

## S-1.826 *El compromiso colectivo de los varones homosexuales en la lucha contra el sida*

**Autores:** Rodés A

**Revista:** *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 1-14

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El sida es frecuente entre los varones homosexuales, pero no parece que haya provocado muchos cambios en su sexualidad. Este editorial destaca que el uso del preservativo es más frecuente con parejas ocasionales que con parejas estables, lo que parece lógico. La autora analiza el problema en conjunto y destaca las condiciones en que la penetración anal puede estar exenta de riesgo, con la pareja estable. Es una cuestión que deberíamos discutir los médicos generales con nuestros pacientes homosexuales, para contribuir al uso racional del preservativo.

**Referencias bibliográficas:** 4

**Revisor:** MPF

## S-1.827 *Medidas de las desigualdades en la edad de muerte: cálculo del índice de Gini a partir de las tablas de mortalidad*

**Autores:** Llorca J, Prieto D, Delgado M

**Revista:** *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 5-12

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El índice de Gini sale en mil artículos. Los autores tienen la gracia de explicarlo y de dar un buen ejemplo de su uso. Utilizan la mortalidad por grupos de edad, según sexo, en las comunidades autónomas, en 1990, y demuestran que la desigualdad es mayor para los varones que para las mujeres. Y que, a mayor esperanza de vida en una comunidad, menor desigualdad. En comunidades como Galicia y La Rioja podría ser más importante disminuir la mortalidad entre los jóvenes, mientras en Castilla-La Mancha la actuación tendría que ser global.

**Referencias bibliográficas:** 5

**Revisor:** MPF

## S-1.828 *Workoping and homecoping: achieving a balance in part-time community pharmacy*

**(Trabajo a tiempo parcial entre los farmacéuticos ingleses)**

**Autores:** Symonds BS

**Revista:** *Int J Pharm Pract* 2000; 8: 10-19

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El trabajo a tiempo parcial es inexistente en el sistema nacional de salud español, a pesar de ser frecuentísimo en otros sistemas tan burocráticos como el nuestro (Suecia). En este trabajo se encuesta por correo a un colectivo inglés de farmacéuticos, para saber cómo organizan el trabajo los que lo hacen a tiempo parcial (32%). Un 87% trabaja en oficinas de farmacia, el 70% son mujeres. De jóvenes, éstas trabajan a tiempo parcial para tener libertad en la crianza de los hijos; los varones, de mayores, cuando necesitan menos dinero para la crianza de los hijos.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** MPF

## S-1.829 *Qualitative insights into general practitioners' views on the appropriateness of their long-term prescribing*

**(Un estudio cualitativo acerca de prescripciones inapropiadas en las recetas de crónicos de médicos ingleses)**

**Autores:** Cantrill JA, Dowell J, Roland M

**Revista:** *Int J Pharm Pract* 2000; 8: 20-26

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** En Inglaterra es habitual el "horrible" sistema de recetas de crónicos que se está implantando en España (despacho de recetas sin ver al pacientes). Los autores seleccionan a 10 pacientes de 22 médicos generales incluidos en este programa y les aplican 9 indicadores de prescripción incorrecta. En 101 pacientes encuentran 227 prescripciones inapropiadas, y sobre ello entrevistan a los médicos correspondientes. Los galenos lo saben, pero no lo cambian por ser medicamentos poco agresivos, o ser muy familiares al paciente, o haber sido recetados por otros médicos.

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** MPF

## S-1.830 *Crónica de un viaje al Hospital Albert Schweitzer en Haití*

**Autores:** Ollé JE

**Revista:** *Med Clin (Barc)* 1999; 114: 60-62

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Nuevo artículo de Jaime O. Ollé, miembro de ACTMON, reflejando en esta ocasión parte de la situación social, familiar y sanitaria de Haití. Expresa la futilidad de nuestras acciones en esas latitudes si no van acompañadas de un compromiso de apoyo firme y continuado, los posibles efectos indeseables de nuestras intervenciones más benignas y bien intencionadas, etc. Enorme contraste con nuestra realidad y la recogida habitualmente en una revista de la calidad científica de *Medicina Clínica*.

**Referencias bibliográficas:** 7

**Revisor:** MARL

## S-1.831 *¿Hacia una salud pública basada en la evidencia?*

**Autores:** Cid J, Rodríguez F, Martín JM

**Revista:** *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1): 106-110

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La salud pública basada en la evidencia supone un estilo de afrontar los problemas sanitarios en el que la toma de decisiones se fundamente en la mejor información disponible, sin caer en la mitificación de la "evidencia"; ésta no siempre es inequívoca ni elimina la incertidumbre. Se recomienda aprender a tomar decisiones en ausencia de certeza absoluta (incertidumbre a la que el médico asistencial está acostumbrado) y a respetar las preferencias de pacientes y usuarios. Se comentan ejemplos como el de la mamografía en < 50 años (desaconsejada científicamente).

**Referencias bibliográficas:** 45

**Revisor:** MARL

## S-1.832 **Factores determinantes del abandono del tabaquismo durante el embarazo**

**Autores:** Mireia J, Nebot M, Badí M, Berjano B, Muñoz M, Rodríguez MC et al

**Revista:** *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 132-135

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La mayoría de mujeres embarazadas fumadoras que abandonan el tabaco lo hacen antes del consejo médico. Según este estudio, realizado en Barcelona, lo hace un 20%; las que tienen mayor dificultad son las que más fuman y aquellas cuya pareja fuma. Después de la visita médica sólo deja de fumar un 5,5% más y es frecuente reincidir en el hábito después del parto. Debemos procurar aumentar el abandono del tabaco durante el embarazo, y de forma definitiva, por los beneficios que tiene para la madre, el feto y el niño una vez nacido.

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** MARL

## S-1.833 **Apoptosis: ser o no ser, esa es la cuestión**

**Autores:** Vaquero M

**Revista:** *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 144-156

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Apoptosis viene del griego *apoptoe-sis*, indicativo de la caída de las hojas de los árboles o de los pétalos de una flor. La apoptosis es un tipo de necrosis celular fisiológica que permite la homeostasia de los tejidos. Se ha comprobado que está alterada en muchos procesos patológicos bien por exceso (sida, hepatitis, colitis ulcerosa, algunos tumores sólidos, enfermedades neurodegenerativas) o por defecto (tumores sólidos, enfermedades autoinmunes). Este conocimiento permite ser optimista en la búsqueda de nuevos fármacos que ayuden a regular la necrosis celular.

**Referencias bibliográficas:** 155

**Revisor:** MARL

## S-1.834 **Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey**

**(Aseguramiento y uso de servicios sanitarios en 5 países anglosajones)**

**Autores:** Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R

**Revista:** *Health Policy* 2000; 51: 67-85

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Lo de la encuesta Blendon está dando muchas ideas. Los autores utilizan la misma técnica (encuesta telefónica) para valorar el impacto del aseguramiento en la carga financiera y el uso de servicios en 5 países: Australia, Canadá, Estados Unidos, Inglaterra (encuestas personales) y Nueva Zelanda. La desigualdad es enorme en Australia, Estados Unidos y Nueva Zelanda, y nula en Canadá e Inglaterra, respecto al acceso a servicios sanitarios según nivel de ingresos. Hay problemas con los gastos sanitarios en Estados Unidos, y a distancia en Australia, Canadá y Nueva Zelanda.

**Referencias bibliográficas:** 14

**Revisor:** JG

## S-1.835 **The role of peer-reviewed journals in science**

**(El papel de las revistas científicas)**

**Autores:** Weinberger M, Tierney WM, Ayanian JZ, Burnam A, Escarce JJ, Hays Ros et al

**Revista:** *Med Care* 2000; 38: 1-3

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las revistas en papel están adaptándose a los nuevos tiempos. En este artículo se comentan los cambios en *Medical Care*, que incluyen el no aceptar artículos que se han publicado antes en Internet. Lo más interesante es que se exige a los autores que presenten un nuevo método de medir algo/un nuevo instrumento que pongan a disposición de los lectores para investigación. Una iniciativa excelente, más en una revista que publica mucho de lo nuevo en pesas y medidas sanitarias.

**Referencias bibliográficas:** 3

**Revisor:** JG

## S-1.836 **Medical malpractice. Treating the causes instead of the symptoms**

**(Los casos de mala práctica: del efecto a la causa)**

**Autores:** Orentlicher D

**Revista:** *Med Care* 2000; 38: 247-249

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El número de *Medical Care* incluye 2 artículos sobre mala práctica, y este editorial los comenta muy agudamente. La cuestión es que los pacientes que llevan a los tribunales a los médicos no son los que debieran: hay muchos falsos positivos y muchísimos más falsos negativos (los pacientes que deberían quejarse no lo hacen). Lo importante es que se vaya al fondo, y que se tomen iniciativas para hacer los errores imposibles o muy difíciles. Por ejemplo, escribir a máquina las recetas, y no a mano.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** JG

## S-1.837 **Preventive dentistry: practitioners' recommendations for low-risk patients compared with scientific evidence and practice guidelines**

**(Contraste entre las recomendaciones preventivas de los dentistas y el fundamento científico)**

**Autores:** Frame PS, Sawai R, Bowen WH, Meyerowitz C

**Revista:** *Am J Prev Med* 2000; 18: 159-162

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** De vez en cuando conviene dar un repaso a las muchas tonterías que recomendamos. Los autores encuestan a dentistas neoyorquinos acerca de sus recomendaciones preventivas a pacientes de bajo riesgo, y las comparan con las recomendaciones basadas en hechos. Como era de esperar, los dentistas recomiendan 2 visitas anuales para limpieza, radiografías preventivas, fluoración y demás. Pero no hay fundamento científico para todo ello, y no sabemos muy bien cada cuánto tiempo recomendar la limpieza/revisión por el dentista.

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** JG

## S-1.838 *Pilot study of a rating instrument or medical education web sites*

(Un formulario para evaluar las iniciativas de educación médica en Internet)

**Autores:** Yuh JL, Abbot AV, Ontai S

**Revista:** *Acad Med* 2000; 75: 290

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** En Internet puedes encontrar de todo (fundamentalmente, basura). Por ello está bien este brevisimo texto (una página) en que se comenta un cuestionario que valora 7 aspectos del material médico educativo en Internet, desde la interactividad a la relevancia. Evalúan 100 ofertas y seleccionan las seis mejores, que finalmente valoran 36 estudiantes. Hay acuerdo en la utilidad del instrumento de selección y queda claro que lo que se valora es la velocidad, más que ninguna otra cosa.

**Referencias bibliográficas:** 3

**Revisor:** JG

## S-1.839 *Clinical problem analysis (CPA): a systematic approach to teaching complex medical problem solving*

(Análisis de problemas clínicos: una forma sistemática de enseñar a resolver problemas médicos)

**Autores:** Custers EJJ, Stuyt PMJ, Robbé PFDV

**Revista:** *Acad Med* 2000; 75: 291-297

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** No es fácil enseñar el razonamiento clínico. De hecho, habitualmente, se aprende por intuición, copiando de lo que se entrevé en los profesores clínicos (bien lejos del diagnóstico diferencial clásico). En este trabajo los autores, holandeses, explican el "análisis de problemas clínicos" que permite examinar casos reales, incompletos, iniciales y mal definidos; los típicos, pues, en atención primaria. Son cinco: obtener información, organizarla, hacer una lista, considerar los distintos diagnósticos posibles y hacer un plan de acción.

**Referencias bibliográficas:** 46

**Revisor:** JG

## S-1.840 *Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making*

(Falta de estudios sobre toma de decisiones compartidas en la prescripción de medicamentos)

**Autores:** Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP

**Revista:** *Social Science Med* 2000; 50: 829-840

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Está bien proponer que el médico comparta información y decida con el paciente durante la consulta. Lo malo es que no hay fundamento científico para hacerlo, así que uno debe basarse en su experiencia e intuición. Los autores, ingleses, aprovechan 62 consultas con médicos generales para realizar un análisis a fondo de la cuestión; los médicos quisieran hacerlo mejor, pero no hay mucho demostrado en lo que apoyarse. Desde luego, cuesta tener en cuenta la opinión del paciente, y se necesita práctica y estudios que lo sustenten.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** JG

## S-1.841 *Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care*

(Desigualdad en el envejecer en Portugal)

**Autores:** Santana P

**Revista:** *Social Science Med* 2000; 50: 1025-1036

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** De vez en cuando los geógrafos se interesan por la medicina. En este caso, una geógrafa de Coimbra, que se pregunta por la relación entre necesidad sanitaria en los ancianos y uso de servicios (en Portugal). Demuestra que hay más ancianos, con más enfermedades y con más mortalidad evitable, en el sur (Alentejo), donde los ancianos utilizan menos los servicios sanitarios. Tienen problema de accesibilidad (tiempo, dinero y movilidad para acceder a centros de salud y hospitales), de forma que se cumple la ley de cuidados inversos, otra vez.

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** JG

## S-1.842 *Widening inequality in mortality between 160 regions of 15 European regions in the early 1990s*

(Aumento de la desigualdad en la mortalidad entre 160 regiones de la Unión Europea)

**Autores:** Shaw M, Orford S, Brimblecombe N, Dorling D

**Revista:** *Soc Science Med* 2000; 50: 1047-1058

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los estudios comparados de mortalidad evitable tienen una larga historia en Europa, que ayuda mucho a entender la salud de su población. En este trabajo se analiza la mortalidad por regiones en los 15 países de la Unión Europea. Queda claro que las cosas van mal, a peor, en el norte de Inglaterra y en Escocia (con la tasa más alta del mundo de mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres), comparables a cómo van las cosas en la antigua República Democrática Alemana. Ha habido mejoría general, pero la distancia entre regiones ha aumentado.

**Referencias bibliográficas:** 47

**Revisor:** JG

## S-1.843 *El consumo de medicamentos: políticas y pacto social*

**Autores:** Antoñanzas F

**Revista:** *Gac Sanit* 2000; 14: 93-96

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El problema del uso de medicamentos radica, más que nada, en el uso incorrecto de éstos. El problema no es el gasto, en principio, sino el despilfarro. El autor, economista navarro, aborda la cuestión de forma muy general, pero ofrece datos concretos, así que el editorial es interesante. A mencionar que los medicamentos son baratísimos en España. Destaca el peligro de romper la confianza del paciente si los incentivos no se diseñan bien. Y sugiere la necesidad de un pacto social para que la cosa funcione bien.

**Referencias bibliográficas:** 7

**Revisor:** JG

## S-1.844 **Características de los pacientes que no utilizan las consultas de atención primaria**

**Autores:** Rivera F, Illana A, Olta A, Narváez M, Benlloch C, Rovira B

**Revista:** *Gac Sanit* 2000; 14: 117-121

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Da gusto volver a leer un trabajo sobre utilización de una consulta médica, en este caso valenciana. El estudio es sencillo y claro, pues presenta datos de intensidad de uso, de frecuentación y de intensidad de uso repetido (lo que es muy inusual, pese a su interés). Casi la mitad del cupo no consultó a lo largo del año del estudio y un 5% de los pacientes realizó 15 consultas o más. Los grandes utilizadores son ancianas con pluripatología; valdría la pena estudiar esos 72 pacientes en cada cupo, para saber si les estamos ofreciendo lo mejor.

**Referencias bibliográficas:** 37

**Revisor:** JG

## S-1.845 **Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria**

**Autores:** Alonso JB, Febrel M, Huelin J

**Revista:** *Gac Sanit* 2000; 14: 122-130

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Derivar a un paciente es un acto clave en la atención clínica, pues supone dejar la responsabilidad del caso en manos ajenas, con los inconvenientes y el gasto que eso ocasiona. Si está justificado, no hay nada que decir, pero esa es la cuestión, ¿cuándo está justificado? En este trabajo, se entrevista a grupos de médicos de primaria para intentar entender la derivación inadecuada. Como es habitual, los médicos destacan la presión del paciente y la presión asistencial. Lo que hay, de fondo, es la defectuosísima relación entre niveles.

**Referencias bibliográficas:** 39

**Revisor:** JG

## S-1.846 **Intrapartum care by general practitioners and family physicians. Provincial trends from 1984-85 to 1994-95**

**(Atención al parto por médicos de familia en Canadá)**

**Autores:** Kaczorowski J, Levitt C

**Revista:** *Can Fam Physician* 2000; 46: 587-597

**Calificación:** *Informativo*

**Comentario:** En Canadá se considera que los partos vaginales son cosa del médico general. Por ello, los médicos generales de familia tienen los partos como una actividad más de su práctica clínica. Pero los autores demuestran que en 10 años la evolución es a dejar de atender partos; en 2 provincias, Nueva Escocia y Columbia Británica, los médicos generales atienden todavía a la mayoría de los partos (70-80%), pero en las demás se encuentran por debajo de la mitad (23-54%). ¿Cuáles son las cifras en España?

**Referencias bibliográficas:** 26

**Revisor:** JG

## S-1.847 **Family physicians in maternity care. Still in the game? Report from the CFPC's Janus Project**

**(Atención al embarazo, parto y puerperio por médicos de familia en Canadá)**

**Autores:** Raid AJ, Grava-Gubins I, Carroll JC

**Revista:** *Can Fam Physician* 2000; 46: 601-611

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Los médicos canadienses creen que los generalistas y médicos de familia deben ofrecer atención durante el embarazo, parto y posparto. Este estudio se basa en ese deseo, y en los datos del estudio Janus, del contenido de la actividad del médicos general. Un 50% de los médicos generales canadienses atiende embarazos y el 20% atiende partos. Las mujeres médicos atienden más partos y embarazos que los varones. Y los médicos rurales son más activos que los urbanos. Esperable y esperanzador.

**Referencias bibliográficas:** 29

**Revisor:** JG

## S-1.848 **Diseño de indicadores de capacidad adquisitiva de los usuarios para mejorar la racionalidad y la equidad en la financiación sanitaria**

**Autores:** Murillo C, Carles M

**Revista:** *Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo*, 1999

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** La Universidad Pompeu Fabra de Barcelona tiene un Centro de Investigación en Economía Sanitaria, con actividades muy interesantes. En esta ocasión han publicado una colección de textos en la que se incluye el comentado, que se centra en la co-financiación. Hay que combinar financiación, utilización y calidad si se quieren hacer propuestas racionales de cambios en el modelo de la co-financiación, así que la cosa no es fácil (en España un 20% del gasto sanitario total es privado; la mitad es concurrente, de prestaciones que ofrece el sistema público).

**Referencias bibliográficas:** *Libro*

**Revisor:** JG

## S-1.849 **Reptes en la gestió de la prestació farmacéutica**

**(Gasto farmacéutico)**

**Autores:** Puig J

**Revista:** *Fulls Econòmics Sistema Sanitari* 1999; 33: 6-13

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** La Generalitat publica unas "hojas de economía", del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, que abordan cuestiones de importancia sanitaria. En este caso, todo lo referente a la prestación farmacéutica. El autor, economista de la Universidad Pompeu Fabra, realiza un buen repaso de la cuestión, y comenta que un 75% del aumento del gasto en farmacia en 1986-1996 se debe al incremento del precio de los medicamentos (no al envejecimiento o al aumento del número de recetas por persona). Una cuestión interesante, ¿no?

**Referencias bibliográficas:** 7

**Revisor:** JG

## S-1.850 *Inequality in medical care in Israel. Arabs and Jews in the Jerusalem district of the General Sick Fund*

(Árabes y judíos en Israel: uso de servicios sanitarios)

**Autores:** Shmueli A

**Revista:** *Eur J Public Health* 2000; 10: 18-23

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las desigualdades en salud suelen ser consecuencia de desigualdades económicas; éstas, a su vez, se asocian a desigualdades étnicas. En Israel, árabes y judíos conviven de mala manera, y eso influye en la distribución de la riqueza y la salud. En este estudio se analiza el uso y coste de la atención de judíos y árabes. Los judíos gastan más, pero sobre todo en servicios ambulatorios (entre los usuarios de los servicios, el coste es similar), lo que implica menos servicios preventivos entre los árabes y, proporcionalmente, más gasto hospitalario.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG

## S-1.851 *Disability weights for diseases. A modified protocol and results for a Western European region*

(El peso de la enfermedad, una medida de calidad de vida)

**Autores:** Stouthard MEA, Essink-Bot ML, Bonsel GJ

**Revista:** *Eur J Public Health* 2000; 10: 24-30

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La enfermedad es importante por sus consecuencias: dolor, minusvalía y muerte. En general, se valoran estas consecuencias de las enfermedades, pero eso no tiene mucho sentido, porque los pacientes viven muchos años, a veces, con su enfermedad. De ahí el interés de los "años ajustados por minusvalía", que permiten valorar la repercusión de la enfermedad (S521). En este caso, en los Países Bajos, demuestra claramente que la depresión es muy importante, casi tanto como el cáncer de pulmón, y que el ictus tiene graves repercusiones, no sólo la muerte.

**Referencias bibliográficas:** 14

**Revisor:** JG

## S-1.852 *Listado de especialidades farmacéuticas que contienen gluten*

**Autores:** Parra R, Feo M, Funol M, Porres I, Pérez M, Valladares MC et al

**Revista:** *Argibidead* 2000; 10: 1-7

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Los celíacos deben evitar los medicamentos con gluten, la dificultad es identificarlos. Las autoras, de Vizcaya, se han molestado en cotejar los datos procedentes del *Catálogo de Especialidades Farmacéuticas*, del *Vademécum*, del ministerio, de los propios laboratorios, del cartoneo y del proyecto. Como era esperable, una locura. Por ejemplo, el Atenolol® Alter tiene gluten (no las otras presentaciones de otros laboratorios), pero no consta ni en el *Vademécum* ni en el *Catálogo*. Se proporciona la lista entera de todos los medicamentos revisados.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** JG

## S-1.853 *Calidad de las publicaciones de ensayos clínicos en revistas españolas durante 1998*

**Autores:** Cuenca R, Macía MA, López R

**Revista:** *Aten Farm* 2000; 2: 32-40

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La medicina basada en pruebas (en la evidencia) se funda en los ensayos clínicos, pero no sabemos muy bien si los ensayos clínicos que se realizan merecen ese crédito. Los autores, de Toledo, estudian 16 revistas clínicas españolas, de 1998, y valoran la calidad de los ensayos clínicos que publican. Sólo un 20,8% de los ensayos describe la población de estudio, y únicamente en la mitad consta el método de aleatorización de los pacientes; el tamaño muestral se calculó en el 21%; el análisis por intención de tratar se hizo sólo en un 9,5% de los estudios.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** JG

## S-1.854 *Factores asociados al desarrollo de atopía en adultos jóvenes*

**Autores:** Cortés X, Soriano JB, Sunyer J, Martínez J,

Muniozgorén N, Maldonado JA et al

**Revista:** *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 165-168

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En nuestro medio, la atopía es común entre los adultos sanos sin síntomas respiratorios y se asocia frecuentemente con rinitis alérgica o asma. Según los resultados de este estudio, los factores asociados al desarrollo de atopía en la edad adulta son: sexo masculino, juventud, alergia materna o en algún hermano y nivel educacional elevado (a mayor uso de antibióticos, menor hacimiento, infecciones, etc.); ni la convivencia con animales ni las infecciones respiratorias bajas pueden ser consideradas como factores de riesgo para el desarrollo de atopía.

**Referencias bibliográficas:** 38

**Revisor:** MARL

## S-1.855 *Estudio de costes de un tratamiento de mantenimiento con metadona de bajo nivel de prestaciones*

**Autores:** Pellin MC, Gimeno C, Barril J, Climent JM, Vilanova E

**Calificación:** Bueno

**Revista:** *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 171-173

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En este trabajo se concluye que el coste del tratamiento de mantenimiento con metadona es reducido, y se ofrece una metodología de estimación de gasto y racionalización de la gestión de los centros que la utilizan. En el Centro de Drogodependencias de Alicante, el coste medio por paciente se situó en 1997 en 35.900 pts. (en 1991 era de 144.000). Como dato curioso, cabe decir que el precio de la dosis de metadona se estimó en 76 pts. (¡Menuda diferencia con lo que viene a sustituir!).

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** MARL

## S-1.856 **Estudio de 13 casos de anisakiasis en la provincia de Córdoba**

**Autores:** López D, Ramírez LM, Del Rosal R, López F, Fernández R, Miño G

**Revista:** *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 177-180

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La anisakiasis es una enfermedad de presentación frecuente en España, causada por un nematodo tras la ingestión de pescados que contienen la larva del parásito. Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son: cuadros alérgicos de urticaria y/o edema y acción del parásito en tubo digestivo con epigastralgia intensa, náusea, vómitos o abdomen agudo. Todos habían tomado pescado crudo (boquerones en vinagre) y todos fueron intervenidos por abdomen agudo. La cocción del pescado y la congelación a  $-20^{\circ}$  C destruyen las larvas.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** MARL

## S-1.857 **Tratamiento erradicador de Helicobacter pylori. Recomendaciones de la Conferencia Española de Consenso**

**Autores:** Gisbert JP, Calvet X, Gomollón F, Sáinz R y Grupo de la Conferencia Española de Consenso sobre Helicobacter pylori

**Revista:** *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 185-195

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Entre las conclusiones de esta conferencia de consenso, cabe destacar: a) la pauta de primera elección es un IBP (indistintamente omeprazol, lansoprazol o pantoprazol) (o ranitidina-citrato de bismuto) junto con amoxicilina y claritromicina (cada 12 horas, 7 días); b) el tratamiento previo con IBP no disminuye la eficacia del tratamiento erradicador; c) no parece necesaria la realización rutinaria de cultivo previo al primer intento erradicador, ni siquiera en el segundo, y d) como terapia de rescate, se aconseja un IBP-bismuto-tetraciclina-metronidazol durante 7 días.

**Referencias bibliográficas:** 159

**Revisor:** MARL

## S-1.858 **A novel strategy for individualizing erectile dysfunction treatment**

**(Una estrategia para clasificar los medicamentos para la impotencia)**

**Autores:** Lewis RW, Heaton JPN, Young MG

**Revista:** *Patient Care* 2000; 2: 91-99

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La impotencia es una cuestión que llevan mal los varones (y las mujeres correspondientes). Con la comercialización del sildenafil, parece que la cosa se ha resuelto, pero no ha hecho más que empezar, pues los varones con impotencia han empezado a tener esperanzas (y los laboratorios han comprobado que hay un gran mercado). Los autores proponen una matriz sencillísima, en 5 páginas (las demás son anuncios), para clasificar los medicamentos; hay 2 líneas, acción central o periférica, y 2 columnas, inicia la erección o la mantiene.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** JG

## S-1.859 **Improved laboratory diagnosis**

**(Mejoras diagnósticas)**

**Autores:** Jaffe AS, Janzen VK, Ladenson PW, Wasserman S, Young MG

**Revista:** *Patient Care* 2000; 34 (3): 57-79

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Este trabajo sirve de resumen y de introducción a lo que hay de nuevo en pruebas diagnósticas. Va desde las pruebas de detección de paternidad, con una exactitud del 99,99%, a la detección del ADN del gonococo en las heces (sensibilidad del 94,1%, especificidad del 100%, valor predictivo positivo del 100% y valor predictivo negativo del 99,3%). Se habla del uso de la troponina en el diagnóstico del infarto de miocardio (sensibilidad del 91%, especificidad del 82%, valor predictivo positivo del 53% y valor predictivo negativo del 98%).

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** JG

## S-1.860 **Scintimammography for suspected breast cancer**

**(Gammagrafía para el diagnóstico del cáncer de mama)**

**Autores:** Que L, Beirne J

**Revista:** *NZ Fam Physician* 2000; 27: 14-15

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** ¿Qué hacer tras una mamografía de cribado con un resultado anormal? Las mujeres son sometidas, normalmente, a un calvario que puede acabar en la mastectomía innecesaria. Revisan el uso de la gammagrafía con tecnecio-99 para los casos de difícil interpretación (mamas fibroquísticas, con cicatrices, con implantes y demás). El procedimiento es muy suave y tolerable. En lesiones palpables tiene una sensibilidad del 92-97%, especificidad del 74-92%, valor predictivo positivo del 74-92% y valor predictivo negativo del 91-97%.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

## S-1.861 **Atención farmacéutica en farmacia comunitaria en Europa, retos y barreras**

**Autores:** Foppe Van Mil JW

**Revista:** *Pharm Care Esp* 2000; 2: 42-56

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La actividad del farmacéutico de atención primaria en la oficina de farmacia está cambiando. Cada vez son más los que pasan a ofrecer atención farmacéutica (y los que dejan de ser simples tenderos). Si el autor clave en este movimiento es Hepler, en Estados Unidos (S-1.787), en Europa es el holandés firmante de este texto. La cuestión es que se requieren conocimientos que le faltan al farmacéutico, pues el cliente se transforma en paciente, y el objetivo no es dispensar, sino mejorar la salud. Pero en eso se encuentran miles de farmacéuticos, y parece que lo están logrando.

**Referencias bibliográficas:** 40

**Revisor:** JG

## S-1.862 *Los protocolos clínicos y la cartera de servicios. Situación actual y perspectivas de futuro*

**Autores:** Saura J

**Revista:** *Centro Salud* 2000; 8: 79-81

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El autor es miembro del grupo murciano que ha desmontado los protocolos promovidos por el INSALUD y por otras instituciones. Naturalmente, sigue creyendo que se podrían hacer protocolos útiles, frente al hecho de que todos los estudiados son inútiles. Lo cierto es que sólo un 25% de los evaluados tenía bibliografía que justificara su contenido. Y que el autor reconoce que su abandono, su incumplimiento, es una muestra del "gran sentido común entre los profesionales". Hay cosas sin sentido en nuestra práctica, y entre ellas sobresalen los protocolos.

**Referencias bibliográficas:** 5

**Revisor:** JG

## S-1.863 *Diferencias en las actitudes respecto al tabaquismo de médicas y enfermeras, de atención primaria y especializada, de la Comunidad de Madrid*

**Autores:** Fernández ML, Sánchez M

**Revista:** *Centro de Salud* 2000; 8: 150-154

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los profesionales sanitarios son clave en la respuesta clínica al tabaquismo. Como cada vez hay más mujeres, no está mal explorar qué piensan al respecto las médicas y enfermeras, que es lo que han hecho los autores. Encuestaron a 1.235 profesionales de atención primaria y especializada. Fuman más las enfermeras que las médicas, y más las de especializada que las de primaria. Las profesionales de primaria están más concienciadas respecto al tabaquismo, conocen mejor la legislación y tienen más interés en su cumplimiento que las de especializada.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

## S-1.864 *Olanzapine: keep an eye on this neuroleptic*

(Ojo a la olanzapina)

**Autores:** Anónimo

**Revista:** *Can Fam Physician* 2000; 46: 322-326

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Las psicosis son parte de nuestro trabajo diario, aunque la atención a los esquizofrénicos es un área manifiestamente mejorable. Lo malo es que los nuevos antipsicóticos no han mejorado mucho el panorama. A ello se dedica esta revisión de la revista francesa *Prescrire*, y deja claro que la olanzapina no ofrece mejores resultados que el haloperidol, por más que la propaganda insista en su acción bipolar y su mayor seguridad. Hay que tener cuidado por el aumento de transaminasas, de la tensión y la prolongación del QT que induce la olanzapina.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG

## S-1.865 *Sons as sole caregivers for their elderly parents. How do they cope?*

(Los hijos varones como cuidadores únicos de sus padres)

**Autores:** Thompson B, Tudiver F, Manson J

**Revista:** *Can Fam Physician* 2000; 46: 360-365

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La atención domiciliar de los ancianos recae muchas veces en la mujer (hija, hermana, nuera, vecina), pero no faltan varones que hacen esta labor. Los autores, canadienses, localizan a 10 varones que cuidan a sus madres (9, uno es padre) y les entrevistan en profundidad. Seis trabajaban y 4 estaban jubilados. Seis vivían con la madre. Siete eran solteros, uno divorciado y 2 se encontraban casados. Los varones se arreglaban bien y estaban orgullosos de tener a sus madres viviendo en casa; tenían dificultades en su vida social y no recibían mucha ayuda.

**Referencias bibliográficas:** 22

**Revisor:** JG

## S-1.866 *Estabilidad a temperatura ambiente de medicamentos que deben conservarse entre 2 y 8 °C*

**Autores:** Seisdedos N

**Revista:** *Sendagaiak* 2000; 13: 1-4

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El frigorífico de los centros de salud tiene cada vez más medicamentos. ¿Qué hacer si un día, al empezar a trabajar por la mañana, descubrimos que el frigorífico se estropeó por la noche y se ha roto la cadena del frío? ¿Tiramos todo? No, de ninguna manera. La autora ha consultado a los laboratorios, para saber qué tiempo pueden estar estos medicamentos a temperatura ambiente (22-25 °C) en situaciones inusuales. La lista es utilísima; por ejemplo, Engerix B® puede estar a 37 °C una semana y Anatoxal® Te Berna 3 meses.

**Referencias bibliográficas:** 1

**Revisor:** JG

## S-1.867 *Suplementos vitamínicos*

**Autores:** Anónimo

**Revista:** *Bol Terapéutico Andaluz* 1999; 15: 22-24

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El Boletín del CADIME (Centro Andaluz de Información de Medicamentos) se puede consultar ya en la red ([www.easp.es/cadime](http://www.easp.es/cadime)), pero sigue publicándose en papel. En este número revisan la cuestión de los suplementos vitamínicos, que son tan inútiles como lo han sido siempre. Pero persisten las presiones para que recetemos/hablemos de megadosis de vitaminas como antioxidantes. Así que no está mal leer este artículo, para conocer los peligros y la toxicidad de las dichas megadosis.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** JG

## S-1.868 *Differences in socioeconomic status and survival among white and black men with prostate cancer*

(Supervivencia al cáncer de próstata según clase social)

**Autores:** Robbins AS, Whittemore AS, Thom DH

**Revista:** *Am J Epidemiol* 2000; 151: 409-416

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Este trabajo demuestra las limitaciones que impone la filosofía con la que se registran los datos. Los autores, californianos, utilizan un registro de cáncer (23.334 casos, durante 1973-1993) para analizar el impacto de las diferencias socioeconómicas en la mortalidad por cáncer de próstata. Se sabe que las personas de raza negra mueren antes que los de blanca, pero del análisis no se puede deducir que sea debido a diferencias socioeconómicas. Lo malo es que los datos del registro no recogen la variable "clase social", de forma que el estudio es ecológico.

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** JG

## S-1.869 *A systematic review of the effects of physician specialty in the treatment of coronary disease and heart failure in the United States*

(Diferencias entre cardiólogos y generalistas)

**Autores:** Go AS, Rao RK, Danterman RW, Massie BM

**Revista:** *Am J Med* 2000; 108: 216-226

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Es de esperar que los especialistas traten mejor las enfermedades de su especialidad que los generalistas, pero no siempre es así. Los autores, norteamericanos, revisan todos los estudios publicados entre 1980 y 1997 sobre diferencias entre cardiólogos y generalistas. Desde luego, los cardiólogos usan más ácido acetilsalicílico y bloqueadores beta tras el infarto, así como más hipolipemiantes. Pero no usan más IECA en la insuficiencia cardíaca. Y sobre todo las diferencias en el resultado —la salud del paciente— son inexistentes o mínimas.

**Referencias bibliográficas:** 71

**Revisor:** JG

## S-1.870 *El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo*

**Autores:** Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ

**Revista:** *Aten Primaria* 2000; 25: 214-219

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Las enfermeras siguen sin encontrar el norte en los centros de salud; los pacientes necesitan a las enfermeras; los médicos preferirían que desaparecieran de los centros; ¿qué hacer? Los autores, cacereños, llevan a cabo un magnífico trabajo cualitativo, extrayendo las mejores ideas de 3 grupos: enfermeras, médicos y mixto. Lo que queda claro es que las enfermeras no están ofreciendo ni continuidad ni longitudinalidad, con lo que se impide/limita su eficacia. Es hora de que las enfermeras salgan de la cómoda/rutinaria consulta de enfermería.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** JG

## S-1.871 *Medicare pharmacy coverage: ensuring safety before funding*

(Seguridad y uso de medicamentos)

**Autores:** Newcomer LN

**Revista:** *Health Affairs* 2000; 19: 59-62

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los errores médicos son muchísimas veces evitables. Error es elegir un medicamento inapropiado, o recetar un medicamento apropiado al que tienen alergia al mismo, por ejemplo. El autor, médico y gerente de una sociedad médica, hace una revisión excelente de la cuestión, y concluye que hay que empezar a exigir (no promover, sino exigir) el uso de la prescripción informatizada, para mejorar la prescripción y para poder identificar los errores. Comenta, claro, la sobreprescripción de AINE Cox-2, más caros y con menos eficacia analgésica.

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** JG

## S-1.872 *Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs*

(Definición de la continuidad por médicos generales en activo)

**Autores:** Sturmberg JP

**Revista:** *Fam Pract* 2000; 17: 16-20

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El autor, australiano, no ha leído los trabajos de Barbara Starfield, así que no distingue continuidad (seguimiento de un problema) de longitudinalidad (relación personal entre médico y paciente). No obstante, tiene interés el trabajo, de 5 grupos, un total de 26 médicos generales. Se deduce que los médicos generales valoran la continuidad, y creen que depende de un ambiente estable y una buena relación médico-paciente, y que su objetivo es mejorar la salud del paciente. Es interesante; se contempla la cuestión como el resultado de un arte, más que una ciencia.

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** JG

## S-1.873 *A study of factors associated with cost and variation in prescribing among GPs*

(Los factores asociados a variaciones en el gasto farmacéutico de los médicos generales)

**Autores:** Carthy P, Harvey I, Brawn R, Watkins C

**Revista:** *Fam Pract* 2000; 17: 36-41

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** No es fácil entender el proceso de decisión que lleva a escribir determinada receta en determinada ocasión. Los autores lo intentan, entrevistando en privado a 17 médicos generales. Da gusto leer el texto y comprobar que no somos tan diferentes. Los médicos generales aprecian las charlas que les dan los expertos pagados por los laboratorios y la información de los representantes; tienen escaso contacto con los farmacéuticos de oficina de farmacia; tienen un vademécum personal, en el que pesa mucho lo que aprendieron en la residencia, etc.

**Referencias bibliográficas:** 13

**Revisor:** JG