

S-1.778 Transplantation for alcoholic liver disease in an era of organ shortage

(Trasplante de hígado en alcohólicos)

Autores: McMaster P

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2000; 355: 424-425

Calificación: Bueno

Comentario: El trasplante de hígado tiene una supervivencia al año del 85%, y a los 5 años del 70%. Los resultados son similares si el trasplante se ha hecho por cirrosis alcohólica hepática. Ante las listas de espera para trasplante hepático cabe poner en duda el derecho de los alcohólicos, incluso aunque consigan la abstinencia. Este editorial apoya el derecho de los alcohólicos, aunque se sabe que el 30%, aproximadamente, vuelve a beber al cabo de los tres años del trasplante. Una cuestión espinosa...

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: MPF

S-1.779 Evidence-based illiteracy: time to rescue "the literature"

(Desprecio a la buena literatura científica)

Autores: O'Donnell M

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2000; 355: 489-491

Calificación: Excelente

Comentario: La literatura científica se está corrompiendo en todos los idiomas. El autor analiza el caso inglés, pero sus conclusiones pueden tener aplicación universal. Lo que predomina es un estilo gótico, confuso y complicado: que se pretende científico cuando es sencillamente ininteligible. Se escribe para ser publicado, no para ser leído. Y muchas veces se escribe con poca sinceridad, lo que obliga a ese estilo falso y confuso. Según George Orwell: "a más oscuridad menos certeza".

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: MPF

S-1.780 Impact of disseminating quality improvement for depression in managed primary care

(Éxito de un programa de mejor tratamiento de la depresión)

Autores: Wells K, Sherborne C, Schoenbaum M, Duran N, Meredith L, Unutzer J et al

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 283: 212-220

Calificación: Muy bueno

Comentario: El fracaso inglés, en Hampshire, del ensayo clínico para mejorar las habilidades de los médicos generales en el manejo de los pacientes depresivos, hace agradable leer este artículo. Los autores griegos, realizan un ensayo clínico con médicos de atención primaria de HMO californianas. El grupo experimental es sometido a diversas medidas educativas que también llegan a los pacientes depresivos. Al cabo del año los pacientes del grupo experimental han recibido mejor cuidado, tienen mejor salud mental y conservan con más frecuencia el empleo.

Referencias bibliográficas: 45

Revisor: MPF

S-1.781 El riesgo en la práctica clínica

Autores: Orive JJ

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Administr San 2000; 4: 145-160

Calificación: Bueno

Comentario: El concepto de riesgo no es fácil de entender ni de transmitir a los pacientes. El autor, de Sanitas, revisa el complejo mundo del riesgo y destaca que el médico tiene la obligación legal de facilitar al paciente información sobre los riesgos de hacer/no hacer lo que se debe. Además, la percepción del riesgo depende de la forma en que se exponga: no es lo mismo el riesgo absoluto que el riesgo relativo, ni se entienden igual.

Referencias bibliográficas: 51

Revisor: MPF

S-1.782 Documento de consenso sobre prevención y control de la tuberculosis en España

Autores: UIMB, Área TIR de la SEPAR y GESIDA de la SEIMC

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 1999; 113: 710-715

Calificación: Bueno

Comentario: Actualización del consenso sobre prevención y control de la tuberculosis en España con el que se pretende mejorar su situación epidemiológica, mediante el diagnóstico precoz, el cumplimiento del tratamiento, la supervisión de la terapia en grupos de riesgo y el estudio precoz de los contactos de forma coordinada. Se dan objetivos cuantificables y evaluables. El tratamiento aconsejado para enfermos iniciales sin VIH es de 6 meses con isoniazida, rifampicina y pirazinamida (dos meses los tres fármacos y cuatro meses más con sólo los dos primeros).

Referencias bibliográficas: 53

Revisor: MARL

S-1.783 Perfil lipídico de la población española: estudio DRECE (Dieta y Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en España)

Autores: Gómez-Gerique JA, Gutiérrez JA, Montoya MT, Pérez A, Rueda A, Avellaneda A et al, por el Grupo de estudio DRECE

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 1999; 113: 730-735

Calificación: Informativo

Comentario: La población española de 5 a 60 años tiene cifras de colesterol total (CT) y de cLDL similares a las de los países de nuestro entorno, con cifras de cHDL muy superiores. Estas cifras de cHDL podrían explicar en parte la menor mortalidad por enfermedades cardiovasculares en España, pero sólo en parte. El artículo incluye tablas muy interesantes con los percentiles de la concentración de CT, triglicéridos, cLDL y cHDL de la población española por sexo y grupos de edad.

Referencias bibliográficas: 34

Revisor: MARL

S-1.784 Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 1998

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: Inf Ter Sist Nac Salud 1999; 23: 144-147
Calificación: Informativo

Comentario: En cuanto a importe, el primer grupo fue el de "antiúl-cera péptica" con 77.000 millones de ptas. A continuación IIECA/ARA (59.000), hipolipemiantes (48.000), broncodilatadores inhalados, antagonistas del calcio, antidepresivos no tricíclicos y AINE. Los diuréticos, betabloqueadores y tricíclicos ocupan puestos muy inferiores. Entre los antibióticos, los de mayor importe son los macrólidos (21 millones de ptas.), seguidos de cefalosporinas y quinolonas y, por último, penicilinas (6.800.000). Un mundo a mejorar.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: MARL

S-1.785 Predicción de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer en España para el año 2000

Autores: Ocaña-Riola R, Martínez C

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria 1999; 24: 563-568
Calificación: Bueno

Comentario: La incidencia y mortalidad por cáncer en España sigue en aumento. Para este año se prevé que aumente la tasa de mortalidad en varones un 12% respecto a 1995 y en las mujeres un 10%. 90.000 varones y 75.000 mujeres serán diagnosticados de cáncer, y morirán por esta causa 61.000 varones (tasa de 313 por 100.000 habitantes) y 36.000 mujeres (180,5). Muchos casos que prevenir, detectar precozmente, diagnosticar bien, tratar adecuadamente y, en último caso, cuidar, aliviar y consolar. Una consecuencia más del envejecimiento.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: MARL

S-1.786 La informatización de atención primaria

Autores: Alonso F, Cristos CJ, Burgos A, García F, Sánchez L, Gujro A et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Documentos semFYC 1999, n.º 13, Barcelona

Calificación: Bueno

Comentario: El texto de la semFYC está organizado en torno a varios anexos de autores personales, con una introducción colegiada, y vale la pena que se difunda entre los interesados en la informática. No hay nada nuevo, pero insisten en cuestiones básicas como la confidencialidad, datos mínimos básicos y planificación estratégica en la implantación. Además, sugieren diez puntos claves lógicos; entre ellos que el nivel de agregación sea el mínimo eficiente. Un texto claro y útil.

Referencias bibliográficas: libro

Revisor: JG

S-1.787 Hacia una mejora sistemática del uso de medicamentos en el ejercicio comunitario. Una nueva perspectiva en atención farmacéutica

Autores: Hepler CD

Revista/Año/Vol./Págs.: Pharm Care Esp 1999; 1: 428-457
Calificación: Muy bueno

Comentario: Hay farmacéuticos que quieren hacer las cosas bien, muchas veces ignorados por el sistema sanitario público. Esta revista, de farmacéuticos de oficina de farmacia, publica todos los artículos completos en inglés y en español, lo que da idea de su atención. El artículo de Hepler puede utilizarse para que los médicos generales con ganas de saber se enteren de qué está sucediendo, como la prevención de la "movilidad predecible relacionada con medicamentos", es decir, el papel activo del farmacéutico comunitario en plan terapéutico.

Referencias bibliográficas: 35

Revisor: JG

S-1.788 Indications de l'aspirine et des autres antiagrégants plaquetaires

(Indicaciones de la aspirina y de otros antiagregantes plaquetarios)

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Prescrire 1999; 19: 839-853
Calificación: Excelente

Comentario: La revista Prescrire es la mejor del mundo en lo que respecta a información farmacológica. En este extenso trabajo repasan el uso de los antiagregantes en el ictus, infarto de miocardio y arterioesclerótica. La aspirina es el medicamento de elección (a dosis entre 75 y 300 mg); en la fase aguda del ictus, más heparina no fraccionada (en el angor inestable, más enoxaparina, una semana). Sólo el clopidogrel es de elección en la claudicación intermitente, y los anticoagulantes en la fibrilación auricular, o tras el ictus embólico.

Referencias bibliográficas: 77

Revisor: JG

S-1.789 The rise in bacterial resistance is partly because there have been no new classes of antibiotics since the 1960s

(El aumento de la resistencia bacteriana por falta de nuevos antibióticos)

Autores: Amyes SG

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 320: 199-200
Calificación: Informativo

Comentario: La resistencia bacteriana puede verse desde múltiples puntos de vista. En este editorial, el autor, inglés, defiende que no hay nuevos antibióticos desde los años sesenta; los que hay son variaciones de las estructuras descubiertas en los primeros años de la era antibiótica. Además, se utilizan en exceso. Señala que ésa puede ser la causa de la agresividad del *Acinetobacter baumannii*, que ahora provoca neuronías en pacientes que han tomado previamente antibióticos.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-1.790 Why can't GPs follow guidelines on depression? We must question the basics of the guidelines themselves

(¿Por qué los médicos generales no siguen los protocolos sobre depresión?)

Autores: Kendrick T

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 320: 200-201

Calificación: Bueno

Comentario: En este editorial se comenta el fracaso de los protocolos para el tratamiento de la depresión en atención primaria (el proyecto Hampshire, especialmente). El autor no critica a los médicos generales que no siguen las recomendaciones sino a las propias recomendaciones. Dice: a) no es fácil poner límite entre depresión leve y mayor; b) no está demostrada la eficacia del tratamiento cuando hay problemas sociales, y c) muchos pacientes rechazan el tratamiento farmacológico. Por tanto, hay que modificar los protocolos.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-1.791 Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial

Falta de efecto de la formación médica continuada y de los protocolos en la detección y tratamiento de la depresión)

Autores: Thompson C, Kimmoth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Kjostler et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2000; 355: 185-191

Calificación: Bueno

Comentario: Sigue habiendo demasiadas expectativas acerca del impacto de la formación médica continuada y de los protocolos. En este trabajo, inglés, el Proyecto de Hampshire, se valoró el efecto de un intenso proceso de formación y alerta para mejorar la detección y el tratamiento de la depresión en atención primaria. Lo que se logró fue nada: la detección de pacientes deprimidos fue del 39% en el grupo experimental de médicos y del 36% en el grupo control. Y los pacientes deprimidos tuvieron un curso similar en ambos grupos.

Referencias bibliográficas: 34

Revisor: JG

S-1.792 Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy

(Efecto del ramipril en pacientes diabéticos)

Autores: HOPE Study Investigators

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2000; 355: 253-259

Calificación: Bueno

Comentario: El estudio HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation) ha abierto dudas en el tratamiento de la hipertensión, aunque sigue estando claro que hay que concentrarse en los hipertensos graves. Sobre los diabéticos, los resultados que se presentan en este artículo demuestran que el ramipril actúa por sí mismo, casi sin relación con el descenso de la presión arterial (la diastólica sólo 1 mmHg). Claro que se eligieron diabéticos con patología cardiovascular o factores de riesgo, con lo que el impacto es esperable.

Referencias Bibliográficas: 34

Revisor: JG

S-1.793 Comparison of sibraxiban with aspirin for prevention of cardiovascular events after acute coronary syndromes: a randomised trial

Falta de efecto de un bloqueador oral de la glucoproteína IIb/IIIa en la prevención secundaria de infartos)

Autores: The Symphony Investigators

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2000; 355: 337-345

Calificación: Bueno

Comentario: La aspirina salva vidas en la prevención secundaria de los infartos de miocardio. En la fase aguda se están empleando bloqueantes antagonistas del receptor plaquetario de la glucoproteína IIb/IIIa, con gran éxito. Los autores exploran si el sibraxiban, un bloqueador oral del receptor, puede usarse como la aspirina, en la prevención secundaria (tras el infarto). En este ensayo clínico se compara la aspirina con el sibraxiban; el nuevo medicamento no mejora los resultados de la aspirina y provoca más hemorragias.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-1.794 Condoms and seat belts: the parallels and the lessons

Paralelismo entre el uso de preservativos y del cinturón de seguridad)

Autores: Richens J, Imrie J, Copas A

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2000; 355: 400-403

Calificación: Excelente

Comentario: De vez en cuando uno lee algo excelente, como este artículo acerca del fracaso de las medidas preventivas. Los autores, ingleses, comentan la falta de impacto del cinturón de seguridad; de hecho, muere menos gente en los países en que no hay ley que obligue a utilizarlo. La razón hay que buscarla en la falsa seguridad que da el llevar el cinturón: hay más accidentes y más graves. Algo parecido pasa con el uso de los preservativos: hay más actividad sexual y más promiscuidad. El cambio de conducta conlleva el fracaso de la prevención.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

S-1.795 Radiotherapy in breast-conserving treatment for ductal carcinoma in situ: first results of the EORTC randomised phase III trial 10.853

(Radioterapia para el carcinoma mamario in situ)

Autores: Julien JP, Bijker N, Ferriman IS, Peterse JL, Delleclonne V et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2000; 355: 528-533

Calificación: Informativo

Comentario: La incidencia del cáncer de mama in situ, intraductal, está aumentando como consecuencia del cribado. Los autores hacen un ensayo clínico en el que siguen a 1.002 mujeres durante 5 años, tras el diagnóstico de carcinoma intraductal de mama. A la mitad le hacen una extirpación conservadora; a la otra mitad la misma extirpación más radioterapia. En este último grupo disminuyen las recidivas; en este grupo aumentan los cánceres en la mama contralateral. No hay diferencias respecto a la mortalidad por cáncer de mama entre ambos grupos al cabo de 5 años.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-1.796 Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift just a gift?

(Un regalo es algo más que un regalo. Relaciones con la industria farmacéutica)

Autores: Wazana A

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 283: 373-380

Calificación: Bueno

Comentario: La industria farmacéutica trata de mejorar sus resultados económicos a través del contacto con los médicos. En este texto se revisan 538 trabajos publicados acerca de la relación entre médicos e industria farmacéutica, con análisis de los 29 mejores. Los médicos ven unas 4 veces al mes a los representantes. Las actividades de formación continuada patrocinadas hacen énfasis en el producto de interés. Los pagos de viajes y estancias se asocian con mayor prescripción de los medicamentos relacionados ('el que regala bien vende').

Referencias bibliográficas: 64

Revisor: JG

S-1.797 Interactions between physicians and the health care technology industry

(Interacción entre médicos e industria)

Autores: Tenery RM

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 383: 391-393

Calificación: Bueno

Comentario: Este editorial comenta el artículo previo [S 1.796], y lo hace desde la prudencia. Las relaciones de los médicos con la industria farmacéutica deben ser claras, honradas y transparentes, y no siempre es así, por culpa de los dos protagonistas. Los médicos esperan mucho (para el beneficio de los accionistas). Es importante que existan normas acerca del conflicto de interés y de la transparencia de todas las actividades de promoción (visitas, charlas, congresos, viajes y demás) y que se respeten por ambas partes.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-1.798 Response to diphtheria booster vaccination in healthy adults: vaccine trial

Falta de respuesta inmunitaria a la revacunación contra la difteria)

Autores: Vellinga A, Damme PV, Joossens E, Goossens H

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 320: 217

Calificación: Bueno

Comentario: Tenemos difteria en los países europeos del este, y ya ha habido casos con muertes en Dinamarca, por ejemplo. Así que se recomienda la revacunación de los adultos. Los autores, belgas, demuestran que la cosa no es sencilla; revacunan a 176 voluntarios, a los que determinan su nivel de inmunidad frente a la difteria. La vacunación fracasa en el 24% (no tienen niveles protectores). Así que habrá que plantearse si es suficiente la dosis de adulto (que se añade a la antitetánica), y el calendario de revacunación.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-1.799 Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial

(Efecto positivo de un programa de formación de médicos generales sobre salud de los adolescentes)

Autores: Sanci IA, Coffey CMM, Veit FCM, Carr M, Patton GC, Day N et al

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 320: 224-230

Calificación: Bueno

Comentario: La formación médica continuada tiene pocos éxitos, así que es importante reseñar este trabajo australiano, donde han conseguido algo. Se dividió en dos grupos a 108 médicos generales de Melbourne, y al grupo experimental se le dieron más charlas (2,5 h a la semana, durante 6 semanas y, posteriormente, reunión de 2 h para comentar casos). Los médicos del grupo experimental realizaron mucho mejor una entrevista con una paciente simulada, de 15 años (grabada en vídeo, para su evaluación), a los 7 y 13 meses.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-1.800 Effect of hormone replacement therapy on the pathological stage of breast cancer: population based, cross sectional study

(La terapia hormonal posmenopáusica y la malignidad del cáncer de mama)

Autores: Stallard S, Litherland JC, Cordiner CM, Dobson HM, George WD, Mallon EA et al

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 320: 348-349

Calificación: Bueno

Comentario: Se ha dicho que los cánceres de mama detectados en mujeres con tratamiento hormonal substitutivo son menos agresivos. Los autores, escoceses, demuestran que no es cierto, y analizan para ello los datos de 1.130 cánceres de mama, detectados entre 1988 y 1993 en un programa de cribado con mamografías. Lo que confirman es que los cánceres no detectados en el cribado son más frecuentes entre las hormonadas (12,3% en el cribado frente al 22,1% en el intervalo entre cribados). ¿Disminuye la hormonoterapia el valor predictivo de la mamografía? La respuesta es sí.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-1.801 Inequitable distribution of general practitioners in Australia: estimating need through the Robin Hood Index

(Distribución desigual de médicos generales en Australia)

Autores: Wilkinson D, Syron B

Revista/Año/Vol./Págs.: Aust NZ J Public Health 2000; 24: 71-75

Calificación: Bueno

Comentario: No sabemos definir el número de médicos generales necesario para atender una población. Los autores utilizan el índice de Robin Hood, que valora la necesidad médica en función de la mortalidad, para estimar la distribución de médicos generales en Australia. Como esperaban, el índice va de 0,32 (escasez de médicos) a 2,46 (exceso de médicos); el exceso se localiza en la zona de la capital y en las capitales de provincia, como era de esperar. Calculan que se necesitarían unos 2.500 médicos generales más, para atender áreas rurales, básicamente.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-1.802 Health services accessibility among Spanish elderly

(La accesibilidad a los servicios de salud por los ancianos españoles)

Autores: Fernández-Mayorales G, Rodríguez V, Rojo F
Revista/Año/Vol./Págs.: Soc Science Med 2000; 50: 17-26

Calificación: Bueno

Comentario: La existencia de un servicio público de salud disminuye las barreras a la accesibilidad pero no las elimina. Los autores del CSIC-Madrid, utilizan los datos de la encuesta nacional española de 1993 para estudiar el uso de servicios por los ancianos (mayores de 65 años). El incremento de la edad y la mala salud, se asocian a mayor utilización del médico general de las urgencias y del hospital, lo que es lógico. Sin embargo, el uso del dentista no cubierto por el sistema público se asocia fundamentalmente a la educación y, por ende, al nivel económico.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: MPF

S-1.803 Ginkgo biloba extract for the treatment of intermittent claudication: a meta-analysis of randomized trials

(Tratamiento de la claudicación intermitente con ginkgo biloba)

Autores: Pittler M, Ernst E

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med 2000; 108: 276-281

Calificación: Bueno

Comentario: El mejor tratamiento de la claudicación intermitente es el ejercicio físico forzoso; pueden utilizarse pentoxifilina y cilostazol, pero con poco éxito. En este artículo se revisan todos los trabajos publicados en todos los idiomas sobre la eficacia del ginkgo biloba en la claudicación intermitente. Hay 8 ensayos clínicos que demuestran un efecto favorable de aumento de menos 33 metros en la marcha sin dolor.

Referencias bibliográficas: 56

Revisor: MPF

S-1.804 Bias in breast cancer analyses due to error in age at menopause

(Sesgos en los estudios del cáncer de mama por el comienzo de la menopausia)

Autores: Rockhill B, Colditz G, Rosner B

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Epidemiol 2000; 151: 404-408

Calificación: Muy bueno

Comentario: Es crítico saber la fecha del inicio de la menopausia para poder valorar el impacto de la terapia hormonal posmenopáusica en el cáncer de mama. Los autores utilizan datos del Nurses Health Study, en los EE.UU., para valorar dos sesgos frecuentes: a) la determinación de la edad de la menopausia tras la histerectomía simple, y b) el recuerdo de la edad en la que comenzó la menopausia (las mujeres tienden a perder precisión con el paso de los años); las mujeres mayores no se acuerdan ya de la fecha de la última regla.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: MPF

S-1.805 Managed care in the United States: a dilemma for evidence-based policy?

(La atención gestionada no disminuye la calidad médica)

Autores: Robinson R

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Econ 2000; 9: 1-7

Calificación: Bueno

Comentario: La "atención gestionada" (las HMO y otras organizaciones en los EE.UU.) busca la disminución de los costes sanitarios al manejar presupuestos cerrados. La idea no es mala, y se intenta en todo el mundo. Lo malo es que la contención del coste puede hacerse a costa de la calidad, lo que se nota mucho si se compara con la que "ofrece" el sistema de pago por acto y libre elección de médico. El autor revisa la cuestión y concluye que no hay fundamento para creer que la atención gestionada da peor calidad que el pago por acto y la libre elección de especialistas.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-1.806 Evaluación de las vías de acceso venosas innecesarias en un servicio de urgencias

Autores: Velasco L, Fernández B, García S, Hernández E

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2000; 114: 89-90

Calificación: Bueno

Comentario: Sencillo y escueto trabajo realizado en el hospital Valle del Nalón de Asturias, en el que se observa que al 18,5% de las personas que acudieron a urgencias se les cogió una vía venosa, sin que fuera utilizada en el 41,6% de los casos; en otro 10,4% existieron alternativas razonables para la administración de los fármacos. Evidencia de un mal uso de una técnica habitual que frecuentemente supone estrés, incomodidad, riesgo iatrogénico y costes, pero que les encanta a las enfermeras.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: MARL

S-1.807 Atención multidisciplinaria del ictus cerebral agudo

Autores: Castillo J, Charro A, Dávalos A, Díez E, Galbán C, Matías J et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2000; 114: 101-106

Calificación: Bueno

Comentario: Clásicamente ha existido una actitud no intervencionista en el ictus, en contraposición al cambio actual por el que se lo considera una emergencia médica, dado que su pronóstico puede mejorar con un tratamiento inmediato. Se aconseja la identificación y remisión urgente del paciente a un hospital preparado (con TC y demás), en donde deberá valorarse la conveniencia o no del tratamiento trombolítico y/o antihipertensivo. No se dice nada de la situación previa del paciente y de las circunstancias en que a veces se produce el ictus.

Referencias bibliográficas: 34

Revisor: MARL

S-1.808 El riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular en la toma de decisiones. De la evidencia a la clínica

Autores: Villar F, Maiques A, Franch M, Banegas JR, Vilazca J
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 1999; 112 (Supl 1): 67-73
Calificación: Bueno

Comentario: El tratamiento del individuo con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) debe basarse en la consideración del riesgo global y no sólo en la atención de cada factor. Lo curioso es que los objetivos de control de los distintos FRCV recomendados por los expertos según la "medicina basada en la evidencia" no suelen ser los conseguidos en la práctica clínica, a pesar de conocerlos. Se comentan los posibles motivos de esta incongruencia (dificultad de trasladar los resultados de EC a situaciones particulares, posibles efectos adversos, costes, etc.).

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: MARL

S-1.809 Factores condicionantes en la práctica de la psicogeriatría en el medio rural (y II)

Autores: Goncalves F, Sevillano T
Revista/Año/Vol./Págs.: Medicina General 1999; 19: 39-46
Calificación: Muy bueno

Comentario: Da gusto leer artículos como éste en el que se refleja fielmente la realidad de muchos de los ancianos del medio rural de nuestro país, desde el punto de vista individual, familiar, social y sanitario, escrito por médicos de pueblo que conocen bien lo que realmente ocurre. Se critica la "medicina de tiovivo" (provocada en parte por la ociosidad y la preocupación por pequeñas alteraciones a las que no se hace más que darlas vueltas, favorecida por la gratuidad de las prestaciones), recomiendan sentido común sobre los cambios de hábitos en los ancianos.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: MARL

S-1.810 Worldwide surveillance of risk factors to promote global health

(Monitorización global mundial para mejorar la salud)

Autores: Morabia A
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Public Health 2000; 90: 22-24
Calificación: Informativo

Comentario: En un mundo informatizado faltan datos. Apenas pueden compararse los datos de mortalidad entre países y regiones. Falta, como siempre, normas y estándares que permitan homogeneizar datos y hacer comparaciones. El autor insiste en que la cosa es más fácil si el resultado sigue pronto al efecto (muerte por parada cardíaca en la intoxicación etílica, muy frecuente ahora en Rusia), pero es más difícil en casos como el tabaquismo y la obesidad. Expone los buenos resultados del MONCA y EURALIM, dos proyectos europeos, con la normalización debida.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-1.811 The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly

(Uso de urgencias por ancianos según tengan /carezcan de médico de cabecera)

Autores: Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin IM, Chan L, Clithrow P, Chen EM et al
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Public Health 2000; 90: 97-102
Calificación: Muy bueno

Comentario: Uso de urgencias en los EE.UU. es, como en España, una locura. Los autores se preguntan si el tener un médico "de cabecera" ("principal", le llaman ellos) puede ayudar a controlar el sobreeso. Analizan datos de ancianos ((65 años) cubiertos por Medicare en el estado de Washington, en 1994. El 18,1% hace al menos una visita al año a urgencias (más con más años y peor salud). Si hay un médico de cabecera el uso disminuye a la mitad, incluso tras corregir por gravedad y demás.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-1.812 Physician-evaluated and self-reported morbidity for predicting disability

(Predicción de la minusvalía según el examen médico y la autoevaluación)

Autores: Ferraro KF, Si Y
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Public Health 2000; 90: 103-108
Calificación: Muy bueno

Comentario: La salud tiene componentes objetivos y subjetivos, de firma que puede medirse a través de exámenes médicos (objetivos) y a través de la percepción personal, autoevaluación (subjetivo). Los autores obtienen datos, a los 10 y 15 años del examen y entrevista inicial, de 6.913 estadounidenses, y calculan el valor pronóstico de los resultados del examen médico y de la autoevaluación. Respecto a las minusvalías, ambos métodos permiten una predicción similar, con mejor resultado para la autoevaluación en lo que se refiere a enfermedades menores.

Referencias bibliográficas: 53

Revisor: JG

S-1.813 Historical analysis of the development of health care facilities in Kerala State, India

(Historia del sistema sanitario en Kerala, India)

Autores: Raman V
Revista/Año/Vol./Págs.: Policy Planning 2000; 15: 103-109
Calificación: Muy bueno

Comentario: Kerala es un estado indio que llama la atención por sus excelentes resultados en salud. Artículo, que analiza la evolución histórica del sector sanitario, en el que destaca la activa intervención gubernamental. Los nuevos tiempos, con mayores ingresos y mejor educación, llevan a una demanda a la que lo puede responder el sector público. El autor sostiene que lo prudente es que el gobierno se dedique a controlar la calidad que ofrecen las organizaciones privadas, manteniendo la de sus propias instituciones y transfiriendo poder a regiones y ayuntamientos.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-1.814 Recommendations regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents and adults

(Recomendaciones para mejorar la cobertura de la vacunación)

Autores: Task Force on Community Preventive Services
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Prev Med 2000; 18: 92-96
Calificación: Muy bueno

Comentario: Estos chicos aciertan de vez en cuando. El suplemento de la revista se dedica al trabajo de un grupo de busca promover actividades poblacionales de base científica. Se presentan las recomendaciones acerca de cómo mejorar las tasas de vacunación. Por ejemplo, recomienda con fundamento mejorar el acceso, recordar a los pacientes las fechas de vacunación y la educación en poblaciones específicas; no hay base para recomendar la educación sólo en los centros sanitarios, ni los incentivos a familiares, ni el que los pacientes lleven sus cartillas.

Referencias bibliográficas: 2
Revisor: JG

S-1.815 Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents and adults

(Fundamento científico de las recomendaciones para mejorar la cobertura de la vacunación)

Autores: Briss PA, Rodwal IE, Himan AR, Shefer AM, Strikas RA, Bernier RK et al
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Prev Med 2000; 18: 97-140
Calificación: Muy bueno

Comentario: Este artículo es básico para entender todo lo que se puede hacer para mejorar las tasas de vacunación en la población. Complementa el artículo anterior, y da la lógica, y las referencias, para justificar las recomendaciones. Los autores emplean un abordaje conceptualmente amplio, así que no se les olvida que muchas veces hay problemas de acceso (de cobertura sanitaria, de horarios y demás) más que técnicos, de forma que la accesibilidad es clave. Repasan punto por punto todos los aspectos, con una estructura rigurosa, bien documentada.

Referencias bibliográficas: 251
Revisor: JG

S-1.816 Selective screening for chlamydia infection: which criteria to use?

(¿Qué criterios usar para seleccionar a la población para el cribado de clamidias?)

Autores: Miller WC, Hofman IF, Owen-O'Dowd J, McPherson JT, Privette A, Schmitz JL et al
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Prev Med 2000; 18: 115-122
Calificación: Bueno

Comentario: Las clamidias son una plaga que conlleva esterilidad por tubaritis, si no se trata. En general, lo mejor es detectarlas en las mujeres jóvenes con promiscuidad, mediante la reacción en cadena de la polimerasa (es posible hacerla en tomas cervicales, e incluso muestras de orina). Los autores revisan las distintas estrategias de selección de la muestra. Concluyen que si no hay mejor criterio, el simple de la edad (menos de 22 años) da muy buenos resultados.

Referencias bibliográficas: 26
Revisor: JG

S-1.817 An update on Spain's health care system: is it time for managed competition?

(Es la hora de la atención gestionada en España)

Autores: Rodríguez M, Schefler RM, Agnew JD
Revista/Año/Vol./Págs.: Health Policy 2000; 51:1 09-131
Calificación: Muy bueno

Comentario: Hay gente que cree milagrosa cualquier cosa que vendan los gringos. En este artículo, se revisa el caso español y se da un toque "gringo", pero éste es más una crítica que una alabanza. La primera firmante es una economista de pro que ha aprovechado su año sabático en Berkeley para pensar sobre el sistema sanitario español y su reforma. Deja claro que el 12% de la población tiene doble cobertura sanitaria, lo que expresa su rechazo a la primaria. Propone introducir incentivos en el pago a los médicos que hagan comer algo de riesgo al profesional.

Referencias bibliográficas: 41
Revisor: JG

S-1.818 The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care

(El fracaso de las reformas suecas reorientadas al mercado)

Autores: Harrison ML, Calltoop J
Revista/Año/Vol./Págs.: Health Policy 2000; 50: 219-240
Calificación: Excelente

Comentario: Aquí en España, todavía seguimos con la fiebre del "mercado" en la reforma del sistema sanitario (como si el mercado no fuera otra cosa que el beneficio de los poderosos). En Suecia tuvieron el sarapión a comienzos de los noventa, y ya están de vuelta, promoviendo la cooperación, no la competición. Los autores repasan el proceso histórico, tanto desde el punto de vista político (los socialistas estuvieron en contra) como profesional (los médicos fueron muy críticos). Una historia bonita, con un buen análisis que ayuda a darnos cuenta de nuestros propios errores.

Referencias bibliográficas: 46
Revisor: JG

S-1.819 Health inequalities and the health of the poor: what do we know?, what can we do?

(¿Qué sabemos y qué podemos hacer respecto a la desigualdad en salud?)

Autores: Gwatkin DR
Revista/Año/Vol./Págs.: Bull WHO 2000; 78: 3-18
Calificación: Muy bueno

Comentario: El autor trabaja para el Banco Mundial, pero no es tonto. Hace una presentación general del problema de la desigualdad económica y en salud, a la que se dedica este número del Boletín de la OMS. Lo interesante es que propone a los sanitarios que se interesen tanto por los cuidados propiamente dichos como por la desigualdad económica que exige esos cuidados. Y, al mismo tiempo, que se hagan propuestas discriminantes en los objetivos sanitarios (no disminuir la mortalidad infantil en general, sino en los grupos más desfavorecidos, por ejemplo).

Referencias bibliográficas: 36
Revisor: JG

S-1.820 Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy

(La definición de desigualdad en salud)

Autores: Gakidon EE, Murray GJL, Frenck J
Revista/Año/Vol./Págs.: Bull WHO 2000; 78: 42-54
Calificación: Bueno

Comentario: Cuando hablamos de equidad no sabemos muy bien lo que queremos decir, por más que lo intuimos. Los autores proponen que se busque la equidad en forma de promoción de "años de salud", de años de vida sana y fructífera. Al hacerlo se vuelve uno al nivel individual, de forma que se da importancia a cosas como riesgos profesionales concretos; poco importantes para la población pero claves en la salud de un individuo expuesto. No está mal la propuesta. Referencias bibliográficas: 56

Revisor: JG

S-1.821 New challenges in assuring vaccine quality

(La calidad de las vacunas)

Autores: Dellepiane N, Griffiths E, Milstien JB
Revista/Año/Vol./Págs.: Bull WHO 2000; 78: 155-162
Calificación: Informativo

Comentario: Cada vez hay más vacunas y cada vez se producen con métodos más modernos. De forma que la seguridad y calidad de éstas son cuestiones básicas, que deben certificarse de continuo. Por ejemplo, no basta que provoquen cambio inmunológico, si con ello no protegen lo suficiente; tampoco basta que no lleven virus como contaminantes (sobre todo las que proceden de cultivos celulares, como las de la polio y sarampión) si llevan transcriptasa inversa. El problema es saber poner límites al uso y abuso de las vacunas, y a su seguridad y eficacia mínimas.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

S-1.822 Reliability and validity of women's recall of mammographic screening

(Validez del recuerdo de la mamografía preventiva)

Autores: Barratt A, Cockburn J, Smith D, Redman S
Revista/Año/Vol./Págs.: Aust N Z J Public Health 2000; 24: 79-81
Calificación: Bueno

Comentario: ¿Se acuerdan las mujeres de las mamografías de cribado? Los autores, australianos, demuestran que sí. Escogen a 100 mujeres al azar y comprueban si mantienen su opinión al cabo de una semana (κ igual a uno, perfecto), y si recuerdan si se les hizo una mamografía. El 24% recuerda el día exacto, y un 39% el mes. El 91% recuerda sin error, al cabo de una año, que se le hizo la mamografía (lo comprueban con datos del registro del cribado mamográfico); no hay exceso ni defecto en el recuerdo.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-1.823 Are pharmaceuticals cost-effective? A review of the evidence

(Revisión del coste-efectividad de los medicamentos)

Autores: Newman PJ, Sandberg EA, Bell CM, Stone PW, Chapman RH

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Affairs 2000; 19: 92-109

Calificación: Muy bueno

Comentario: Cuando se aprueba la venta de un nuevo fármaco suponemos que se ha demostrado, al menos, su eficacia en los casos de empleo recomendado. No se nos dice nada acerca de su coste-efectividad, excepto en Australia (no se permite la venta de medicamentos que no hayan demostrado su coste-efectividad). Los autores repasan la cuestión y dan alguna tabla buenísima; en una exponen el coste-efectividad de diversas intervenciones, y en otra la de algunos medicamentos (excelente los anticoagulantes, pésimo el ordasetrón).

Referencias bibliográficas: 60

Revisor: JG

S-1.824 The economics of Viagra®

(El coste de Viagra®)

Autores: Keith A

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Affairs 2000; 19: 147-157

Calificación: Bueno

Comentario: Está bien repasar la historia del sildenafil, el primer medicamento oral para tratar la impotencia masculina. En España, Japón, el Reino Unido y otros países no se ha incluido entre los medicamentos pagados por el sistema público. ¿Por qué? En todo el mundo se ha estimado que es un fármaco "cosmético", de forma que los usuarios lo pagan de su bolsillo (no es barato) o, en algunos casos, pagan si consumen más de cuatro píldoras al mes; la cuestión de fondo es el precio (en absoluto, es coste-eficaz si se compara con tratamientos alternativos).

Referencias bibliográficas: 44

Revisor: JG

S-1.825 Evaluation of web-based computer-aided instruction in a basic science course

(Evaluación del uso de Internet en la enseñanza de la anatomía)

Autores: McNulty JA, Halama J, Dauzvardis MF, Espiritu B

Revista/Año/Vol./Págs.: Acad Med 2000; 75: 59-65

Calificación: Informativo

Comentario: Es increíble comprobar que los métodos de enseñanza en las facultades de medicina no han mejorado los medievales con los que fuimos educados hace 30 años. Pero algo se mueve. Sirva de ejemplo este artículo, en el que se presenta el uso de los recursos en Internet, de la cátedra de anatomía de la Universidad Loyola, de Chicago. Los estudiantes emplean una media de 53 h, en los dos meses del curso, con el material informático. Antes de cada examen consultan los aspectos que se refieren a la materia a evaluar. En fin, otras posibilidades.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG