

Con la colaboración de



S-1.730 *Zanamivir. Pas de progrès tangible contre la grippe*

(Zanamivir: nada nuevo contra la gripe)

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: *Prescrire* 1999; 19: 725-728

Calificación: Informativo

Comentario: El zanamivir se ha introducido por múltiples medios de comunicación (radio, televisión, entre otros) como una panacea en el tratamiento de la gripe. Sin embargo, la revista *Prescrire* considera que no aporta nada, pues la amantadina (de siempre en el mercado) tiene la misma eficacia y menos efectos colaterales. El zanamivir puede producir broncospasma grave en pacientes con asma y EPOC, incluso con resultado de muerte. Por lo tanto, es un medicamento de segunda línea.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: MPF

S-1.731 *Pas de tamoxifène en prévention primaire du cancer du sein*

(El tamoxifeno no es útil en la prevención primaria del cáncer de mama)

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: *Prescrire* 1999; 19: 775-778

Calificación: Bueno

Comentario: El tamoxifeno se emplea en la prevención secundaria del cáncer de mama (recidiva), y en la actualidad se propone en su prevención primaria. Sin embargo, los tres ensayos clínicos realizados ofrecen resultados diferentes, difíciles de explicar. Incluso en el ensayo estadounidense, el más favorable al fármaco, hay que tratar a 120 mujeres durante 5 años, para evitar dos casos de cáncer de mama, al precio de producir un caso de embolismo pulmonar y un caso de cáncer de útero.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: MPF

S-1.732 *Acide alendronique en prévention primaire. Pas de diminution du risque fracturaire*

(El alendronato no disminuye la incidencia de fracturas)

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: *Prescrire* 1999; 20: 10-13

Calificación: Informativo

Comentario: El alendronato no se incluye entre los medicamentos que cubre la Seguridad Social francesa. En esta revisión se concluye que el alendronato aumenta la densidad mineral ósea en la mujer posmenopáusica, pero sólo durante el tratamiento. A largo plazo no disminuye las fracturas sintomáticas, es costoso y tiene efectos secundarios frecuentes y, a veces graves (sobre el esófago). La revista *Prescrire* no recomienda su uso en la prevención primaria de las fracturas por osteoporosis.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: MPF

S-1.733 *Effect of exercise on coronary endothelial function in patients with coronary artery disease*

(Efecto del ejercicio en el endotelio coronario)

Autores: Mambrecht R, Wolf A, Gielen S, Linke A, Hoffer J, Erbs S et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 454-460

Calificación: Bueno

Comentario: Recomendamos el ejercicio físico tras el infarto de miocardio como una pauta general de base científica muy endeble. Por eso, es interesante este artículo alemán, en el que se valora el impacto de cuatro semanas de ejercicio físico sobre la respuesta vasoconstrictora del endotelio coronario a la acetilcolina. En el grupo experimental, disminuye la acción de la acetilcolina, lo que mejora el flujo coronario. Parece, pues, que empieza a haber cierto grado de fundamento científico.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MPF

S-1.734 *Medicina basada en la eficiencia: una inevitable realidad para el siglo XXI*

Autores: Soto J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 655-657

Calificación: Informativo

Comentario: Cada vez tenemos nuevos términos para expresar nuevos conceptos. En este caso es el de "medicina basada en la eficiencia", frente al de "medicina basada en la evidencia" (orientada a la eficacia y seguridad de nuestras intervenciones). El autor, teniendo en cuenta el aumento del gasto en sanidad, opina que se debe lograr que los recursos disponibles se distribuyan de acuerdo con el interés global de la sociedad, no sólo del bien individual de cada paciente. Mayor papel para economistas y gestores y menor para los médicos.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: MARL

S-1.735 *Detección precoz de los aneurismas aórticos. Experiencia en Asturias (1980-1998)*

Autores: Estevan JM, Valle A, García M, Tagarro S

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 677

Calificación: Informativo

Comentario: En Asturias se ha pasado en 10 años de diagnosticar 199 aneurismas de aorta abdominal (AAA) al año a 700, aumentando la cirugía electiva y disminuyendo la urgente, lo que se traduce en un mejor control de éstos. Esto se ha conseguido gracias a una actitud de detección oportunista cuando se realizan ecografías abdominales. La cuestión ahora es consensuar las indicaciones quirúrgicas en función del tamaño, la evolución y el riesgo de cada paciente. Todavía no se plantea el cribado de AAA por ser ineficiente.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-1.736 *Utilización de anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular crónica no valvular*

Autores: Callejas JL, Ortego N, Díaz A, Troncoso E
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 679

Calificación: Bueno

Comentario: Éste es otro artículo en el que se constata el bajo uso de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular crónica no reumática (FACnR), en este caso en Granada, a pesar de que esté indicada. El 76,8% de los pacientes con FACnR tenían dos o más factores de riesgo embólico asociados (> 70 años, diabetes, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, HTA, disfunción ventricular o aumento auricular izquierdo) y aun así había muchos sin anticoagular. ¿Qué hay que hacer para aplicar las recomendaciones científicas a la práctica médica diaria?

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: MARL

S-1.737 *Seguridad de la vacuna antimeningocócica A + C. Datos recogidos por el Sistema Español de Farmacovigilancia*

Autores: Grupo de Investigación sobre la vacuna antimeningocócica del Sistema Español de Farmacovigilancia

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 1999; 13 (6): 462-467

Calificación: Bueno

Comentario: En 1997 se realizó en España una campaña de vacunación masiva con la vacuna antimeningocócica no exenta de controversia. Se administraron 4,5 millones de vacunas y se notificaron 2,54 reacciones adversas por 100.000 vacunados. De las 133 reacciones notificadas, la mayoría fueron leves, considerándose graves sólo dos casos que se resolvieron sin secuelas. La vacuna realmente es segura, sin que se tuvieran datos previos con este gran número de vacunados en la práctica real.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: MARL

S-1.738 *General practitioners' opinions on consultation of another physician in case of euthanasia*

(La opinión de los médicos generales acerca de pedir la opinión a un colega en casos de eutanasia)

Autores: Omwuteaka-Philipsen B, Kriegsman DMW, Wal G, Dillmann RJM, Eijk JTM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Eur J Gen Pract* 1999; 5: 137-142

Calificación: Bueno

Comentario: En Holanda la eutanasia está prohibida, pero si la realiza un médico, el del paciente que la solicita, con una enfermedad incurable y con sufrimiento intolerable, y si se consulta a otro médico y a éste le parece correcto, la eutanasia sigue prohibida, pero el médico no es perseguido legalmente si la realiza. En este trabajo se analiza lo que piensan los médicos generales de ese requerimiento de tener que consultar con otro médico. La gran mayoría (84%) consultaría, aunque no fuera obligatorio, y el 73% decide sólo tras la consulta con el compañero.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-1.739 *Testing adolescents for a hereditary breast cancer gene (BRCA1)*

(Pruebas genéticas para cáncer de mama, gen BRCA1, en adolescentes)

Autores: Elger BS, Hjarving TW

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 113-119

Calificación: Bueno

Comentario: Los adolescentes no son niños, pese a los intentos de infantilizarlos (por los pediatras). En este texto se discute la posibilidad de que una adolescente de una familia de riesgo sea informada y decida acerca de hacerse una prueba del gen BRCA1 para saber más sobre su riesgo de cáncer de mama. Los autores están a favor de dar autonomía a la adolescente, emplean argumentos que vale la pena considerar, pues pronto tendremos estos problemas en las consultas.

Referencias bibliográficas: 54

Revisor: JG

S-1.740 *Los médicos y la justicia (IV): la historia clínica*

Autores: Ortega A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Clin Esp* 1999; 199: 660-663

Calificación: Bueno

Comentario: El registro escrito del proceso de la atención clínica es algo a lo que tiene derecho el paciente (según la Ley General de Sanidad). El autor, tarraconense, analiza en profundidad cómo utilizar la historia clínica para que su calidad ayude en caso de demanda/reclamación del paciente. Repasa elementos de forma y de fondo, deja claro que cada anotación debe llevar fecha y firma para poder identificar al que la hizo. El texto debe ser comprensible y debe alejar la sospecha de que se ha alterado el registro.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-1.741 *Evitabilidad de los acontecimientos adversos inducidos por medicamentos detectados en un servicio de urgencias*

Autores: Otero MJ, Bajos A, Maderuelo JA, Domínguez-Gil A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Clin Esp* 1999; 199: 796-805

Calificación: Muy bueno

Comentario: El abuso de los medicamentos tiene consecuencias; entre ellas, situaciones de urgencia. En este trabajo se estudiaron 33.975 pacientes que consultaron en 6 meses al servicio de urgencias hospitalario. Se detectó un efecto adverso de medicamentos en 825 pacientes, de los que se estudiaron 766 (2,3%); 178 fueron ingresados. Se podía haber evitado el efecto adverso en el 43% de los casos (más en mayores de 65 años, con automedicación o con medicamentos de estrecho margen terapéutico: anticoagulantes, AINE, digoxina, diuréticos e insulina).

Referencias bibliográficas: 42

Revisor: JG

S-1.742 *Reexamen del límite de edad para definir cuándo es precoz la pubertad en las niñas estadounidenses: implicaciones para la evaluación y el tratamiento*

Autores: Oberfield SE, Kaplowitz PB

Revista/Año/Vol./Págs.: *Pediatrics* (ed esp) 1999; 48: 240-245

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los médicos tenemos la capacidad de definir qué es normal y qué es patológico. Y a veces somos racionales al hacerlo, como los dos pediatras americanos que firman este artículo, donde se evalúa la pubertad precoz en EE.UU. Con los años la pubertad ha ido apareciendo a una edad más temprana; recomiendan no darle importancia si se inicia a los 6 años en afroamericanos o a los 7 en mujeres blancas (en varones, a los 9 años). También recomiendan que no se traten con hormonas, ya que no hay problemas de talla.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

S-1.743 *Resistance, fitness, adherence and potency. Mapping the paths to virologic failure*

(Resistencia, salud, cumplimiento y potencia de la medicación antiviral en el sida)

Autores: Markowitz M

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2000; 283: 250-251

Calificación: Bueno

Comentario: La resistencia microbiológica frente a los medicamentos no es exclusiva de las bacterias, pues los virus presentan la misma complicación. Esto es muy interesante en el caso del sida, como comenta el autor. La resistencia del VIH no depende sólo de una modificación genética del virus, o del mal cumplimiento del tratamiento por el paciente; parece que, con frecuencia, la eficacia del medicamento disminuye, *per se*, ante nuevas cepas del virus, que se desarrollan sin control. Algo más complejo de lo previsto.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-1.744 *Menopausal estrogen and estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk*

(Aumento de la frecuencia del cáncer de mama en el tratamiento hormonal posmenopáusico)

Autores: Schairer C, Lubin J, Troisi R, Sturgeon S, Brinton L, Hoover R

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2000; 283: 485-491

Calificación: Bueno

Comentario: La terapia hormonal posmenopáusica se emplea en exceso, sin que todavía conozcamos sus consecuencias. En este trabajo se analizan los datos del BCDDP (Breast Cancer Detection Demonstration Project), de EE.UU., entre 1980 y 1995, con 46.355 mujeres posmenopáusicas, seguidas durante una media de 10 años. Hubo 2.082 casos de cáncer de mama; el uso de hormonas aumentó el riesgo de cáncer, sobre todo a los 4 años de su uso y en mujeres delgadas (y más cuando se asocian progestágenos).

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-1.745 *Postmenopausal estrogens-opped, unopposed, or none of the above*

(Estrógenos, solos o combinados; o menor, no estrógenos en la menopausia)

Autores: Willett WC, Colditz G, Stampfer M

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2000; 283: 534-535

Calificación: Muy bueno

Comentario: Este editorial comenta el artículo anterior [S-1.704] y deja claro que el riesgo de cáncer de mama aumenta el 80% después de 10 años de uso de las hormonas en la posmenopausia. Hace recomendaciones lógicas: a) emplear las hormonas para los síntomas sólo 2 o 3 años; b) utilizar sólo estrógenos en las mujeres posmenopáusicas, y c) evitar las hormonas en las mujeres posmenopáusicas con útero (lo mejor es que dejen de fumar, hagan ejercicio y lleven una dieta mediterránea).

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-1.746 *Tumor microsatellite instability and clinical outcome in young patients with colorectal cancer*

(Mejor pronóstico del cáncer de colon en los casos asociados con inestabilidad de los microsatélites de ADN)

Autores: Gryfe R, Kim H, Hsieh ETK, Aronson MD, Holowaty EJ, Burt SB et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 61-77

Calificación: Informativo

Comentario: El cáncer de colon es frecuente y, aunque se cura, conlleva la muerte con relativa frecuencia. Se asocia a modificaciones de los cromosomas o del ADN (defectos de la replicación que generan inestabilidad de los microsatélites de la hebra de ácido nucleico). Los autores, canadienses, demuestran que esta última alteración, que se da en el 17% de los 607 pacientes estudiados, se asocia a una mejor evolución y menor metástasis del cáncer, con independencia de otros factores pronósticos.

Referencias bibliográficas: 48

Revisor: JG

S-1.747 *Genetic prognostic markers for colorectal cancer*

(Marcadores genéticos en el pronóstico del cáncer de colon)

Autores: Offit K

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 124-125

Calificación: Bueno

Comentario: Los cánceres de colon en menores de 50 años (como los estudiados en el artículo anterior, S-1.706) se producen muchas veces por mutaciones adquiridas del mecanismo reparador de los errores en la duplicación del ADN. Son tumores clínicos de mal aspecto, muy indiferenciados y profundos, pero evolucionan bien, contra todo pronóstico. El autor sugiere que la alteración genética es tan grave que las células neoplásicas mueren por apoptosis, lo que impide que se reproduzcan y diseminen.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-1.748 *A novel subtype of type 1 diabetes mellitus characterized by a rapid onset and an absence of diabetes-related antibodies*

(Diabetes tipo 1 sin autoanticuerpos)

Autores: Imagawa A, Hanafusa T, Miyagawa JI, Matsuzawa Y
Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 301-307
Calificación: Informativo

Comentario: La diabetes tipo 1 es una enfermedad autoinmune en el 90% de los casos. En el 10% restante no se sabe muy bien qué ocurre. Los autores, japoneses, estudian 56 casos consecutivos de casos nuevos de diabetes tipo 1 y determinan que hay 11 de éstos sin autoanticuerpos, con gran brusquedad de síntomas (4 días entre la hiperglucemia y la cetoacidosis), con aumento de enzimas pancreáticas en sangre y con infiltración linfocitaria del páncreas exocrino. Sugieren una causa vírica.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-1.749 *Primary care based randomised, double blind trial of amoxicillin versus placebo for acute otitis media in children aged under 2 years*

(Tratamiento de la otitis media en los menores de 2 años)

Autores: Daniuseaux RAMJ, Balen FAMV, Hoes AW, Verheij TJM, Melker RA

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2000; 320: 350-354

Calificación: Muy bueno

Comentario: La otitis media no debe ser tratada con antibióticos, en general. Queda la duda de qué hacer en los menores de 2 años: si emplear amoxicilina o nada. Los holandeses que firman el trabajo han llevado a cabo un ensayo clínico en niños de 6 a 24 meses (240 en total); el tratamiento con amoxicilina (40 mg/kg/día, en tres dosis) disminuyó la persistencia de los síntomas y la duración de la fiebre: no hubo diferencias respecto al dolor, otoscopia o timpanometría (a las 6 semanas). Concluyen recomendando el tratamiento sin antibióticos.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-1.750 *General practice-time for a new definition*

(Nueva definición de medicina general)

Autores: Olesen F, Kickinson J, Hjordahl P

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2000; 320: 354-357

Calificación: Excelente

Comentario: ¿Qué es la medicina general? y ¿qué es ser médico general? Hay varias definiciones, pero ninguna buena. Los autores añaden una que ayuda a entender nuestro trabajo y, sobre todo, a definir el contenido de la formación. Insisten en que se necesita un trabajo simultáneo en todas las áreas: prevención, diagnóstico, curación, ayuda y cuidados paliativos. Lo bueno de la definición es que sirve tanto para países anglosajones como para los mediterráneos, y lo mismo para médicos rurales que para médicos de prisiones. Vale la pena leer el texto.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-1.751 *Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons*

(Desarrollo internacional en torno a la recertificación)

Autores: Peck C, McCall M, McLaren B, Rotem T

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2000; 320: 432-435

Calificación: Bueno

Comentario: Las cosas están cambiando desde la formación médica continuada al desarrollo profesional continuo (desde el simple mantenimiento de los conocimientos al desarrollo pleno y continuo de la capacidad profesional). Los autores analizan lo que sucede en los países desarrollados y concluyen que cada vez es más frecuente pedir la recertificación. Para ello, en los EE.UU. se debe realizar un examen y en el resto del mundo funciona con créditos. En Noruega los médicos generales que no siguen el proceso, como primera medida, pierden el 20% de sus ingresos.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-1.752 *Why do patients with atrial fibrillation not receive warfarin?*

(¿Por qué no se anticoagula a los pacientes con fibrilación auricular?)

Autores: Bungard TJ, Ghali WA, Teo KK, McAlister FA, Tsuyuki RT

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2000; 160: 41-46

Calificación: Muy bueno

Comentario: La fibrilación auricular se asocia a ictus, cuya frecuencia puede disminuirse con el tratamiento anticoagulante; éste se emplea en sólo el 15-44% de los pacientes. Los autores revisan todos los artículos en inglés que tratan de las barreras para que el tratamiento se implante en el trabajo diario. Entre las causas quizá destaque la falta de deseo de los médicos generales de meterse en el campo de la anticoagulación: el 94% de los médicos generales ingleses querían que ese trabajo lo hicieran en una clínica especializada.

Referencias bibliográficas: 54

Revisor: JG

S-1.753 *Effects of angiotension-converting enzyme inhibitors and digoxin on health outcomes on very old patients with heart failure*

(Los IECA y la digoxina en la insuficiencia cardíaca en ancianos)

Autores: Gambassi G, Lapane KL, Sgadari A, Carbonin P, Gatsonis C, Lipsitz LA et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2000; 160: 53-60

Calificación: Bueno

Comentario: La insuficiencia cardíaca es cada vez más frecuente en nuestras consultas; el tratamiento se basa en los diuréticos y en los IECA, más bloqueadores beta y, quizá, digoxina. En este trabajo se analiza el resultado (retrospectivo) de ancianos (edad media de 85 años) con insuficiencia cardíaca tratados con IECA o con digoxina. El empleo de digoxina se asocia a peores resultados, desde mayor mortalidad a mayor deterioro físico. Los IECA se asocian a una mayor frecuencia de insuficiencia renal aguda.

Referencias bibliográficas: 76

Revisor: JG

S-1.754 *Male pattern baldness and coronary heart disease. The Physicians' Health Study*

(La calvicie en los varones se asocia a isquemia coronaria)

Autores: Lotufo PA, Chae CU, Ajani UA, Hennekens CH, Manson JE

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2000; 160: 165-171

Calificación: Bueno

Comentario: Ser calvo disminuye el atractivo sexual, envejece y puede ser un marcador de riesgo de infarto. Los autores utilizan los datos del seguimiento de médicos estadounidenses (Physicians' Health Study) para establecer una asociación entre calvicie coronal e isquemia de miocardio. Siguió durante 11 años a 22.071 médicos que habían declarado, entre otros datos, sobre su calvicie a los 45 años y que no tenían isquemia cardíaca. Los individuos calvos coronales tuvieron isquemia con más frecuencia, especialmente si tenían hipertensión y/o hipercolesterolemia

Referencias bibliográficas: 38

Revisor: JG

S-1.755 *Interpretation of variations in outcome in audit of clinical interventions*

(La modificación de la salud mediante la intervención médica)

Autores: Rothell PM

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2000; 355: 4-5

Calificación: Muy bueno

Comentario: Hay un deseo universal de mejorar la calidad de los servicios sanitarios. A veces se traduce en la comparación de los resultados (cambios en la salud de los pacientes atribuibles al proceso de la atención). El autor, inglés, hace un repaso de la cuestión y destaca lo difícil que es atribuir un resultado concreto a una intervención concreta. Además, es difícil comparar centros y/o profesionales, pues muchos de los resultados están sesgados. Es pronto, pues, para pasar a estudiar el resultado (aunque haya que empezar a hacerlo).

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-1.756 *Systolic blood pressure and mortality*

(Presión sistólica y mortalidad)

Autores: Port S, Demer L, Jennrich R, Walter D, Garfinkel A

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2000; 355: 175-180

Calificación: Excelente

Comentario: Los datos nórdicos (incluido el estudio Framingham) no son aplicables a España, como se ha demostrado respecto a la hipertensión y al colesterol. Pero, además, no son cómo los cuentan. En este trabajo se utilizan los datos del estudio Framingham para demostrar que la presión sistólica que recomienda la OMS (120, o menor de 140 mmHg) es un despropósito: según edad y sexo la presión sistólica admisible, sin riesgo, aumenta hasta 140, 150 y 160 en varones > 55, > 65 y > 75 años, respectivamente, o 140, 160 y 170 en mujeres de los mismos intervalos de edad.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-1.757 *Measures and meaning of blood pressure*

(Medición e interpretación de la presión arterial)

Autores: Alderman MH

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2000; 355: 159

Calificación: Bueno

Comentario: Este artículo discute los resultados del trabajo anterior [S-1756], y sostiene que la presión es un continuo, en el que procede establecer un límite artificial de normalidad. El firmante sugiere mantener los 140 mmHg en la presión normal, aunque reconoce que la intervención (el tratamiento farmacológico de los pacientes) puede no ofrecer demasiado beneficio. Emplea como apoyo los datos del SHEP (The Systolic Hypertension in the Elderly Trial).

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

S-1.758 *Infección tuberculosa en estudiantes de enfermería. Prevalencia y virajes durante 3 años de seguimiento*

Autores: Lainez RM, Cónsul M, Olona M, Martínez JI, Miravilles M, Vidal R

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 1999; 113: 685-689

Calificación: Bueno

Comentario: En la escuela universitaria de enfermería de la Vall d'Hebron, las alumnas, al empezar sus estudios, presentan una prevalencia de infección tuberculosa del 12,5%, similar a la población general. Durante sus estudios, tienen viraje tuberculínico anual el 4,5%, cifra muy superior a la de la población general (1%). Se aconseja respetar las medidas de aislamiento aéreo en los pacientes con posible infección tuberculosa, controles cada 6-12 meses al personal y quimioprofilaxis a los conversores < 35 años.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: MARL

S-1.759 *Determinación de la presión arterial por médico o enfermera: relación con la presión ambulatoria y la masa del ventrículo izquierdo*

Autores: Martínez MA, Aguirre A, Sánchez M, Nevado A, Laguna Y, Torre A et al en representación del Grupo MAPA-Madrid

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 1999; 113: 770-774

Calificación: Bueno

Comentario: En este trabajo se observa una mayor relación entre la presión arterial (PA) tomada por la enfermera con la presión ambulatoria y la hipertrofia ventricular izquierda, que cuando es tomada por el médico. Éste provocaría una mayor relación de alerta, sobre todo en las mujeres y en las personas con bajo nivel educativo, obteniendo cifras tensionales más altas. Argumento que justifica la toma rutinaria de la PA en atención primaria por parte de enfermera, como se hace habitualmente.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MARL

S-1.760 **Prevalencia de los trastornos mentales en las consultas de atención primaria**

Autores: Juan P, Celada A, Solera J, Ocaña JM, Cerdán M, de Miguel J et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Centro de Salud* 1999; 16: 115-124

Calificación: Bueno

Comentario: Según este estudio, realizado en Albacete, el 68,3% de los que utilizaron los centros de atención continuada presentaban trastornos mentales (sobre todo ansiedad y/o depresión). Los autores indican que existe una insuficiente identificación de la enfermedad psiquiátrica por parte de los médicos de atención primaria. Desgraciadamente, con frecuencia, la pregunta es la siguiente: ¿para qué sirve identificarla? Muchos casos tienen escasa respuesta satisfactoria en el sistema sanitario.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: MARL

S-1.761 **Apnea obstructiva del sueño**

Autores: Álvarez-Sala JL, Calle M, Fernández JM, Martínez R, Rodríguez JL

Revista/Año/Vol./Págs.: *Inf Ter Sist Nac Salud* 1999; 23: 121-131

Calificación: Informativo

Comentario: El síndrome de apnea del sueño se produce por la oclusión intermitente y repetitiva de la vía aérea superior durante el sueño. Lo interrumpe y produce hipoxemia (relación con *cor pulmonale* y cardiopatía isquémica), y evoluciona a hipersomnias diurnas (relación con accidentes de tráfico), ronquidos y pausas de apnea. El tratamiento de elección es la aplicación de una presión positiva continua en la vía aérea nasal durante el sueño, además de corregir la obesidad y evitar el alcohol y los sedantes. En casos especiales, es necesaria la cirugía.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MARL

S-1.762 **Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study**

(La pobreza alarga el tiempo en la lista de espera de la cirugía cardíaca)

Autores: Pell JP, Pell CH, Norrie J, Ford I, Cobbe SM

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2000; 320: 15-19

Calificación: Excelente

Comentario: Es extraño que J. Tudor Hart comente un artículo, pero en este caso lo hace, y, además, añade unas líneas al texto que comenta. Vale la pena leerlo por completo para valorar el impacto del "mercado" en la salud de los débiles, de los pobres. El trabajo es escocés, y trata sobre las listas de espera para cirugía cardíaca, de 1986 a 1997 (26.642 pacientes en total). Si el paciente vive en un barrio pobre espera unos 24 días más que si vive en un barrio rico (y tiene mucha menos probabilidad de que su caso sea considerado como urgente). En fin, todo un mundo de discriminación.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-1.763 **Should steroids be the first line treatment for asthma?**

(¿Deben ser los esteroides los medicamentos de primera línea en el asma?)

Autores: Strube G, Rudolf M

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2000; 320: 47-49

Calificación: Bueno

Comentario: El *British* sigue publicando textos de controversia, como el que se comenta. Un médico general defiende la terapia con corticoides como la primera alternativa en el asma inicial; un neumólogo lo discute y defiende el uso precoz de los beta-agonistas, a demanda, cuando el asma es inicial y leve. La cuestión de fondo es la certeza de la hipótesis del poder de los corticoides en revertir el proceso inflamatorio; parece que, hoy por hoy, es prudente empezar con beta-agonistas en los casos leves.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-1.764 **Physician practice variation in assignment of return interval**

(Variación en el tiempo de citación para hipertensos y diabéticos)

Autores: De Salvo KB, Bowdish BE, Alper AS, Grossman DM, Merrill WW

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2000; 160: 205-208

Calificación: Muy bueno

Comentario: No sabemos bien cuándo citar de nuevo a un paciente hipertenso o diabético, pues carecemos de fundamento científico claro para hacerlo. Los autores, americanos, describen 7 pacientes hipotéticos (4 diabéticos y 3 hipertensos) y les piden a 63 médicos que consideren la nueva citación y la petición de pruebas analíticas, de cambio de tratamiento. Hay una enorme variabilidad en la citación, entre 2,2 y 20,5 semanas. Lo más curioso es que las doctoras citan con intervalos de tiempo más cortos.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-1.765 **Resource use and survival of patients hospitalized with congestive heart failure: differences in care by speciality of the attending physician**

(Uso de recursos y supervivencia de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca según la especialidad del médico que los atendió)

Autores: Averbach AD, Hamel MB, Davis RB, Connors AF, Regnier C, Desbiens N et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 132: 191-200

Calificación: Bueno

Comentario: Parece que los cardiólogos atienden mejor a los pacientes con infarto y/o insuficiencia cardíaca, pero las cosas no están claras. En este trabajo, americano, del SUPPORT, se compara la atención de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca y tratados por internistas o cardiólogos. Los cardiólogos son mucho más intervencionistas, y mucho más caros, pero no consiguen mejores resultados clínicos (al menos a los 30 días, al año parece que hay algo a su favor, pero sólo es una tendencia).

Referencias bibliográficas: 45

Revisor: JG

S-1.766 *Life expectancy gains from cancer prevention strategies for women with breast cancer and BRCA1 or BRCA2 mutations*

(Aumento de la expectativa de vida tras cáncer de mama con mutación de los genes BRCA1 o BRCA2)

Autores: Schrang D, Kuntz KM, Garber JE, Weeks JC

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 283: 617-624

Calificación: Muy bueno

Comentario: ¿Qué recomendar a una mujer de 30 años con cáncer de mama y una mutación de los genes BRCA1 o BRCA2? Las autoras utilizan un modelo de Markov para el análisis de decisión y concluyen que las cosas dependen de la penetrancia de la mutación. El tratamiento con tamoxifeno, 5 años, añade entre 0,4 y 1,3 años; la ovariectomía bilateral preventiva, entre 0,2 y 1,8 años, y la mastectomía contralateral preventiva, entre 0,6 y 2,1 años.

Referencias bibliográficas: 55

Revisor: JG

S-1.767 *The role of clinical suspicion in evaluating a new diagnostic test for active tuberculosis. Results of a multicenter prospective trial*

(La sospecha clínica y el valor predictivo de una nueva prueba de detección del bacilo tuberculoso)

Autores: Catanzaro A, Perry S, Clarridge JE, Dumber S, Goodnight S, Lobue P et al

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 283: 639-645

Calificación: Muy bueno

Comentario: La sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico (para la probabilidad postest de tener la enfermedad), como demuestra este estudio. Se clasificó a 338 pacientes con signos y síntomas de tuberculosis pulmonar en tres grupos, según la sospecha clínica de la certeza del diagnóstico. Éste se realizó con la microscopia, cultivo habitual, o con detección de ADN bacteriano. El valor predictivo positivo, cuando la certeza era máxima, fue del 100%; el valor predictivo negativo, del 91% (para detección de ADN).

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: JG

S-1.768 *End-of-life care content is 50 textbooks from multiple specialties*

(Los cuidados terminales en los 50 textos médicos más vendidos)

Autores: Rabow MW, Hardie GE, Fair JM, McPhee SJ

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 283: 771-778

Calificación: Bueno

Comentario: Los autores analizan el contenido de los libros médicos más vendidos (desde el Taylor, de Medicina de Familia, al Harrison, de Medicina Interna) para valorar el contenido sobre los cuidados terminales. En el 57% de los casos falta completamente la información necesaria; los peores libros son los de cirugía e infecciosos (incluyendo sida, oncología y hematología); los mejores son medicina general, geriatría y psiquiatría. De un total de 34.845 páginas, sólo 697 (2%) incluyen algún comentario sobre cuidados terminales.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

S-1.769 *Threats to the confidentiality of medical records. No place to hide*

(La confidencialidad de la historia clínica en EE.UU.)

Autores: Appelbaum PS

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 283: 795-796

Calificación: Bueno

Comentario: La confidencialidad de las historias clínicas es un principio sagrado que se rompe muchas veces. En este caso conviene aprender de EE.UU., donde la situación es desastrosa, como señala el autor. No hay confidencialidad (ni libertad clínica), porque las historias son revisadas por múltiples personas y organismos, para asegurarse del cumplimiento de protocolos o para controlar gastos. Y las cosas no parecen ir a mejor con la nueva legislación propuesta, que es lo que se comenta.

Referencias bibliográficas: 3

Revisor: JG

S-1.770 *Gestational diabetes: is a higher cesarean section rate inevitable?*

(Diabetes gestacional sin aumento de la tasa de cesárea)

Autores: Moser RG, Knights SJ, Lucas EN, Moses M, Russell K, Coleman KJ et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Diabetes Care 2000; 23: 15-17

Calificación: Bueno

Comentario: La detección de la diabetes gestacional se asocia a un aumento de la tasa de cesáreas. ¿A qué se debe? Los autores, australianos, insisten en el efecto de la decisión médica, con independencia de la necesidad clínica. Revisan 9 años de práctica, con una prevalencia de diabetes gestacional de 7,2%. Tuvieron 216 partos con cesáreas (19,8%), ligeramente por encima de la media (15,6%), en los partos de mujeres sin problemas con la glucemia. Si se corrige por edad y multiparidad, no hay diferencias.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-1.771 *Implications of the United Kingdom Prospective Study*

(Conclusiones del ensayo clínico sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en Inglaterra)

Autores: American Diabetes Association

Revista/Año/Vol./Págs.: Diabetes Care 2000; 23 (Supl): S27-S31

Calificación: Informativo

Comentario: Las cosas no están claras con respecto a la diabetes tipo 2, pues los ensayos clínicos referentes a las posibilidades de tratamiento dan resultados dispares (y desalentadores). En este artículo se manipulan los datos del UKPS (United Kingdom Prospective Study) para apoyar la agresiva postura de la American Diabetes Association. No pueden dejar de reconocer que el tratamiento agresivo no disminuye los infartos/muertes cardíacas (se consuelan admitiendo que "al menos" no los aumenta). Hay mucho que contar todavía respecto a esta cuestión.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-1.772 *Gestational diabetes mellitus*

(Diabetes gestacional)

Autores: American Diabetes Association

Revista/Año/Vol./Págs.: *Diabetes Care* 2000; 23 (Supl): S77-S79

Calificación: Informativo

Comentario: Para no someter a una mujer embarazada a la prueba de detección de la diabetes gestacional debe cumplir todos los requisitos siguientes: a) menor de 25 años; b) peso normal; c) miembro de un grupo étnico de baja prevalencia de diabetes gestacional; d) sin diabetes en familia de primer grado; e) sin historia previa de tolerancia anormal en prueba de glucosa, y f) sin historia obstétrica anormal. El resto del artículo se dedica a dar normas acerca de cuándo cribar y qué hacer con la diabetes gestacional.

Referencias bibliográficas: 3

Revisor: JG

S-1.773 *A six-year-old girl with tick paralysis*

(Niña de 6 años con parálisis por garrapata)

Autores: Flél MW, Smith CD, Swift TR

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 90-94

Calificación: Bueno

Comentario: Las picaduras de garrapatas se asocian a múltiples enfermedades, desde la fiebre Q a la de Lyme. En este caso clínico se presenta una niña con un cuadro progresivo, brusco, casi mortal (tipo Guillain-Barre), de ataxia y parálisis central, estudiado con todo tipo de análisis y tecnologías. Se resolvió cuando un "astuto" residente de pediatría exploró a fondo la cabeza de la niña (con una espléndida cabellera) y descubrió la garrapata. A las 24 h de eliminarla la niña estaba curada.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-1.774 *Empleo de antimicrobianos en las infecciones respiratorias superiores en pediatría: práctica referida, práctica real y creencias de los padres*

Autores: Watson RL, Dowell SF, Jayaraman M, Keyserling H, Kolczák M, Schwartz B

Revista/Año/Vol./Págs.: *Pediatrics* (ed esp) 1999; 48: 356-363

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los médicos saben una cosa, creen otra y practican algo diferente, como ponen de manifiesto estos autores de Atlanta, EE.UU. Lo importante es que prescriben antibióticos de más, aunque saben que eso aumenta las resistencias (y las visitas de los niños). Los médicos de familia lo hacen peor que los pediatras: prescriben rutinariamente antibióticos para la bronquitis en el 93% de los casos (contra el 81%, los pediatras), a pesar de que es inútil (y peligroso). Ambos grupos creen que la rinitis purulenta es un dato esencial para el diagnóstico de sinusitis.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-1.775 *Comprensión del uso excesivo de antibióticos para las infecciones del tracto respiratorio en los niños*

Autores: Pichichero ME

Revista/Año/Vol./Págs.: *Pediatrics* (ed esp) 1999; 48: 347-350

Calificación: Bueno

Comentario: Este comentario al artículo anterior [S-1.734] valora el abuso de antibióticos partiendo del deseo de los médicos de trabajar bien. ¿Por qué, pues, prescriben mal? Fundamentalmente porque faltan razones y consejos prácticos, porque carecemos de investigación clínica en las consultas "de a pie", y porque los líderes de opinión entre los médicos no se pronuncian claramente, no toman una actitud clara sobre cómo tratar catarros, bronquitis, otitis, entre otros. También existe la presión de padres y pacientes, pero eso se resuelve con una mejor comunicación.

Referencias bibliográficas: 58

Revisor: JG

S-1.776 *El medio rural: una visión mirando al futuro*

Autores: Alonso R, Beltral C, Galán B, García L, Fajardo A, Martín-Carrillo P et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Documento semFYC*, 1999; nº 11, Barcelona 1999

Calificación: Bueno

Comentario: Los médicos rurales han conservado la esencia de la medicina general en tiempos de crisis. Pero las cosas no son fáciles, como reconocen los autores. Hacen un repaso a la medicina rural española (y a la internacional) y describen con precisión lo que es un mundo duro lleno de oportunidades. Hay más contacto con el medio, la población y las autoridades, y menos facilidades para la formación continuada.

Referencias bibliográficas: Libro

Revisor: JG

S-1.777 *La atención primaria ante los nuevos modelos de gestión*

Autores: Repullo JR

Revista/Año/Vol./Págs.: *Centro Salud* 2000; 8: 18-25

Calificación: Muy bueno

Comentario: La gestión personal y, en general, de los recursos, es tarea en la que no es fácil acertar. Este artículo analiza el desarrollo de la reforma sanitaria española, que se encuentra en un momento de medicalismo profesional. Los médicos tienen clara conciencia de ser empleados públicos, con gran aversión al riesgo y excesiva sensibilidad para los derechos adquiridos. En el futuro, sin embargo, es previsible el aumento de la presión para tomar decisiones y para gestionar los flujos asistenciales.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG