

Con la colaboración de



S-2.066 *Effect of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-1998: comparison of observed with predicted mortality*

(Efecto del cribado del cáncer de mama en Gales e Inglaterra)

Autores: Blanks R, Moss S, McGahan C, Quinn M, Babb P

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2000; 321: 665-669

Calificación: Bueno

Comentario: El cáncer de mama puede prevenirse en parte. En este trabajo, ecológico, se hace una predicción de la mortalidad por cáncer de mama en Inglaterra y Gales para mujeres de 40 a 79 años. Es decir, se emplean datos de 1971-1989 para predecir la mortalidad en 1990-1998; se demuestra un descenso de la mortalidad del 21,3% entre las mujeres de 55 a 69 años. Se atribuye al cribado ese 6,4% del descenso y a las mejoras del tratamiento en un 19,9%. El trabajo da una visión optimista y su punto débil es el ser un estudio ecológico.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: MPF

S-2.067 *How effective is screening for breast cancer?*

(¿Es efectivo el cribado del cáncer de mama?)

Autores: Nyström L

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2000; 321: 647-648

Calificación: Muy bueno

Comentario: El autor, sueco, epidemiólogo, ayuda a interpretar correctamente los resultados del ensayo clínico sobre el cribado del cáncer de mama que decidió su implantación en el mundo entero *Swedish two countries trial*. El comentario pone énfasis en que en los países nórdicos cada ciudadano tiene un número de identificación, lo que permite unir los registros de mortalidad a los del cribado. El autor se pregunta si el efecto encontrado en el trabajo anterior, del 6,4%, justifica el cribado del cáncer de mama cuando el Ministerio de Sanidad inglés se propuso un descenso del 25%.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: MPF

S-2.068 *Users' guides to the medical literature. XXIII. Qualitative research in health care. Are the results of the study valid?*

(Cómo valorar la validez de los estudios cualitativos)

Autores: Gracomin M, Cook D

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2000; 284: 357-362

Calificación: Bueno

Comentario: No es fácil valorar las publicaciones con estudio cualitativos. En este trabajo, del grupo de la "Medicina basada en pruebas", se analiza cómo evaluar la validez de un estudio con resultados cualitativos. Eligen un ejemplo de relación médico-paciente y destacan los cuatro aspectos esenciales: a) selección adecuada de los participantes; b) recogida de datos apropiada a la cuestión que se investiga; c) riqueza en la variabilidad de observaciones, y d) análisis múltiple de los datos con interpretación adecuada de los diferentes puntos de vista.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: MPF

S-2.069 *A pain in the back*

(Un caso de dolor lumbar)

Autores: Lusie J, Gerber P, Sox M

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 343: 723-726

Calificación: Muy bueno

Comentario: El *New England* publica casos clínicos como resolución de problemas. El caso que se comenta trata de un varón de 80 años que empieza con dolor de espalda, que no cede al tratamiento sintomático; en las radiografías lumbares aparecen signos degenerativos evidentes y la TC demuestra estenosis intensa en L₃ y L₄. Hay aumento del PSA y de la VSG. Le operan: laminectomía descompresora. Al mes de la operación se diagnostica correctamente: infección por estafilococos (6 semanas de tratamiento con vancomicina intravenosa).

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MPF

S-2.070 *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras*

Autores: Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala J, Martínez MA, Lahortiga F, Cervera S

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 481-486

Calificación: Bueno

Comentario: Estudio realizado entre las chicas navarras de 12 a 21 años, en el que se observa una frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria del 4,1%, similar a la estimada por la Asociación Americana de Psiquiatría (esto de la globalización...). La mayoría no estaban en tratamiento médico. El 0,8% tenían criterios de bulimia nerviosa y el 0,3% de anorexia. El 37% de todas las jóvenes habían estado a dieta en el último año, casi todas (89%) por voluntad propia.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: MARL

S-2.071 *Estado actual del tratamiento de las metástasis hepáticas del cáncer colorrectal*

Autores: Cubillo A, de Castro J, Feliu J, González M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 506-510

Calificación: Informativo

Comentario: En torno a la mitad de pacientes con cáncer colorrectal desarrolla metástasis a lo largo de su evolución. Hasta hace unos años, esta situación no se abordaba con fines curativos. Actualmente sí, en algunos casos seleccionados, con prolongación importante de la supervivencia. Aunque el tratamiento no está bien definido, se basa en cirugía, quimioterapia intraarterial (hepática) e intravenosa. Avances en el tratamiento que deberían asociarse a avances en la prevención para disminuir la incidencia.

Referencias bibliográficas: 79

Revisor: MARL

S-2.072 **Glucocorticoides inhalados y efectos sobre el crecimiento de los niños**

Autores: Danés I, Agustí A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 517-518

Calificación: Informativo

Comentario: Los glucocorticoides inhalados (GCI) a dosis altas pueden frenar el crecimiento a corto y medio plazo, pero no a dosis bajas como suelen utilizarse en el tratamiento del asma infantil. Aun así, se recomienda utilizarlos como alternativa a los inhibidores de la desgranulación de mastocitos, administrar las dosis mínimas necesarias y seguir el desarrollo estatural de los niños tratados con GCI.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: MARL

S-2.073 **Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT)**

Autores: Grupo de Trabajo del PMIT

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 530-537

Calificación: Bueno

Comentario: La incidencia global de tuberculosis en España es de 38,51 casos/100.000 habitantes. Una barbaridad, muy superior a la de los países de nuestro entorno. Por comunidades, la mayor tasa la tiene Galicia (70,75) y la menor Castilla-La Mancha (16,22). Casi un 18% de los enfermos son seropositivos; un 4% estaban en prisión. Un 17% tenían antecedente de contacto y sólo un 4% de quimioprofilaxis. En fin, un panorama que exige medidas inmediatas: diagnóstico precoz, estudio de contactos, tratamientos adecuados, mayor coordinación...

Referencias bibliográficas: 60

Revisor: MARL

S-2.074 **A cost consequence study of the impact of a dermatology-trained practice nurse on the quality of life of primary care patients with eczema and psoriasis**

(Utilidad del cuidado enfermero en el eccema y la psoriasis)

Autores: Kernick D, Cox A, Powell R, Reinhold, Sawkins J, Warin A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J General Pract* 2000; 50: 555-558

Calificación: Muy bueno

Comentario: Todos tenemos experiencia de que la atención dermatológica es más bien penosa. Incluye enfermedades comunes, como psoriasis y eccemas. A ellas se dedica este trabajo, inglés, en el que se forma a una enfermera de dermatología del hospital para que vaya al centro de salud a seguir a los pacientes (con un algoritmo; si se necesitan nuevas recetas las firma el médico general, sin ver al paciente). El ensayo clínico demuestra que no hay diferencias significativas, y que cuesta mucho dinero hacer dicho ensayo.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-2.075 **Management of urinary tract infection in general practice: a cost-effectiveness analysis**

(Un análisis coste-efectividad de la cistitis)

Autores: Fenwick EAL, Briggs AH, Hawke CI

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J General Pract* 2000; 50: 635-639

Calificación: Muy bueno

Comentario: La cuestión del tratamiento de la cistitis en la mujer adulta no embarazada, sin síntomas de infección urinaria alta, no está resuelta. Los autores hacen una revisión y un análisis coste-efectividad y sugieren: a) lo mejor es el tratamiento empírico con antibióticos a todas las pacientes sintomáticas; b) le sigue dicho tratamiento, pero con recogida de orina antes de empezarlo y la modificación del mismo, si persisten los síntomas, cuando llegan los resultados, y c) si se quieren evitar resistencias, lo mejor es la tira reactiva y el tratamiento según sospecha.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-2.076 **Low back pain in general practice: reported management and reasons for not adhering to the guidelines in the Netherlands**

(Dolor de espalda: atención clínica en Holanda)

Autores: Schers H, Bradspenning J, Drijver R, Wensing M, Grol R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J General Pract* 2000; 50: 640-644

Calificación: Bueno

Comentario: En Holanda, en 1996, el Colegio de Médicos Generales hizo unas recomendaciones lógicas para el dolor de espalda: no reposo, mantenimiento de actividad, analgésico pautado a horas fijas, no rayos ni análisis y demás. En este trabajo se siguen 1.180 casos de dolor lumbar inespecífico atendidos por 57 médicos generales en 4 meses. Se recomendó actividad en el 76% de los casos, se pidió radiología en el 2%, se prescribieron analgésicos en el 53%. Se siguieron las normas mayoritariamente y la variabilidad fue escasa.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-2.077 **General practitioners miss disability and anxiety as well as depression in their patients with osteoarthritis**

(Los médicos generales no saben nada de sus pacientes crónicos)

Autores: Memel DS, Kirwan JR, Sharp DS, Hehir M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J General Pract* 2000; 50: 645-648

Calificación: Excelente

Comentario: Los médicos generales creemos conocer bien a los pacientes crónicos, pero este trabajo nos da un palo que hace pensar. Los autores, ingleses, estudian a 200 pacientes con artrosis de cadera y/o rodilla, y comparan su incapacidad, depresión, ansiedad y uso de otros servicios con los datos similares acerca de los mismos pacientes que proporcionan sus propios médicos de cabecera. Al comparar ambas fuentes, pacientes y médicos, queda claro que los profesionales no tienen ni idea. El índice de concordancia acerca de la minusvalía, por ejemplo, es de 0,24.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-2.078 *Palliative care provided by GPs: the carer's viewpoint*

(La opinión del cuidador acerca del cuidado paliativo prestado por el médico general)

Autores: Hanratty B

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J General Pract* 2000; 50: 653-654

Calificación: Bueno

Comentario: Éste es un buenísimo artículo acerca de un problema recurrente, el del control de los síntomas del paciente oncológico terminal. La autora, inglesa, encuesta por correo a 234 familiares de pacientes que han muerto recientemente por cáncer. Los médicos generales lograron el control del dolor sólo en el 52% de los casos. El control de otros síntomas, como diarrea, anorexia, insomnio y vómitos es también defectuoso, aunque no peor que en el hospital. Quizá la opinión de los familiares es más pesimista de lo que fue realmente (y la de los propios médicos más optimista).

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-2.079 *Don Quixote, Machiavelli and Robin Hood: public health practice, past and present*

(La salud pública combina aspectos de Don Quijote, Maquiavelo y Robin Hood)

Autores: Mullan F

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Public Health* 2000; 90: 702-706

Calificación: Bueno

Comentario: Hay quien todavía conserva una imagen de los EE.UU. con aureola positiva. El autor ayuda a ponerla en su sitio al hacer una síntesis histórica de la salud pública norteamericana. El artículo está bien, y sugiere que el salubrista trabaja en los puestos oficiales como una mezcla de Don Quijote (idealismo), Maquiavelo (estratega político) y Robin Hood (dando a los pobres lo que quita a los ricos). Reconoce que el último papel es el más difícil y el más importante en los EE.UU., donde el "mercado" ofrece poco o nada a los que más lo necesitan.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-2.080 *Health technology assessment in Spain*

(Evaluación de tecnología en España)

Autores: Granados A, Samprieto L, Asva J, Conde J, Vázquez R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Internation J Technology Assessment Health Care* 2000; 16: 532-559

Calificación: Bueno

Comentario: Está bien leer este artículo que resume la actividad de las diversas agencias de tecnología en España. Desde luego, reconoce que hay distintos sistemas de salud, según autonomías. Y da por bueno cosas como el cribado del cáncer de mama (hay una tabla con las regiones que lo tienen implantado, algunas increíbles, desde los 45 años, como Valencia, Rioja, Navarra y Castilla). Da información sobre los distintos trasplantes, y destaca los buenos resultados en riñón. Recoge información sobre medicamentos y su regulación. Como trabajo descriptivo es interesante.

Referencias bibliográficas: 74

Revisor: JG

S-2.081 *Increasing use of new prescription drugs: a case study*

(Introducción de los nuevos antidepresivos)

Autores: Foote SM, Etheredge L

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Affairs* 2000; 19: 165-170

Calificación: Bueno

Comentario: La depresión mayor no es frecuente, pero el uso de antidepresivos sí. En los EE.UU., como comentan las autoras, el Prozac es el segundo medicamento más prescrito. La cuestión es clave, porque entre el 50-70% de los pacientes depresivos mejoran, con independencia del empleo de tricíclicos u otros antidepresivos. La penetración de los nuevos antidepresivos no tiene fundamento científico. Pero no sólo es eso; en los EE.UU. se ha promocionado la propaganda directa a los pacientes, así que el Prozac se gasta 41 millones de dólares en promoción directa.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-2.082 *Unresolved issues in the role of cyclooxygenase-2 in normal physiologic processes and disease*

(Fisiología y patología de la ciclooxigenasa 2)

Autores: Lipsky PE, Brooks P, Crofford LJ, DuBois R, Graham D, Simon LE

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2000; 160: 913-920

Calificación: Bueno

Comentario: Este trabajo, de autores norteamericanos, australianos y holandeses, podría extrañar a cualquier profesional no médico, pues demuestra que se están utilizando inhibidores de la COX-2 (ciclooxigenasa) sin que tengamos ni idea del papel fisiológico de las COX, en general. Ambas existen y tienen un papel importante, con y sin inflamación. Por ejemplo, en el riñón, la COX.1 produce vasodilatación en el glomérulo (necesaria para la filtración) y la COX.2 parece aumentar la producción de renina cuando se inhibe la producción de angiotensina-2.

Referencias bibliográficas: 120

Revisor: JG

S-2.083 *Mortality among women with ductal carcinoma in situ of the breast in the population-based Surveillance, Epidemiology and End Results Program*

(Mortalidad por carcinoma intraductal mamario)

Autores: Ernster VL, Barclay J, Klerlikowke K, Wilkie H, Ballard R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2000; 160: 953-958

Calificación: Muy bueno

Comentario: En Holanda los cánceres intraductales de mama detectados en el cribado mamográfico no se cuentan como cánceres, porque su historia natural es benigna. Los autores siguen hasta 10 años a las mujeres diagnosticadas de carcinoma intraductal. Entre 1978 y 1983 sólo murieron de cáncer de mama el 3,4%; y de las diagnosticadas entre 1984 y 1989, sólo murieron de cáncer de mama el 1,9% a los 10 años. Hay que tener en cuenta que en los EE.UU. los carcinomas intraductales representan el 14% del total de los cánceres de mama diagnosticados.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-2.084 *Quality of anticoagulation management among patients with atrial fibrillation*

(Calidad del tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular)

Autores: Samsa GP, Matchar DB, Goldstein LB, Bnonito AJ, Lux LJ, Witter DM et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2000; 160: 967-973

Calificación: Muy bueno

Comentario: Este artículo va más allá del habitual, en el que se demuestra que muchos pacientes no son tratados con anticoagulantes. Es decir, demuestran en Nueva York y Carolina del Norte que sólo el 35% de los 660 pacientes estudiados con fibrilación auricular recibe anticoagulantes. Pero que éstos tienen valores de INR incorrectos en la mitad de los casos, y lo que es pero, muchas veces no se recita al paciente, o se cita y vuelve a tener resultados anormales. Una área manifiestamente mejorable.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-2.085 *Yield of repeated screening for abdominal aortic aneurysm after a 4-year interval*

(Valor del cribado del aneurisma aórtico)

Autores: Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Littooy FN, Krupski WC, Bandyk D et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2000; 160: 1117-1121

Calificación: Bueno

Comentario: No está recomendado el cribado de varones ancianos para la detección precoz mediante ecografía de aneurismas aórticos. Pero los autores se plantean no ya el cribado inicial, sino su repetición a los cuatro años. Utilizan ex militares, varones de 50 a 79 años, un total de 16.643, en los que encuentran 1.545 casos de aneurismas aórticos con ecografía. A una muestra de 5.151 de los que no tenían nada los vuelven a intentar estudiar a los 4 años; entre los 2.622 cribados hay 58 (2,2%) con aneurisma asintomático (y sólo tres son de 4 a 4,9 cm).

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-2.086 *Productivity in primary care. Work smarter, not harder*

(Productividad en atención primaria)

Autores: Poplin C

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2000; 160: 1231-1233

Calificación: Muy bueno

Comentario: Este trabajo se refiere al sistema estadounidense, que está girando hacia el *managed care* (iguales) produciendo un cuadro caótico. La autora trata el complejo problema de medir la productividad de los médicos por el número de pacientes que atienden. Le parece absurdo, sobre todo, porque los médicos deberían dedicarse a los casos complejos y dejar los casos simples (vacunaciones, controles y demás) al personal auxiliar. Comenta, también, el escaso uso de los nuevos medios de comunicación para mejorar el contacto generalista-especialista.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-2.087 *Error in medicine: what have we learned?*

(¿Qué sabemos sobre los errores médicos?)

Autores: Bates SW, Gawande AA

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2000; 132: 763-767

Calificación: Excelente

Comentario: Da gusto leer un texto que ayuda a pensar en cómo evitar errores médicos. Lo primero, dicen los autores, norteamericanos, es ser conscientes de que los errores se producen en un contexto, y es ese entorno lo que hay que cambiar (no castigar al médico que comete el error). Hay que estudiar cada caso para descubrir las condiciones ("errores en potencia") que facilitan el desastre. Después hay que admitir que muchos de los errores médicos se pueden evitar: hasta dos tercios. Y comprender que calidad y seguridad van unidas; hay que hacer las cosas bien.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

S-2.088 *The maternal perspective on prenatal ultrasound*

(La opinión de las mujeres respecto a la ecografía prenatal)

Autores: Stephens MB, Montefalcon R, Lane DA

Revista/Año/Vol./Págs.: J Fam Pract 2000; 49: 601-604

Calificación: Bueno

Comentario: Las mujeres embarazadas creen que la ecografía es parte de una atención prenatal de calidad, como se ha hecho creer a la sociedad. Pasa en España y pasa en los EE.UU., país donde los autores encuestan a 137 mujeres militares que asistían por primera vez a por cuidados para su embarazo. El 98% quería una ecografía, y el 37% estaba dispuesta a pagarla si no se le daba gratis. Las razones fueron: saber el sexo del feto (33%), determinar la salud del feto (27%), valorar el crecimiento fetal (9%), para tranquilidad (9%) y otras.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-2.089 *The placebo response. Recent research and implications for family*

(El efecto placebo en atención primaria)

Autores: Brody H

Revista/Año/Vol./Págs.: J Fam Pract 2000; 49: 649-654

Calificación: Muy bueno

Comentario: El autor, norteamericano, revisa el amplio campo del placebo en medicina general. En particular, el médico como placebo, aunque llega a la base bioquímica de algún otro placebo (las endorfinas, como mediadoras del placebo para el dolor). Lo importante es que demuestra que los médicos de familia hemos hecho poca investigación en este campo, pese a que es fácil integrar lo demostrado: compartir ideas, conocimientos y expectativas con el paciente. En los pacientes crónicos, hay que ayudar a obtener una vida plena, aunque no se cure del todo la enfermedad.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-2.090 *Validity of self-reported utilisation of primary health care services in an urban population in Spain*

(Validez de la declaración sobre uso de consultas de atención primaria)

Autores: Bellón JA, Lardelli P, Luna J, Delgado A
Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 544-551

Calificación: Bueno

Comentario: Muchas veces se utiliza la encuesta a pacientes para determinar el uso de servicios, lo que puede dar lugar a fallos de memoria. En este trabajo, se estudian 656 pacientes de cinco médicos de familia, comparando sus respuestas sobre el uso previo de la consulta. No hay muchos más fallos si se habla de las dos semanas previas o del año anterior, pero la tendencia general es a declarar más visitas de las realizadas. Cuantas más visitas reales se hicieron más se tiende a declarar de menos. Con peor salud y más satisfacción se declaran más de las hechas.

Referencias bibliográficas: 51

Revisor: JG

S-2.091 *Do we learn our lessons from the population based interventions?*

(¿Aprendemos de los resultados de los programas comunitarios?)

Autores: Puska P
Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 562-563

Calificación: Excelente

Comentario: Este editorial, de una de las principales responsables de las intervenciones comunitarias, no tiene pérdida. Da gusto ver a alguien razonable en torno a una cuestión que ha fracasado reiteradamente. Las intervenciones poblacionales deben medirse a fondo, y no hay mucha metodología para hacerlo. Al autor le parece bien lo de los resultados intermedios, pero insiste en que hay que medir la propia intervención, su organización e intensidad. Que sin evaluación no hay progreso. Siempre, y más en un campo sometido a crítica permanente.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-2.092 *What is the "golden standard" for assessing population-based interventions? Problems of dilution bias*

(La evaluación de los programas comunitarios y el sesgo de "dilución")

Autores: Lindholm L, Rosén M
Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 617-622

Calificación: Informativo

Comentario: Los defensores de las intervenciones en la comunidad continúan buscando argumentos, una vez que se ha demostrado que el impacto de estos planes comunitarios es pequeño, nulo o negativo sobre la morbilidad y/o mortalidad. En este artículo se justifica el fracaso de proyectos como el de North Karelia por la "dilución del efecto". Los sesgos van desde la mudanza de pacientes a la diseminación de la intervención a las áreas utilizadas como control. Proponen que se empleen resultados intermedios.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-2.093 *Inter-hospital variations in caesarean sections. A risk-adjusted comparison in the Valencia public hospitals*

(Variabilidad hospitalaria en Valencia para cesáreas)

Autores: Librero J, Peiró S, Márquez S
Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 631-636

Calificación: Bueno

Comentario: Las mujeres son encarnizadamente perseguidas por los médicos, como demuestran los autores, valencianos. Estudian las cesáreas en los hospitales públicos (once) de Valencia; tienen que descartar el 20% de los casos, por mal registro. Hay variación del 15 al 25% y esta variabilidad no se justifica con ningún dato de gravedad fetal y/o maternal. Influyen cosas como el día de la semana o "distocias y sufrimiento fetal" (diagnósticos que pueden justificar la cesárea *a posteriori*).

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

S-2.094 *Tendencia temporal de la incidencia de cáncer en Navarra y Zaragoza*

Autores: López-Abente G, Pollán M, Vergara A, Ardanaz E, Moreo P, Moreno C, Ruiz M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2000; 14: 100-109

Calificación: Bueno

Comentario: Desde 1963 en Zaragoza y desde 1973 en Navarra, se observa un importante incremento en la incidencia de cáncer. En el varón aumenta sobre todo el de pulmón (5% anual), próstata (> 2%) y linfoma no hodgkiniano; en la mujer linfoma no hodgkiniano (7% anual), ovario (4%) y mama (3,5% en Navarra, atribuible en parte al cribado y 0,9 en Zaragoza). También aumenta en los dos sexos más del 3% el colorrectal, vejiga y riñón. La mayoría, en parte, son prevenibles. ¿Qué estamos haciendo?

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: MARL

S-2.095 *La cultura de la prevención, muy anterior a 1977*

Autores: Navarro R
Revista/Año/Vol./Págs.: *Diario Médico* 18-05-2000

Calificación: Informativo

Comentario: Da gusto leer cosas como ésta, en la que un médico jubilado contesta a un ex ministro recordándole que la prevención no es un invento de los de ahora. Recuerda cosas como la disminución de la mortalidad infantil o por tuberculosis en los años cincuenta-setenta, la erradicación de enfermedades como la peste, cólera, tífus, viruela, rabia y paludismo, tracoma, difteria, etc., todo con un enorme esfuerzo. En fin, realidades que a veces se olvidan. Ahora hay otros problemas que prevenir, pero no debemos ser desagradecidos con lo mucho que hicieron nuestros predecesores.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: MARL

S-2.096 **Análisis crítico de la atención farmacéutica**

Autores: Costas Lombardía E

Revista/Año/Vol./Págs.: *Medicina General* 2000; 25: 591-598

Calificación: Informativo

Comentario: La atención farmacéutica es un movimiento profesional que pretende añadir a la farmacia funciones clínicas. En nuestro país hay algunos sectores muy activos en este sentido (respecto al seguimiento de los tratamientos farmacológicos en algunos pacientes). El autor critica sin ambigüedad este movimiento por considerarlo una forma antinatural de control externo de la actividad médica, posible intrusismo, provocar desconfianza e incertidumbre en el paciente, contradecir la Ley de Sanidad y fundarse en trabajos que considera falacias.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: MARL

S-2.097 **Evolución de los factores de riesgo cardiovascular después de un año en un programa de menopausia**

Autores: Sánchez I, Herrero A, Aranda D, García P

Revista/Año/Vol./Págs.: *Salud Total Mujer* 2000; 2: 41-46

Calificación: Bueno

Comentario: En los tiempos que corren, de progresiva medicalización de la sociedad, artículos como éste son de agradecer. En la menopausia (considerada por muchos como una enfermedad) aumenta el riesgo cardiovascular. En este trabajo, realizado en los Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid, se demuestra que mediante el ejercicio físico y la dieta puede mejorarse de forma importante los factores de riesgo cardiovascular (disminuye el peso, el colesterol, la glucemia, la PA). Hagamos más hincapié en los hábitos que en las medicinas.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: MARL

S-2.098 **Fútbol, televisión y servicios de urgencias**

Autores: Miró O, Sánchez M, Borrás A, Millá J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 538-539

Calificación: Bueno

Comentario: La relación entre las retransmisiones deportivas y la disminución de la utilización de los servicios sanitarios es algo que todos más o menos percibimos, pero que es agradable constatar en un artículo publicado en una revista como *Medicina Clínica*. En el servicio de urgencias del H. Clínic de Barcelona, disminuyeron las visitas en un 18% cuando se retransmitieron en TV partidos de fútbol, sobre todo por problemas menores. Quizá haya que promover más "entrenamientos" a la gente para que no se utilicen tan abusivamente los servicios sanitarios.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: MARL

S-2.099 **Los resultados del ensayo RALES constituyen una buena noticia para los pacientes con insuficiencia cardíaca y las administraciones sanitarias**

Autores: Azpitarte J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 545-550

Calificación: Informativo

Comentario: En el ensayo RALES, considerado modélico, han participado 195 centros de 15 países (entre ellos 17 centros españoles). Sus resultados son concluyentes: 25 mg de espirolactona diarios reducen de forma muy significativo tanto la mortalidad total como la cardíaca en enfermos con insuficiencia cardíaca (IC) (en los pacientes con IC grado III o IV de la NYHA tratados con IECA y diurético de asa, añadirlo salva una vida por cada 9 pacientes tratados a lo largo de 2 años). Además, a un coste muy bajo. No te olvides de la espirolactona en tus pacientes con IC (aunque barata, es buena...).

Referencias bibliográficas: 45

Revisor: MARL

S-2.100 **Prevalencia y factores asociados a la presencia de esteatosis hepática en varones adultos aparentemente sanos**

Autores: Parés A, Tresserras R, Núñez I, Cerralbo M, Plana P, Pujol FJ et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 561-565

Calificación: Bueno

Comentario: La esteatosis hepática (EH) es un problema mal conocido, para el que no disponemos actualmente de tratamiento. En este estudio, realizado en Barcelona, se observa que su prevalencia en varones aparentemente sanos es alta, del 14%. El criterio diagnóstico fue ecográfico (principalmente aumento de ecogenicidad). La EH se relacionó con el consumo excesivo de alcohol, el sobrepeso y alteraciones metabólicas tales como hiperglucemia e hipercolesterolemia. El control de estos factores disminuiría la frecuencia de EH.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: MARL

S-2.101 **Utilidad de la detección de antígenos de *Helicobacter pylori* en heces en el diagnóstico de infección y en el control de la erradicación tras el tratamiento**

Autores: Romero M, Vargas J, Grande L, Otero MA, Bernal S, Castro M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 571-573

Calificación: Bueno

Comentario: En el diagnóstico de la infección por *H. pylori* puede utilizarse el test de la ureasa, el cultivo, el estudio histológico o el PCR, que precisan la realización de endoscopia; también la serología y el test del aliento, que precisa de un equipo caro y complicado. Recientemente se ha desarrollado un nuevo método de ELISA para detectar la presencia de antígenos de *H. pylori* en heces, de forma rápida, cómoda, fácil y con un rendimiento aceptable para el diagnóstico de la infección y el control de la erradicación (se está planteando que en muchos casos no haría falta confirmación diagnóstica para iniciar tratamiento).

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: MARL

S-2.102 *Users' guides to the medical literature. XXII: how to use articles about clinical decision rules*

(Cómo leer artículos científicos sobre decisión clínica)

Autores: McGinn TG, Guyatt GH, Wyer PC, Naylor CD, Stiell IG, Richardson WS

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 284: 79-84

Calificación: Bueno

Comentario: Los canadienses de la Universidad McMaster (Ontario) siguen con sus trabajos sobre la "medicina basada en pruebas". En este caso estudian cómo leer artículos que se refieran a reglas clínicas de decisión, y emplean como ejemplo lo publicado sobre las reglas de Ottawa para los esguinces/fracturas de tobillo. Consideran que son reglas excelentes, bien desarrolladas, y validadas, con gran poder predictivo, y capaces de modificar la conducta del clínico. Dan una dirección en Internet con nueva colección de reglas de decisión clínica ([//med.mssm.edu/ebm](http://med.mssm.edu/ebm)).

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-2.103 *Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report*

(El Instituto de Medicina ha exagerado el número de muertes por error médico)

Autores: McDonald CJ, Weiner M, Hui SL

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 284: 93-95

Calificación: Muy bueno

Comentario: En la sección de controversias de JAMA se discute esta vez si el informe del IOM sobre errores médicos ha exagerado sus resultados. Los autores, de Indiana (EE.UU.), sostienen que hay exageración, pues se empieza comparando las muertes por errores médicos en hospitales con las muertes en accidentes de coche, cuando el riesgo de muerte es muy distinto. Revisan el estudio de Harvard y demuestran que la muerte es frecuente en los hospitales, por errores médicos, pero también por la gravedad de los pacientes ingresados.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-2.104 *Institute of Medicine medical error figures are not exaggerated*

(El Instituto de Medicina no ha exagerado el número de muertes por error médico)

Autores: Leape LL

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 284: 95-97

Calificación: Muy bueno

Comentario: Ésta es la respuesta al texto anterior que procede de un profesor de salud pública de Harvard. El autor insiste en que los estudios demuestran que los médicos se equivocan, y que hay muertes evitables por errores médicos. El exceso de muertes no se justifica por el riesgo de los pacientes por enfermedad; aun que el paciente fuera a morir en cualquier caso, no hay ética que pueda justificar el que un error médico lo acelere. El autor hace un bonito análisis de los criterios de selección para el estudio de los pacientes que mueren por error en los hospitales.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-2.105 *Medical genetics, the human genome project and public health*

(Genética y salud pública)

Autores: Borbrow M, Grimbaldeston AH

Revista/Año/Vol./Págs.: J Epidemiol Community Health 2000; 54: 645-649

Calificación: Muy bueno

Comentario: Este trabajo es una conferencia de 1996 que conserva toda su actualidad, pues poco ha cambiado (contra lo que nos quieren hacer creer). Tenemos 1.014 células, todas con el mismo ADN que expresan de forma distinta. La mayor parte del ADN no contiene genes y no sabemos para qué sirve. Determinadas propuestas, como el cribado de los genes BRCA para el cáncer de mama, no tienen sentido por falta de medidas consecuentes de probada eficacia. Quedan cuestiones éticas gravísimas sin resolver.

Referencias bibliográficas: 3

Revisor: JG

S-2.106 *Antibiotics for coughing in general practice: a qualitative decision analysis*

(Antibióticos para la tos: estudio cualitativo)

Autores: Goenen S, Royen PV, Vermeire E, Hermann I, Dehekens J

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2000; 17: 380-385

Calificación: Bueno

Comentario: La prescripción innecesaria de antibióticos es una plaga. En este caso, son médicos generales belgas los que exploran la cuestión. Hacen cuatro grupos focales, con 24 médicos generales, y analizan el proceso diagnóstico y terapéutico ante un adulto con tos. Los médicos piensan en infecciones, pero también en EPOC, asma, insuficiencia cardíaca, embolismo pulmonar, efecto adverso de IECA y demás. No está claro cuándo deciden centrarse en infecciones, y cuándo deciden prescribir antibióticos.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-2.107 *Predictors of an antibiotic prescription by GPs for respiratory tract infections: a pilot*

(Predictores de la prescripción de antibióticos en la IRA)

Autores: Murray S, Mar CD, O'Rourke P

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2000; 17: 386-388

Calificación: Muy bueno

Comentario: En Australia también se prescriben en exceso los antibióticos. En este trabajo se someten 32 cuadros clínicos del mismo paciente (de 20 años con infección respiratoria) a 20 médicos generales. Los médicos prescribirían antibióticos en 212 casos del total de 640. Lo que más lleva a prescribir es que haya esputos amarillentos, seguido de dolor de garganta y fiebre. Por supuesto, en ningún caso estaba justificada la prescripción de antibióticos. La técnica que emplean en el estudio (*clinical judgment analysis*) es simple y eficaz.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-2.108 *Observational study of home visits in Slovene general practice: patient characteristics, practice characteristics and health care utilization*

(Visitas domiciliarias en Eslovenia)

Autores: Kersnik J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract* 2000; 17: 389-393

Calificación: Bueno

Comentario: Las visitas a domicilio son características de la práctica del médico general, pero hay muy poco publicado acerca de esta cuestión. De ahí el interés por todo lo publicado sobre los avisos a domicilio. En este trabajo participan 36 médicos generales eslovenos, que estudian a 60 pacientes consecutivos y les dan un cuestionario para que lo contesten en casa. Se toma contacto con 2.160 pacientes y se reciben 1.809 cuestionarios; 277 pacientes habían tenido una visita a domicilio. Estos pacientes son mayores, y más enfermos que el resto.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-2.109 *Análisis del consumo de medicamentos utilizando indicadores de calidad en la prescripción*

Autores: Gómez V, Candás MA, Fidalgo S, Armesto J, Calvo MJ, Marino MA et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Primaria* 2000; 25: 618-624

Calificación: Bueno

Comentario: En España hace decenios que se registra informáticamente todo lo que los médicos prescriben. Y no se utiliza para otra cosa que para pagar a los farmacéuticos. Por eso da gusto leer este artículo, en que se analiza la prescripción de los médicos del Insalud, que cubre a unos 14 millones de personas. Los autores intentan medir calidad, con éxito moderado. Desde luego, queda claro que se usan en exceso, por ejemplo, los calcioantagonistas, y en defecto los bloqueadores beta. Y que se tira dinero con el omeprazol.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-2.110 *Terapêutica em cuidados de saúde primários numa população rural do distrito de Faro*

(Una consulta rural portuguesa)

Autores: Medeiros A, Costa A, Magalhaes A, Luzia E, Gonçalves H

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Port Clin Geral* 2000; 16: 279-290

Calificación: Bueno

Comentario: Los españoles y los portugueses nos ignoramos, como buenos vecinos. Pero hay que saber que la *Revista Portuguesa de Clínica Geral* se ha vuelto a editar, tras una ausencia de años. El artículo que se comenta es el típico de descripción de la atención en un área rural, que resulta ilustrativo y bonito. Son 3 meses de registro, de cinco médicos generales. Hacen una receta en el 77% de los encuentros; el grueso de las recetas (24%) son para el aparato cardiovascular. Recetan muchos AINE e hipnóticos (benzodiazepinas).

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-2.111 *Una avó e dois netos adolescentes: un "agregato" de problemas*

(Un caso clínico de medicina general: la abuela y dos nietos)

Autores: Martins C, Mauroy I, Costa P

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Port Clin Geral* 2000; 16: 313-328

Calificación: Excelente

Comentario: Los casos clínicos en atención primaria no tienen, ni deben tener, nada que ver con los casos clínicos hospitalarios. Pero los médicos generales copian el modelo tanto en las presentaciones orales como en las escritas. No lo hacen los autores, portugueses, al presentar el caso de una anciana diabética y artrósica que cuida a dos nietos adolescentes. Da gusto seguir la biografía/patología de la paciente, y ver integrados los aspectos sociales, laborales, familiares y clínicos. Sirva de ejemplo de cómo hacer las presentaciones de casos clínicos en medicina general.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-2.112 *Gender-related differences in the organization and provision of services among general practitioners in Europe. A signal to health care planners*

(El sexo de los médicos generales y la organización y prestación de servicios en Europa)

Autores: Boerma W, Brink Muinen A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2000; 38: 993-1002

Calificación: Bueno

Comentario: En este estudio se utilizan datos de 32 países europeos, declarados por médicos generales. Los autores, holandeses, estudian las diferencias de actividad según el sexo de los médicos. Los médicos son más jóvenes, trabajan más a tiempo parcial, en el medio urbano, en grupo/centro de salud, y hacen menos avisos a domicilio. Las diferencias entre ambos sexos son menores en los países en los que los médicos son filtro (*gatekeeping*). Los médicos reciben más problemas ginecológicos y hace más actividades de educación para la salud.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-2.113 *Mobility problems and perceptions of disability by self-respondents and proxy respondents*

(La percepción de la minusvalía)

Autores: Iezzoni LI, McCarthy EP, Davis RB, Siebens H

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2000; 38: 1051-1057

Calificación: Muy bueno

Comentario: La minusvalía implica la interacción del individuo con su ambiente social. Ser minusválido es aceptar ese papel social. En este trabajo, estadounidense, con una muestra de toda la nación, de 142.572 personas, el 20% de los minusválidos que utilizan sillas de ruedas no se consideran tales (sólo el 13% si la silla es de propulsión eléctrica). En las respuestas a la encuesta, las respuestas de los familiares son muy parecidas a las de los propios minusválidos. Respecto a la minusvalías graves de desplazamiento, afectan al 3,1% de la población.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG