad, menos utilización). Sin embargo, los autores demuestran que esto es cierto en España sólo en parte. Es decir, la clase alta consume más servicios de ginecólogos y dentistas, pero la clase baja utiliza con más frecuencia los servicios médicos en general, e igual los hospitalarios. Al menos se logra algo, quizá por la existencia de un sistema sanitario público, gratis en el punto de prestación de los servicios.

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: JG

S-2.516 **Por una política del medicamento integrada y de calidad**

Autores: Puig-Junoy J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gest Clin San* 2001; 3: 3-4

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La política farmacéutica española es, como mínimo, obsoleta. El autor, de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, hace un buen repaso a los distintos aspectos que se podrían mejorar. Desde luego, deja claro que gasto no equivale a coste; es decir, que el gasto en medicamentos debe contemplarse no sólo como coste, sino como uso alternativo de recursos que pueden mejorar la salud. Repasa después la regulación de precios –una actividad ridícula de la Administración– y el sistema del copago, que conlleva la corrupción de los médicos, que hacen recetas de pensionistas para medicamentos de “activos”, así como las listas negativas y otros aspectos.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

S-2.517 **Symptoms: in the head or in the brain?**

(Síntomas: objetivo/subjetivo)

Autores: Komaroff AL

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2001; 134: 783-785

Calificación: *Bueno*

Comentario: Este editorial sirve de introducción a una separata de la revista sobre “síntomas” en las consultas de los médicos. El autor recuerda que en un estudio sobre consultas por síntomas (casi más de la mitad del total de consultas) se encontró causa orgánica en el 16% de los casos y causa psicológica en el 10%; en el 76% de los casos no se encontró causa. Se trata del vulgar dolor de garganta, del mareo o de cualquier otro síntoma, que desconcierta al médico, habituado a enfrentarse a lo objetivo, y poco a lo subjetivo.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-2.518 **Symptoms research: a fertile field**

(La investigación sobre los síntomas: un fértil campo)

Autores: Kroenke K, Harris L

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2001; 134: 801-802

Calificación: *Informativo*

Comentario: Esta introducción da idea del contenido del suplemento del *Annals* sobre síntomas. Los autores dejan claro que el estudio de los síntomas es poco agradable, entre otras cosas, porque enfrenta al médico con la persona en su conjunto. Es, pues, un campo ideal para el médico general, pero ahí lo tenemos, abandonado. El texto comenta los distintos artículos del suplemento y puede servir de guía acerca de lo que sabemos e ignoramos acerca de los síntomas, de la superposición entre lo físico y lo psíquico, y de nuestras carencias para entender por qué unos síntomas llegan a la consulta y otros se quedan en casa del paciente.

Referencias bibliográficas: 2

Revisor: JG

S-2.519 **When do symptoms become a disease?**

¿Cuándo se convierten los síntomas en enfermedad?

Autores: Aronowitz RA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2001; 134: 803-808

Calificación: *Excelente*

Comentario: El autor es historiador de la ciencia y hace una bellísima valoración del devenir de los síntomas y de su transformación ocasional en enfermedad. Deja claro que enfermedades como la de Still, o el síndrome de Reiter no serían hoy nunca enfermedades (proceden del relato de clínicos perspicaces, que con pocos casos describieron algo lógico; eso, hoy en día, no lo publicaría ninguna revista de prestigio; una pena). Además, comenta que fue en el siglo XIX cuando cambió la perspectiva de aceptar los síntomas como algo cierto a poner los síntomas en cuarentena y preferir trabajar con los signos, como algo más científico.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-2.520 **Dyspepsia**

(Dispepsia)

Autores: Bytzer P, Talley NJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2001; 134: 815-822

Calificación: *Bueno*

Comentario: La dispepsia y los síntomas dispépticos son frecuentes. Otra cosa es que esos síntomas lo sean de una enfermedad importante, como la úlcera péptica o el cáncer. Los autores proponen separar claramente por edad, y dar importancia a las dispepsias en mayores de 45 años; y claro, cuando hay síntomas acompañantes como pérdida de peso, vómitos de repetición, o hemorragia intestinal (alta/baja). Es un artículo interesante; por ejemplo, habla de que los pacientes con *Helicobacter pylori* tienen una mayor probabilidad de tener dispepsia, pero sólo el 6% de las dispepsias que se encuentran en la población se deben a dicha infección.

Referencias bibliográficas: 85

Revisor: JG

S-2.521 **Dizziness: state of the science**

(Mareos)

Autores: Bytzer P, Talley NJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2001; 134: 823-832

Calificación: *Bueno*

Comentario: El mareo es motivo frecuente de consulta. ¿Cuál es el valor predictivo positivo del mareo para el diagnóstico de una determinada enfermedad, o para la afectación de la calidad de vida o la muerte? Mal podemos responder a ello, como destacan los autores al hacer un repaso de la cuestión. Hay mareos por: vértigo, presíncope, inestabilidad y otros (ansiedad, ocular y demás). La frecuencia de los diagnósticos concretos depende del interés del investigador pero, en general, es un síntoma que puede considerarse de pronóstico benigno. Su prevalencia aumenta con la edad, sobre todo en las consultas de los médicos.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-2.522 Benefits of pravastatin on cardiovascular events and mortality in older patients with coronary heart disease are equal to or exceed those seen in younger patients: results from the LIPID trial

(La parastatina es útil en la prevención secundaria en ancianos con infarto de miocardio)

Autores: Hunt D, Young P, Sines J, Hagra W, Mann S, Owensby D et al
Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2001; 134: 931-940

Calificación: Bueno

Comentario: La terapéutica hipolipemiente es eficaz en la prevención secundaria, sin duda. En este trabajo se analiza su eficacia por grupos de edad (65 a 75 frente a 31 a 64 años) en pacientes que han tenido un infarto de miocardio-angina de pecho y están en tratamiento con pravastatina (40 mg/día, durante 6 años). Es parte del LIPID, hecho en Australia y Nueva Zelanda. El tratamiento con pravastatina consigue evitar una muerte cardiovascular si se medica a 22 pacientes mayores de 65 años. Es, pues, un tratamiento muy eficaz.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-2.523 Social status and mortality

(Efectos psicológicos del estatus social)

Autores: Fitzpatrick R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2001; 134: 1001-1003

Calificación: Muy Bueno

Comentario: Este editorial comenta un esotérico trabajo publicado en el mismo número, acerca de que los actores que ganan premios viven más. Lo importante del comentario es que deja claro que los estudios que ligan clase social a ingresos y nivel económico no son suficientes para explicar las diferencias en expectativa de vida. El autor se centra en los aspectos psicológicos que interaccionan con la clase social para producir mejor salud; por ejemplo, la sensación de poder controlar el trabajo, o el tener un reconocimiento al trabajo hecho, o el sentir el reconocimiento y aprecio de la comunidad.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-2.524 Who should get treated for sleep apnea?

(¿Se deben tratar las apneas de sueño?)

Autores: Pack AI, Maislin G

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2001; 134: 1065-1066

Calificación: Bueno

Comentario: La apnea de sueño es una enfermedad "nueva" (es importante, como otras muchas, cuando se ofrece un tratamiento; es decir, la presión positiva continua por vía nasal). ¿Es una enfermedad? Los autores comentan en este editorial un artículo, sobre un ensayo clínico, que demuestra una falta de eficacia de la presión positiva por vía nasal. Falla cuando el paciente no se siente somnoliento de día, aunque la apnea nocturna sea grave. De forma que recomiendan cautela y el empleo de las dichosas "gafas" sólo en los pacientes en los que la somnolencia diurna sea un problema que mejore con las mismas.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-2.525 Oral mucolytic drugs for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review

(Los mucolíticos son útiles en las EPOC)

Autores: Poole PJ, Black PN

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2001; 322: 1271-1274

Calificación: Bueno

Comentario: ¿Sirven los mucolíticos para algo? No está claro, así que vale la pena leer este artículo, en el que se revisan 27 ensayos clínicos sobre el uso de mucolíticos, al menos durante 2 meses, en pacientes con bronquitis crónica y EPOC. Sorprendentemente, el tratamiento es eficaz, disminuye el número de recidivas anuales y los días de enfermedad. Los efectos adversos son mínimos, por lo que los autores (de la Biblioteca Cochrane) recomiendan que se trate a los pacientes con peor curso de su enfermedad, o que más tienen que ir a los hospitales, por sus recidivas continuas.

Referencias bibliográficas: 35

Revisor: JG

S-2.526 Management of spontaneous miscarriage in the first trimester: an example of putting informed shared decision making into practice

(Deja al aborto espontáneo en paz)

Autores: Ankum WM, Waard MW, Bindels PJE

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2001; 322: 1343-1346

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los médicos generales holandeses hicieron una guía, ya en 1989, sobre qué hacer frente a un aborto espontáneo. Muy sencilla, pues recomendaban no hacer nada, excepto si había dolor intenso o fiebre alta. En 1997 revisaron la guía y exponen lo mismo. Los autores, holandeses, revisan lo poco que se ha publicado sobre la cuestión y concluyen dejando claro que la cirugía (el típico legrado) es una opción absurda, a reservar sólo en casos muy seleccionados. En los siete ensayos publicados se demuestra que lo mejor es dejar actuar a la naturaleza, y no emplean ni cirugía ni medicación.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-2.527 Euthanasia: where the Netherlands leads with the world follow? No. Legalisation is a diversion for improving care for the dying

(Eutanasia versus mejora de la atención al terminal)

Autores: Emmanuel EJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2001; 322: 1377-1378

Calificación: Bueno

Comentario: La eutanasia forma un entramado inseparable de la atención al paciente terminal, se admita o se niegue. En Holanda lo han admitido hace años, como en Oregón (EE.UU.) hace poco. Lo nuevo es la legalización de lo que era práctica consentida con ciertas reglas entre los médicos holandeses. El autor de este editorial se pregunta si ello resuelve los problemas de los terminales, y mantiene que no; que la eutanasia se aplica a pocos pacientes (tras 20 años, en Holanda, sólo se aplica al 3,4% de los casos) y que la mayoría de los que mueren lo hacen en condiciones francamente mejorables.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-2.528 Do doctors position defibrillation paddles correctly? Observational study

(Los médicos no ponen en su sitio las paletas de defibrilación)

Autores: Heames RM, Sado D, Deakin CD
Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2001; 322: 1393-1394
Calificación: Bueno

Comentario: Es un estudio breve, simple y con impacto. Los autores contaron con 101 médicos de un hospital general inglés, a los que les pidieron que desfibrilasen a un maniquí "varón", con una supuesta fibrilación ventricular. Registraron los puntos en los que aplicaban las palas y los compararon con los puntos recomendados (en los que el choque eléctrico se transmite a una masa crítica de miocardio). La pala derecha se ponía generalmente bien (línea medioclaricular derecha). La pala izquierda se puso en el 65% de los casos mal (a más de 5 cm del punto recomendado: a la altura a la izquierda del pezón izquierdo, en la línea media axilar).

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-2.529 A survey of validity and utility of electronic patient records in a general practice

(Validación del registro informático en un centro de atención primaria)

Autores: Hassey A, Gerrett D, Wilson A
Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2001; 322: 1401-1405
Calificación: Muy bueno

Comentario: Tener una historia clínica electrónica, propiamente dicha, es hoy, todavía, un sueño. Pero los autores, ingleses, tienen un sistema de registro informatizado y se preguntan si lo que registran es correcto. Para ello desarrollan una estrategia de validación, que es interesante y simple. Por ejemplo, comparan el "libro" de citas con los registros en las historias informáticas (la coincidencia es del 98,1%). También valoran el registro de 15 diagnósticos frecuentes, tanto para saber si lo que registran es correcto como para tener idea de lo que no se registra. En fin, un intento serio y honrado de mejorar los registros informáticos.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-2.530 Poliglobulia secundaria a intoxicación crónica por monóxido de carbono en no fumadores

Autores: González JA, Fernández MA, López R, Martín G
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 517
Calificación: Bueno

Comentario: Estudio realizado en Plasencia (Cáceres), en el que se observa en un grupo de pacientes con poliglobulia atribuible al uso de brasero de picón (aún frecuente, sobre todo en medio rural). Los pacientes con afecciones crónicas estarían más expuestos en invierno a esta fuente de CO por su vida sedentaria. Algo que debemos tener en cuenta en algunos de nuestros pacientes con poliglobulia.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MARL

S-2.531 Mortalidad y calidad de vida al año del alta de una unidad de cuidados intensivos en pacientes mayores de 65 años

Autores: García F, Manzano JL, Saavedra P
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 521-525
Calificación: Bueno

Comentario: Hace unos años la edad era uno de los principales criterios de ingreso o no en una UCI (no sé si aún lo es actualmente en alguna). En este trabajo se observa que en los mayores de 65 años que habían estado ingresados en una UCI hubo una mortalidad al año del 51%. De los supervivientes, el 83% eran capaces de vivir independientemente. La mortalidad se relacionó principalmente con el desarrollo de disfunción multiorgánica durante la estancia en UCI y no con la edad. Por tanto, la edad no debe ser el factor determinante para el ingreso o no en estas unidades.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: MARL

S-2.532 Idoneidad de la prescripción antibiótica en atención primaria en la Comunidad Autónoma Vasca

Autores: Rotaeche R, Vicente D, Mozo C, Etxebarria A, López L, Olasagasti C, Barandiaran M, Iturriz P, Larrañaga M, Valverde E
Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Primaria* 2001; 27: 642-648
Calificación: Bueno

Comentario: La inadecuación en el uso de antibióticos se ha señalado con frecuencia, sobre todo en infecciones respiratorias de presumible origen vírico. Según este estudio, durante 1998 en Euskadi el 40% de prescripciones de antibióticos habría sido innecesaria (sobre todo en bronquitis aguda y en catarro de vías altas). Cuando fue necesario el antibiótico con frecuencia se eligió uno no adecuado. No es sólo un problema de gasto o de uso innecesario, sino de contribuir a la extensión de resistencia bacteriana e hipotectar la efectividad futura del tratamiento antibiótico.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: MARL

S-2.533 Variabilidad en las actividades preventivas en los equipos de atención primaria de Cataluña. Aplicación del análisis de niveles múltiples

Autores: Fusté J, Rué M
Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2000; 15 (2): 118-127
Calificación: Bueno

Comentario: La variabilidad en la práctica médica, interindividual e intercentros es conocida y con frecuencia con poca justificación. En este trabajo se estudia la variabilidad de las actividades preventivas en los centros de primaria de Cataluña, observándose de forma individual y de centros. La búsqueda de factores de riesgo es más frecuente en los pacientes con más problemas de salud. La menor carga asistencial favorece la práctica de actividades preventivas; un argumento más para ajustar el número de visitas diarias a las manejables con calidad y con capacidad para abordar otras actividades.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: MARL

S-2.534 Electronic publishing of science: better late than never

Publicación electrónica: ¡ya era hora!

Autores: Robertson D

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2001; 110: 370-372

Calificación: Bueno

Comentario: El autor emplea el ejemplo de un lejano pariente, médico, que hace 200 años logró escribir un artículo y verlo publicado en 5 meses. Hoy las cosas están mucho peor; muchísimo peor. En 5 meses sólo se publica el 10% de todo lo que será publicado. Una pena, que intenta remediar Pub Med Central dando acceso no sólo a artículos ya publicados en revistas, sino a textos propuestos por academias y similares, con independencia de que vayan a ser publicados. Hay una propuesta de no publicar en revistas que no dejen gratis, y libre, los textos publicados a los 6 meses de su versión en papel.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-2.535 Teaching students the art and science of physical diagnosis

(Cómo enseñar la exploración física a los estudiantes)

Autores: Anderson RC, Fagan MJ, Sebastian J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2001; 110: 419-423

Calificación: Muy bueno

Comentario: La enseñanza del diagnosticar a través del examen físico está en declive. Pronto todos vamos a parecer psiquiatras, incapaces de explorar "como Dios manda" a un paciente. En este trabajo, de profesores de medicina gringos, se deja claro que hay que seguir enseñando a los estudiantes cómo explorar a los pacientes. En los sesenta la incidencia de la enseñanza al lado del paciente, en la cama del hospital, era del 75%; en los noventa ha bajado al 16%. Es absurdo, porque demuestran que se puede enseñar, y que existen datos sobre valor predictivo de los signos y síntomas que los estudiantes son capaces de aprender.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-2.536 Ser enfermera hoy

Autores: Santo Tomás M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Rol Enf* 2001; 24: 383-390

Calificación: Bueno

Comentario: No es fácil escribir un artículo de reflexión y lograr que el lector lo lea íntegro. Pues la autora, de la Universidad de Valladolid, lo logra, y eso que habla de la enfermería y de su devenir histórico en España. Es un artículo sustancioso e interesante, agradable y cómodo de leer. Dice cosas sensatas, como que después de abolir hace 48 años el título de "practicante" todavía es lo que mejor hace entender a la población que una enfermera pone inyecciones o hace curas. Por supuesto, se ríe de lo de DUE. ¿Se imaginan a un médico diciendo que es un LUM, un licenciado universitario en medicina?

Referencias bibliográficas: 2

Revisor: JG

S-2.537 Terapia de rehidratación oral en la diarrea aguda

Autores: Polo B, Donat E, Dalmau J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Acta Pediatr Esp* 2001; 59: 313-316

Calificación: Bueno

Comentario: El tratamiento de la diarrea se basa en la rehidratación oral, que salva vidas, como señalan los autores. Sin embargo, la rehidratación oral recomendada por la OMS puede no ser la ideal en los países desarrollados, por el exceso de sodio, ya que recomiendan 90 mmol/l, y sería suficiente con 50/60. Lo lógico es la rehidratación temprana, y continuar con la lactancia materna, si existe, o la rápida reintroducción de la dieta normal, incluso los sólidos. En el texto se incluyen varias tablas muy interesantes; una, sobre el contenido de los líquidos populares en la rehidratación, pero inútiles o peligrosos, como la Coca-Cola; otra, sobre el contenido de las distintas alternativas recomendadas en la rehidratación oral.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-2.538 Características y evolución de las muertes por suicidio en una comarca rural

Autores: Viloria I, Clua JL, Aguilar C, Aguayo M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Salud Rural* 2001; 18: 39-50

Calificación: Muy Bueno

Los firmantes de este trabajo son médicos catalanes, de Tortosa, que se interesan por un gravísimo problema, semiculto: el suicidio. Han obtenido los datos a través de la colaboración judicial, lo que aumenta el mérito. Con 65.000 habitantes, en 10 años, se declaró una media de 60 suicidios. En la mitad de los casos hubo comorbilidad, especialmente depresión. Se suicidaron más varones que mujeres (más ahorcamientos y más uso de tóxicos, respectivamente), con tasa por 100.000 de 13,5 frente a 5,2. Con el aumento de la edad aumenta la incidencia de suicidios, lo que se nota más en los varones. Hay más suicidios en los fines de semana (el 62%).

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: JG

S-2.539 Fibrilación auricular aguda en una paciente de 28 años

Autores: Martínez C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Salud Rural* 2001; 18: 81-87

Calificación: Bueno

Comentario: En urgencias puede aparecer de todo, por lo que interesa leer lo que publican otros compañeros, sobre casos poco frecuentes. El autor, de El Molar (Madrid), presenta el caso clínico de una mujer joven que presenta un cuadro agudo de diarrea y de insuficiencia cardíaca, que se diagnostica de fibrilación auricular y se deriva al hospital, donde se logra la cardioversión con diltiazem intravenoso. Lo interesante es que no había nada, excepto la diarrea, que explicase la fibrilación. Se trató, pues, de un estado de vagotonía, que se resolvió sin secuelas. De paso se revisa la fibrilación auricular, y se comentan algunas terapéuticas.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-2.540 ¿Adelantan el diagnóstico de la diabetes tipo 2 los nuevos criterios de la Asociación Americana de Diabetes?

Autores: Mata M, Cos X, Pujol E, Bobé I, Centelles R, Ortiz R, et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Primaria* 2001; 28: 17-22

Calificación: Bueno

Comentario: El diagnóstico de diabetes es una decisión del profesional, según criterios arbitrarios. En este trabajo se compara el proceso diagnóstico en pacientes con alguna hiperglucemia ocasional, según se les aplica los criterios de la OMS o los de la Sociedad Estadounidense de Diabetes. Lo importante es si realiza una sobrecarga oral de glucosa, siguiendo los criterios de la OMS, o si sólo se atiende uno a la presencia de glucemias de más de 126 mg/dl, según el criterio estadounidense. Como destacan los autores, lo crítico es hacer la sobrecarga oral de glucosa, pues ello permite adelantar el diagnóstico de diabetes de 45 meses a sólo 16.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-2.541 Síndromes PFAPA: fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis

Autores: Carretero JL, Sánchez M, Álvarez AA, Teresa G
Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Primaria* 2001; 28: 189-190

Calificación: Informativo

Comentario: Ésta es una carta al director que vale la pena destacar. Los autores, vallisoletanos, se molestan en dar noticia de una forma de presentación de fiebre periódica que puede volver locos a padres y médicos. El síndrome PFAPA se inicia a edades tempranas, de menos de 5 años, y puede durar hasta la pubertad, con un cuadro clínico de fiebres que se repiten mensualmente, adenopatías cervicales, faringitis y aftas bucales, y poco más. El tratamiento consiste, básicamente, en tranquilizar a los padres, y en evitar tratamientos y hospitalizaciones innecesarias. Se pueden administrar antiinflamatorios y corticoides, con éxito variable.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-2.542 El humor en la relación asistencial y en la entrevista (II). El sentido del humor en la atención primaria

Autores: Tizón JL
Revista/Año/Vol./Págs.: *FMCA* 2001; 8: 390-403

Calificación: Muy bueno

Comentario: No hay consulta en la que no se refleje la vida diaria. Por ello, es interesante leer este atractivo trabajo, de un psiquiatra catalán interesado por la atención primaria, en el que se comentan las oportunidades y abusos de la broma, la risa, y la sonrisa en la consulta. El sentido del humor es una ayuda ante las situaciones tensas que pueden derivar a enfrentamiento, una forma de prestar ayuda psicológica al paciente, y un insulto cuando se emplea en su sentido proyectivo (se ríe el profesional del paciente, lo que expresa una psicopatología del profesional). El texto es largo, y entra en todo tipo de situaciones, incluso la de la patología mental, e incluye ejemplos que aclaran las cuestiones

Referencias bibliográficas: 46

Revisor: JG

S-2.543 Health-related mobility, health inequalities and gradient constraint. Discussion and results from a Norwegian study

(Movilidad de clase y salud)

Autores: Ivar J
Revista/Año/Vol./Págs.: *Eur J Public Health* 2001; 11: 135-140

Calificación: Bueno

Comentario: Este trabajo explora la posibilidad de que las personas con buena salud social tengan más facilidad para subir de clase, y viceversa. La cosa no está clara, por lo que el autor emplea datos de una encuesta de 1995 para valorar el impacto de la salud en el cambio de clase social. Lo primero, y relevante, es que es frecuente el cambio de clase social, pues el 40% de la muestra ha subido de clase, y el 18% ha bajado. Puesto que se mide la salud después de que se ha cambiado de clase social, el autor valora la altura de las personas, para saber si los más altos ascienden más fácilmente, y viceversa, pero no se puede llegar a ninguna conclusión.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: JG

S-2.544 Length of stay. How short should hospital care be?

(La estancia hospitalaria. ¿Cuánto ha de durar?)

Autores: Clarke A, Rosen R
Revista/Año/Vol./Págs.: *Eur J Public Health* 2001; 11: 166-170

Calificación: Excelente

Comentario: A estancias más cortas, menos hospitales. Como las estancias son cada día más cortas, hay gente –se incluye el firmante– que cree que los hospitales desaparecerán. Los autores dejan claro que su revisión acerca de la disminución de la duración de las estancias hospitalarias que la disminución de la estancia no conlleva un peor resultado sanitario, y que gran cantidad de técnicas hospitalarias previas son ahora moneda común en la casa del paciente o el centro de salud. Desde luego, los hospitales pueden seguir sirviendo para legitimar la función de paciente, y la de médico, o para hacer más fácil la enseñanza de las enfermedades raras, o para que los médicos que no se atreven a resolver problemas en solitario se junten y protejan. Pero, tal como los conocemos hoy, desaparecerán.

Referencias bibliográficas: 70

Revisor: JG

S-2.545 Transferencias sanitarias: la cuadratura del círculo

Autores: Anónimo
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med General* 2001; 34: 413-414

Calificación: Muy Bueno

Comentario: Nos estamos transformando en un estado federal, sin que haya discusión acerca de ello. Una consecuencia clara de la falta de análisis de la cuestión es la dificultad de hacer las transferencias con un mínimo de lógica. Este editorial hace un brevísimo repaso, sustancioso, a las dificultades de transferir la sanidad haciendo equilibrios para que todo el mundo quede contento. Casi imposible, lo que hará que “los médicos nos convertiremos en el relleno necesario para adaptar el cuadrado de las Autonomías al círculo de las transferencias sanitarias del Estado”.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG