

Con la colaboración de



S-1.874 *Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands*

(Problemas prácticos con la aplicación de la eutanasia y el suicidio en Holanda)

Autores: Groenewoud J, Meide A, Onnuteaka B, Willens D, Maas P, Wal G

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 551-556

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: En Holanda es legal, en ciertas condiciones, la eutanasia activa y la ayuda al suicidio. En este trabajo se presentan los resultados de las entrevistas a los médicos que han intervenido en alguna de estas dos situaciones (82% casos de eutanasia activa). La mayoría de los pacientes tenían cáncer (75%) y la mayoría de los médicos fueron generalistas (55%). Hubo complicaciones en el 7% de los suicidios y en el 3% de la eutanasia: en algunos casos el médico tuvo que intervenir activamente con una inyección letal.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: MPF

S-1.875 *Physicians' experiences with the Oregon death with dignity act*

(Dos años de legislación tolerante con la ayuda al suicidio en Oregón [EE.UU.]

Autores: Ganzini L, Nelson H, Schicridt T, Kraemer D, Delint M, Lee M

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 557-563

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: En el Estado de Oregón en Estados Unidos es legal desde 1997 que el médico ayude a los pacientes a suicidarse. En este trabajo se revisan los dos primeros años de la aplicación práctica de la ley. Los médicos encuestados han dado una receta para suicidarse a uno de cada 6 peticionarios; y uno de cada 10 peticionarios se han suicidado finalmente. No se dio receta a ninguno de los pacientes que tenía síndrome depresivo. Cuando se mejoró la atención clínica (control del dolor) el 46% de los pacientes dejó de pensar en el suicidio.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: MPF

S-1.876 *Cambio en la pauta de administración de drogas en la Comunidad Autónoma Vasca. Evolución durante el periodo 1991-1996*

Autores: Izaurgi I, Vielva I

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 119-129

Calificación: *Bueno*

Comentario: Puesto que los drogadictos siguen consumiendo drogas pese a los múltiples programas para evitarlos, hay que intentar evitar al menos que usen la vía intravenosa. En este trabajo se demuestra que el uso de la vía intravenosa en 1991 tenía una prevalencia del 83%, y ha bajado en 1996 al 52%. No es mucho pero puede tener importancia por la disminución paralela de las infecciones. También influyen cosas como el tipo de heroína (la marrón es menos soluble que la blanca y por eso se inhala más).

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: MPF

S-1.877 *Eritema migratorio (borreliosis de Lyme). Características clínicoepidemiológicas de 50 pacientes*

Autores: Oteo J, Blanco J, Martínez V, Grandival R, Ibaña V, Dopereiro R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Clin Esp* 2000; 200: 60-63

Calificación: *Bueno*

Comentario: La picadura de garrapata provoca la fiebre Q; también la enfermedad de Lyme. En La Rioja hay bosques, ganado y humedad, condiciones ideales para la garrapata (*Ixodes ricinus*) y *Borrelia burgdorferi*. En La Rioja, pues, es frecuente la enfermedad de Lyme que empieza por una mácula roja que se expande en los bordes con aspecto anular. Los autores presentan 50 casos en los que se detectó la picadura de la garrapata en un 70% de pacientes.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: MPF

S-1.878 *El factor humano en la relación clínica. El binomio razón-emoción*

Autores: Sanz Ortiz J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 1999; 114: 222-226

Calificación: *Informativo*

Comentario: Interesante artículo que aborda la realidad biopsicosocial del hombre con sus emociones, sus carencias afectivas, sus conflictos, su influencia en el grado de bienestar, armonía y equilibrio personal. Se insiste en la necesidad de ahondar en los sentimientos del individuo promoviendo las emociones positivas y ayudando a liberar las emociones negativas. La enfermedad genera síntomas físicos, pero también psicoemocionales y necesidades espirituales que como sanitarios podemos y debemos atender adecuadamente.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: MARL

S-1.879 *Eficacia de una intervención para dejar de fumar en pacientes con infarto de miocardio*

Autores: Moreno A, Ochoa FJ, Ramalle E, Saralegui I, Fernández MV, Quintana M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 209-210

Calificación: *Bueno*

Comentario: El dejar de fumar después de un infarto de miocardio disminuye el número de muertes con el doble de efectividad que otras medidas basadas en terapias farmacológicas. Estudio realizado en Soria y La Rioja; se observa que el número de pacientes que dejan de fumar tras un infarto es alto, del 66% en un grupo control y del 60,5% en el grupo de intervención. Resultados negativos que no es frecuente ver publicados. A pesar de la dependencia del tabaco, no parece tan difícil dejarlo para muchos, cuando "ven las orejas al lobo".

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-1.880 *Factores asociados al consumo de medicamentos en la población infantil*

Autores: Rajmil L, Ruiz C, Segú JL, Fernández E, Segura A
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 214-216

Calificación: Bueno

Comentario: La medicalización de nuestra sociedad es increíble. Y se inicia en la infancia, como casi todo. Según los datos de este estudio, elaborado a partir de la información de las entrevistas realizadas a los menores de 15 años de la Encuesta de Salud de Cataluña, el 25% de ellos había consumido algún medicamento en los dos días previos a la entrevista. Es necesario un mejor uso de los medicamentos (por sanitarios y población) y una cierta desmedicalización de la sociedad.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-1.881 *Antiagregante de elección para prevenir la tromboembolia en los pacientes con prótesis valvulares tratados con anticoagulantes orales*

Autores: Carbonell X, Agustí A
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 235-236

Calificación: Informativo

Comentario: Nueva entrega de la sección de "Preguntas y Respuestas en Farmacología Clínica". La anticoagulación crónica es el tratamiento de elección para proteger a los portadores de prótesis valvulares mecánicas frente a los fenómenos tromboembólicos, manteniendo el INR entre 2 y 3,5. A los que a pesar de la anticoagulación presentan algún fenómeno tromboembólico debe añadirse antiagregantes como el AAS a dosis de 100 mg día; el dipiridamol sería la alternativa para los pacientes en los que esté contraindicado el AAS.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: MARL

S-1.882 *Tolerance of uncertainty of medical students and practicing physicians*

(Tolerancia a la incertidumbre de médicos y estudiantes)

Autores: Schor R, Pilpel D, Benbassat J
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2000; 272-280

Calificación: Bueno

Comentario: La incertidumbre es consustancial al ejercicio médico, bien por falta de conocimiento científico, por que sea contradictorio o porque no exista, llanamente. En este trabajo israelí se pasa un cuestionario (se incluye como anexo) para medir la tolerancia a la incertidumbre, como capacidad para compartirla (con pacientes y colegas) y como factor estresante. Los estudiantes de medicina creen que los médicos aguantan mal la incertidumbre y los médicos con práctica la resisten peor si son mujeres, psiquiatras u originarios de otro país (no Israel).

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: LG

S-1.883 *Underutilization of mammography in older breast cancer survivors*

(Bajo uso de la mamografía tras cáncer de mama en ancianas)

Autores: Schapira MM, McAuliffe TL, Nattinger AB
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2000; 38: 281-289

Calificación: Bueno

Comentario: Las mamografías, tan conocidas en el cribado (prevención secundaria), tienen también uso en el seguimiento clínico del cáncer de mama. Los autores utilizan datos de facturación de Medicare y siguen a 3.885 mujeres de más de 65 años hasta 30 meses después de ser intervenidas por cáncer de mama. Demuestran que la mamografía de seguimiento (una al año, en este período) se usa muy poco; al 22% de las mujeres tratadas con extirpación conservadora y sin radioterapia no se le ha realizado ninguna mamografía de seguimiento, pese al riesgo de recidiva.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-1.884 *Is provider capitation working? Effects on physician-hospital integration and cost of care*

(¿Funciona la capitación? Efecto sobre la integración de cuidados y el coste)

Autores: Bazzoli GJ, Dynan L, Burns LR, Lindrorth R
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2000; 38: 311-324

Calificación: Muy bueno

Comentario: La capitación se ha introducido en EE.UU. como una forma de reducir costes, al obligar a asumir el cuidado de una persona por una cantidad fija anual. Además, la capitación compartida por médicos ambulatorios y hospitalarios se supone que favorece la integración de cuidados. Los autores hacen un buen trabajo a partir de fuentes varias, sobre hospitales; concluyen que la capitación se asocia a mayor integración, pero no a disminución de costes. Significa mejor tratamiento administrativo y clínico, y más iniciativa en crear nuevos servicios.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-1.885 *Calcium channel blockers and cancer*

(Cáncer y bloqueantes del calcio)

Autores: Cohen HJ, Pieper CF, Hanlon JT, Wall WE, Burchett BM, Havlik RJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2000; 108: 210-215

Calificación: Bueno

Comentario: Los antagonistas del calcio tienen sus indicaciones, pero se han utilizado en exceso (sobre todo, en la hipertensión). Aparte del despilfarro, y de la morbilidad por no utilizar los medicamentos eficaces, se asoció el uso de los antagonistas del calcio al aumento de casos de cáncer. En este trabajo, con un registro de población, no se encuentra asociación entre uso de antagonistas del calcio e incidencia de cáncer. Siguieron a 3.511 personas, de más de 65 años, durante 10 años. No hubo aumento de la incidencia ni de la mortalidad por cáncer.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-1.886 *Geographical variations of place of death among Italian communities suggest an inappropriate hospital use in the terminal phase of cancer disease*

(Lugar de la muerte en pacientes oncológicos en Toscana y Liguria)

Autores: Constantini M, Balzi D, Garrone E, Orlandini C, Parodi S, Vercelli M et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Public Health* 2000; 114: 15-20

Calificación: Bueno

Comentario: El lugar para morir es el lugar en que se ha vivido, si el paciente lo elige y la familia lo consiente. Los autores, epidemiólogos y oncólogos, creen que es mejor morir en el hospital, con mejores cuidados. Yerran, pero el artículo es interesante, porque intentan comprender a qué se deben las diferencias entre Toscana y Liguria, del 52 frente al 32% respecto a los muertos en casa, entre pacientes con cáncer. Revisan los factores probables que lo expliquen, y todos fallan, así que aceptan que es la mala distribución de las unidades hospitalarias de paliativos.

Referencias bibliográficas: 46

Revisor: JG

S-1.887 *Duties of a doctor: UK doctors and Good Medical Practice*

(Las obligaciones del médico, según el Consejo General de Médicos del Reino Unido)

Autores: McManus IC, Gordon D, Winder BC

Revista/Año/Vol./Págs.: *Q Health Care* 2000; 9: 14-22

Calificación: Muy bueno

Comentario: La sociedad está perdiendo el respeto a los médicos, por los errores, la mala práctica y la poca conciencia para corregir las causas, más que evidentes. En Inglaterra el Consejo General de Médicos publicó en 1998 una guía sobre lo que era un buen médico, y cómo procedería el consejo en caso de denuncias. En este trabajo se encuesta por correo a una muestra representativa de médicos ingleses acerca del impacto de dicha guía; casi la mitad han cambiado su forma de trabajo tras leerla, y el 60% cree que ha ayudado a recuperar la confianza del público.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-1.888 *Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit*

(La auditoría revisada)

Autores: Johnston G, Crombie IK, Davies HTO, Alder EM, Millard A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Q Health Care* 2000; 9: 23-36

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las auditorías buscan la mejora de la calidad clínica. El mayor defecto es que se quedan en el proceso, y pocas veces pasan al resultado. Los autores, ingleses, revisan la bibliografía para lograr entender qué facilita, qué se opone y qué logra la auditoría. Las barreras para llevar a cabo la auditoría son: falta de recursos (tiempo, dinero y conocimientos), carencia de un plan global, problemas de relaciones grupales y de organización. Un punto clave es lograr que los resultados de la auditoría no sean amenazantes en lo personal, y buscar la mejora y no el castigo.

Referencias bibliográficas: 90

Revisor: JG

S-1.889 *"The last resort would be to go to the GP". Understanding the perceptions and use of general practitioner services among people with HIV/AIDS*

(“Lo último, ir al médico general”, dicen los pacientes con sida)

Autores: Petchey R, Farnsworth B, Williams J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Soc Science Med* 2000; 50: 233-245

Calificación: Excelente

Comentario: El sida se lo han llevado los especialistas a su campo. En España, los de infecciosos; en Inglaterra, los urólogos. En este último país hay acceso libre y directo a los urólogos especializados en enfermedades venéreas (de transmisión sexual) y esas clínicas se han llevado el gato al agua en el sida. Los autores, de Nottingham, entrevistan a 20 pacientes con sida; lo último que harían es ir al médico general; creen que los urólogos saben más, son más accesibles, cuidan más el secreto profesional y su uso les permite llevar una vida más normal.

Referencias bibliográficas: 38

Revisor: JG

S-1.890 *To what extent are practices "paperless" and what are the constraints to them becoming more so?*

(El uso de la electrónica en centros de salud ingleses)

Autores: Waring N

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2000; 50: 46-47

Calificación: Bueno

Comentario: Todavía falta mucho para que los centros de salud se olviden del papel. El gobierno inglés quiere conseguirlo para marzo de 2005, así que el autor hace una encuesta por correo. Contestan 311 (69%) de los centros encuestados. Sólo el 4% (12) se consideran ya “sin papel”, y el 9% (26) consideran que ya no llevan historia en papel (en la consulta tienen ordenador). Los centros que entran en estas dos categorías introducen análisis e informes en la historia informática, y tienen con más frecuencia ordenadores portátiles para las visitas a domicilio.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-1.891 *What do GPs need to know? The use of knowledge in general practice consultations*

(¿Qué conocimientos utiliza el médico general en la consulta?)

Autores: Robinson P, Heywood P

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2000; 50: 56-59

Calificación: Excelente

Comentario: No está muy claro el mecanismo con el que los médicos generales resuelven los problemas en la consulta. En este excelente trabajo se revisa el proceso, con claridad y sencillez; especialmente se valora lo que aporta el proceso de maduración y aprendizaje que dan la experiencia y los años. Empleamos: a) conocimiento específico del paciente/familia/comunidad; b) conocimiento general científico; c) conocimiento práctico sobre la organización local, y d) conocimiento acerca del proceso (cosas que pasan con la evolución de la enfermedad)

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-1.892 *Do GPs working in practice with high or low prescribing costs have different views on prescribing cost issues*

(Diferencias respecto a cuestiones de prescripción entre médicos grandes y poco prescriptores)

Autores: Avery A, Wetzels RV, Rodgers S, O'Neill C
Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2000; 50: 100-104
Calificación: Bueno

Comentario: ¿Por qué unos médicos gastan más dinero en medicamentos que otros? Los autores, ingleses, intentan responder enviando un cuestionario postal anónimo a médicos generales grandes prescriptores (340) y poco prescriptores (322). La tasa de respuesta es similar (63,5 frente a 60,2%). Lo sorprendente es que de los 22 ítems de la encuesta sólo hay diferencias evidentes en los tres que se refieren a emplear medicamentos más baratos de la misma eficacia. Los grandes prescriptores "pasan" de la cuestión, y prefieren recetar lo caro.

Referencias bibliográficas: 24
Revisor: JG

S-1.893 *Are specialist mental health services being targeted on the most need patients? The effects of setting up special services in general practice*

(La atención mental a los psicóticos en el Reino Unido)

Autores: Kendrich T, Burns T, Garland C, Greenwood N, Smith P
Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2000; 50: 121-126
Calificación: Muy bueno

Comentario: Los pacientes psicóticos reciben una atención defectuosa. Las cosas se quieren mejorar, en España como en Inglaterra, con equipos comunitarios de salud mental. Los autores se preguntan si estos equipos trabajan para quienes lo necesitan. Localizan a 102 pacientes psicóticos y los entrevistan; 31 no tienen contacto con los equipos de salud mental, pero tienen enfermedad menos grave y mejor calidad de vida social y más contacto con los médicos generales. La conclusión es que las cosas no van mal y que los equipos de salud mental no deben crecer.

Referencias bibliográficas: 22
Revisor: JG

S-1.894 *Not so simple cystitis: how should prescribers be supported to make informed decisions about the increasing prevalence of infections caused by drug-resistant bacteria?*

(La cistitis y la resistencia a los antibióticos)

Autores: Davey P, Steinke D, MacDonald T, Phillips G, Sullivan F
Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2000; 50: 143-146
Calificación: Excelente

Comentario: El mal uso de los antibióticos es cuestión general, como demuestran los autores (ingleses) con su artículo. Lo interesante de este trabajo es que pone el dedo en la llaga de la falta de la correlación entre los resultados de cultivos y resistencias *in vitro* y en la práctica clínica. Cita datos sobre el mayor éxito, por ejemplo, de la cefalexina (o cefadroxil) *in vitro*, comparado con el trimetropín (medicamento de elección), pero de peores resultados en la clínica, en ensayos clínicos de comparación. La cosa es simple, pues: trimetropín, siempre.

Referencias bibliográficas: 40
Revisor: JG

S-1.895 *GPs' referral to mental health care during the past 25 years*

(Derivación a salud mental, en los últimos 25 años, en Niemejen, Holanda)

Autores: *Br J Gen Pract* 2000; 50: 307-308
Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2000; 50: 307-308
Calificación: Muy bueno

Comentario: Los holandeses de nivel hacen cosas de gran interés, como este trabajo, en el que se analizan las derivaciones a psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales entre 1971 y 1997, en cuatro consultas de medicina general. La oferta (trabajadores de salud mental), aumentó el 70% en esos años; la morbilidad mental no aumentó en la comunidad, pero las derivaciones a salud mental pasaron de 6 a 12 por mil, y al trabajador social de 2,2 a 4,8 por 1.000. Trabajo no falta, y parece que la oferta crea la demanda, como siempre.

Referencias bibliográficas: 4
Revisor: JG

S-1.896 *Una propuesta de clase social*

Autores: Grupo de Trabajo de la SEE y la SEMFYC
Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Primaria* 2000; 25: 350-363
Calificación: Muy bueno

Comentario: Los pobres mueren antes, sufren más y tienen más enfermedades y muertes evitables; es la consecuencia sanitaria de la desigualdad social. Muchas veces no se puede estudiar la repercusión de la clase social en la enfermedad por falta de registro de los datos necesarios para ello. En este trabajo se hace una propuesta sencilla y simple de incluir en la historia clínica tres datos (que deberían incluirse, de todas formas): a) ocupación actual; b) situación laboral o previa, y c) máximo nivel de estudios completado.

Referencias bibliográficas: 26
Revisor: JG

S-1.897 *Chest pain in women with normal coronary angiograms*

(Dolor precordial en mujeres con angiografías normales)

Autores: Cannon R, Balabam R
Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 885-887
Calificación: Bueno

Comentario: El descubrimiento de que las mujeres eran peor atendidas cuando tenían patología coronaria ha llevado al aumento de la caterización cardíaca en las mismas. Como consecuencia en la mitad de las mujeres el cateterismo cardíaco es normal (hay sobreuso del mismo). En cualquier caso la cuestión de fondo es el dolor precordial con angiografía normal, cuestión frecuente en varones y mujeres. En este editorial se comenta el uso de fósforo-31 radiactivo para medir el ATP en el ventrículo izquierdo durante el ejercicio.

Referencias bibliográficas: 15
Revisor: MPF

S-1.898 *Waiting times for cancer patients in England after general practitioners' referrals: retrospective national survey*

(El tiempo de espera entre la derivación por el médico general y la consulta hospitalaria en pacientes con cáncer)

Autores: Sprurgeon P, Barwell E, Kerr D
Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2000; 320: 838-839
Calificación: Buena

Comentario: Los tiempos de espera son el azote de los pacientes (y de los médicos). Si la espera se produce con un cáncer o sospecha del mismo la cosa puede ser realmente desesperante. Los autores son conscientes de los peores resultados ingleses en la supervivencia del cáncer, y lo atribuyen a la espera. Aportan datos del tiempo entre la derivación del médico general y la primera consulta en el hospital, y el tratamiento definitivo; para cáncer de mama, 9 y 27 días, si es urgente y 14 y 35 si la derivación fue normal.

Referencias bibliográficas: 3
Revisor: JG

S-1.899 *Association between teenage pregnancy rates and the age and sex of general practitioners: cross sectional survey in Trent 1994-7*

(Los centros de salud con médicos jóvenes o mujeres, y con más tiempo de enfermera tienen menos embarazos en adolescentes)

Autores: Hippisley-Cox J, Allen J, Pringle M, Ebolon D, McPhearsen M, Churchill D et al
Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2000; 320: 838-839
Calificación: Muy buena

Comentario: El Reino Unido destaca en Europa por sus pésimos resultados respecto a embarazos en adolescentes; entre las regiones destaca Trent. Los autores estudian en Trent la asociación entre embarazos precoces (menos de 19 años) y características de los centros de salud. Hay menos embarazos en adolescentes en centros de salud que tienen médicos generales mujeres, o jóvenes, o donde hay más enfermeras. Hay más embarazos en las áreas geográficas más pobres.

Referencias bibliográficas: 24
Revisor: JG

S-1.900 *The new primary care organisations: one year on. Some success but many issues remain to be resolved*

(Un año de nueva organización de la atención primaria en Inglaterra)

Autores: Shapiro J
Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2000; 320: 886-887
Calificación: Informativa

Comentario: Los laboristas han vuelto a reformar el sistema sanitario, y ya no se lleva lo de los *budget-holding* (los médicos generales con presupuesto). Ahora se pone el énfasis en lograr un aumento de la calidad y en mejorar la atención comunitaria. De hecho hay tres modelos (Inglaterra, Gales y Escocia) que no se están comparando. Parece que, al menos, se está logrando una mayor integración con los servicios comunitarios, y una mejor colaboración interprofesional. Menos da una piedra.

Referencias bibliográficas: 2
Revisor: JG

S-1.901 *Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics*

(Relación entre desigualdad económica y mortalidad)

Autores: Ross NA, Wolfson MC, Dunn JR, Berthelot JM, Kaplan GA, Lynch JW
Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2000; 320: 898-902
Calificación: Muy buena

Comentario: Es clásico comparar Canadá y EE.UU., pues ambos países tienen mucho en común. En este trabajo se analiza la relación entre mortalidad y desigualdad social. Se demuestra para el conjunto (Canadá y EE.UU., por provincias/estados y áreas metropolitanas) que un incremento del 1% en los ingresos de los pobres reduciría la mortalidad en 21 muertes por 100.000 habitantes. Cuando se estudian los datos por separado, en Canadá la desigualdad es menor y no tienen impacto en la mortalidad.

Referencias bibliográficas: 38
Revisor: JG

S-1.902 *Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998, España*

Autores: Gil E, Robledo T, Rubio JM, Bris MR, Espiga I, Sáiz I
Revista/Año/Vol./Págs.: *Prev Tab* 2000; 2: 22-31
Calificación: Buena

Comentario: Esto del tabaco es tremendo. Los sanitarios en conjunto fumamos más que la población general (el 38,9%), a pesar de estar preocupados por las consecuencias. Por colectivos, los médicos fuman menos que la población (34,7%) y las enfermeras más (43,2%). Los varones fuman menos que las mujeres (34,4 frente al 45,2%). La intención de dejar el tabaco es mayor en los médicos y lo van consiguiendo progresivamente. Casi la mitad de fumadores han hecho algún intento serio para dejarlo. ¿Qué habrá que hacer para que disminuya este hábito?

Referencias bibliográficas: 9
Revisor: MARL

S-1.903 *Evolución en el consumo extrahospitalario de antibióticos en Zaragoza*

Autores: Rodríguez B, Benedé CB, Tomás JI, Seva A, Orozco E, Siles M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Centro de Salud* 2000; 8: 113-118
Calificación: Buena

Comentario: El consumo de antibióticos es uno de los factores que se relaciona con las resistencias bacterianas. A pesar de que un importante porcentaje de este consumo se considera inadecuado, en este trabajo, realizado en Zaragoza, se observa un incremento en su consumo de 1994 a 1998/1999. Los más utilizados son penicilinas (amoxicilina y amoxicilina/clavulánico), macrólidos (incremento importante de azitro y claritromicina), cefalosporinas (cefuroxima) y quinolonas. El uso de antibióticos a menudo es innecesario y con frecuencia se puede diferir.

Referencias bibliográficas: 18
Revisor: MARL

S-1.904 *Prevalencia de personas mayores frágiles ¿Son adecuados los criterios de inclusión?*

Autores: Calvo R, Alonso E, López A, López A, Dorado MJ, Santamaría Y

Revista/Año/Vol./Págs.: *Centro de Salud* 2000; 8: 126-129

Calificación: Buena

Comentario: Según los resultados de este estudio, realizado en un centro de salud urbano de Madrid, el 83,1% de las personas mayores de 65 años son considerados "frágiles" o de alto riesgo según los criterios de la OMS. La causa principal es la patología crónica y la dependencia para alguna de las actividades básicas de la vida diaria. Consideran que los criterios de la OMS son discriminativos y que deben revisarse. Con los actuales, muchos ancianos se consideran de riesgo sólo por el hecho de vivir solos, haber estado ingresados o tomar varios fármacos.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-1.907 *Resultados del ejercicio de la atención farmacéutica*

Autores: Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC, Frakes M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Pharm Care Esp* 2000; 2: 94-106

Calificación: Buena

Comentario: Los farmacéuticos están intentando aplicar la atención personalizada al paciente en torno a los medicamentos. ¿Sirve para algo? Los autores, de Minnesota, presentan el resultado de atender a 14.357 pacientes, por 50 farmacéuticos comunitarios, entre 1993 y 1999, en 45.165 encuentros. Se detectaron 19.140 PRM (problemas relacionados con el medicamento). Los farmacéuticos resolvieron el 78% de los PRM directamente. Los más frecuentes: cumplimiento inapropiado (21%), necesidad de tratamiento adicional (20%) y reacción adversa (21%).

Referencias bibliográficas: 3

Revisor: JG

S-1.905 *Prevalencia de infección tuberculosa entre inmigrantes magrebies*

Autores: Rivas F, Náchter M, Corriero J, García MT

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 245-249

Calificación: Buena

Comentario: Los inmigrantes no pueden ser considerados sólo como mano de obra ni como repuesto de los niños que no nacen en los países desarrollados. Sin duda la visión que podemos tener de los sanitarios de ellos profesionalmente es muy distinta. En este trabajo se observa que los inmigrantes magrebies constituyen un grupo de alto riesgo de infección/enfermedad tuberculosa. En ello influye su procedencia, la masculinidad, las condiciones de vida, etc. Dada las características de esta población, se recomienda implantar programas específicos de búsqueda activa de casos.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: MARL

S-1.908 *Tratamiento de la rinitis alérgica*

Autores: Guardia P

Revista/Año/Vol./Págs.: *Bol Terapeutico Andaluz* 2000; 6: 5-8

Calificación: Informativa

Comentario: La rinitis alérgica puede llegar a ser invalidante, por la rinorrea, los estornudos continuos y la conjuntivitis. En este texto se revisa su tratamiento, con consejos apropiados y sencillos. Repasa, claro, la inmunoterapia para casos graves en los que no se pueda evitar el alérgeno (hay dudas sobre su eficacia). Insiste en los problemas de la transmisión cardíaca, por antihistamínicos, cuando se interfiere su metabolismo por el citocromo P-450 (con macrólidos, antifúngicos y otros); en estos casos procede el uso de la cetirizina, que se excreta inalterada.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-1.906 *Experienced GPs may yet need a shift in thinking*

(Cómo autoincentivarse para la formación continuada)

Autores: Janes R

Revista/Año/Vol./Págs.: *NZ Fam Physician* 2000; 27: 37-40

Calificación: Muy buena

Comentario: Un buen médico general no lo sabe todo, sino lo que necesitan sus pacientes. Este es el principio básico que mantiene el autor, médico rural en Nueva Zelanda, y lo defiende con propuestas muy razonables. Por ejemplo, que el interés por aprender más debe provenir de nuestros defectos en la práctica: conforme uno atiende a los pacientes, anota en lo que duda o lo que desearía saber, y a ello se dedica luego por sí mismo, en grupo, o en actividades organizadas. Se debe valorar el impacto de la enfermedad en el paciente, para aprender más sobre cómo ayudar a vivir.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-1.909 *Relación entre calidad y coste de la prescripción farmacológica en atención primaria*

Autores: Amado E, Madríguez R, Pérez M, Puig X

Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Primaria* 2000; 25: 464-468

Calificación: Muy buena

Comentario: Los políticos y gerentes miran alocados la cuestión farmacéutica, pensando sólo en el coste. Por eso es interesante este artículo, en el que analizan la prescripción de 285 médicos generales catalanes, en el primer trimestre de 1997. Valoran la calidad de la prescripción según los medicamentos de utilidad y varios grupos (analgésicos y antibióticos), y la correlacionan con el gasto. Los médicos con mejor perfil cualitativo tienen menor gasto por habitante, pero no menor coste por receta. Los autores recomiendan que se disminuya el gasto mejorando la calidad.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-1.910 *Prescripción inducida en atención primaria: de la excusa pasiva a la gestión activa*

Autores: Bordas JM, Casajuana J

Revista/Año/Vol./Págs.: FMC Aten Primaria 2000; 7: 323-328

Calificación: Muy bueno

Comentario: La revista *Formación Médica Continuada* incluye una sección de debate, que en este caso se refiere a la prescripción "inducida". Los dos artículos son muy buenos, pues consideran el problema en su integridad. En el primero se revisa la cuestión y se apuesta por una mejora de la derivación (y retroalimentación), de la relación médico-paciente, de la capacidad de resolución del médico general, y del modelo de receta. Mientras eso llega, la prescripción inducida no puede justificar un perfil de prescripción de mala calidad, como remachan los autores.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-1.911 *Prescripción inducida*

Autores: Casanovas J, Guerrero A

Revista/Año/Vol./Págs.: FMC Aten Primaria 2000; 7: 329-335

Calificación: Muy bueno

Comentario: Este es el segundo artículo del debate sobre prescripción inducida de FMC, en el que no se discrepa del artículo anterior sino se pone el énfasis en el coste monetario y en la carga burocrática que conlleva el "pasar" recetas de otros compañeros. Tampoco admiten la excusa de la prescripción inducida para justificar la mala calidad de la prescripción, e insisten en que la prescripción inducida puede ser equivalente a mala relación entre niveles y en que, a pesar de todo, puede tener algún beneficio para el paciente.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-1.912 *Interdisciplinary collaboration and primary health care reform. Statyement from the Ontario Chairs of Family Medicine and the Council of Ontario University Programs in Nursing*

(Trabajo en equipo en atención primaria)

Autores: Pringle D, Levitt C, Horsburgh ME, Wilson KL, Wittaker MK

Revista/Año/Vol./Págs.: Can Fam Physician 2000; 46: 763-765

Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes reciben atención de diversos profesionales sanitarios, y es lógico que éstos se coordinen para ofrecer los mejores servicios. En esta declaración canadiense las cinco cátedras de Ontario, de Medicina de Familia (incluye la de McMaster) y las 10 escuelas de enfermería urgen a lograr un trabajo en equipo. Lo fundan es una educación dirigida especialmente al trabajo interdisciplinario y en la comunidad (de los estudiantes) y a un cambio en la forma de pago a los profesionales; aunque en este punto se insiste poco.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-1.913 *Tretinoin and cutaneous photoaging. Guaranteed adverse effects*

(El uso cosmético de la tretinoína: demasiados efectos adversos)

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: Can Fam Physician 2000; 46: 828-830

Calificación: Bueno

Comentario: La luz solar hace que la piel envejezca prematuramente; lo lógico es no exponerse demasiado al sol y utilizar cremas protectoras, en su caso. Se propone además, que una crema con tretinoína al 0,05% puede ayudar a mejorar la piel dañada por el sol. En este texto tomado de la revista *Prescrire* se revisa a fondo la cuestión, y se concluye que es un tratamiento inútil y con efectos adversos frecuentes. El uso cosmético de la tretinoína es absurdo, no mejora la piel, requiere el uso continuado de la crema y tienen efectos adversos frecuentes.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-1.914 *Incidencia, etiología y epidemiología de la brucelosis en un área rural de la provincia de Lleida*

Autores: Serra J, Godoy P

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública 2000; 74: 45-53

Calificación: Bueno

Comentario: La brucelosis persiste en España; todos los boletines epidemiológicos dicen que disminuye, pero esto no está claro. En este artículo se presentan los resultados, entre 1995 y 1998, de una comarca de Lérida en la que los casos están aumentando. Se localizaron los enfermos a través del laboratorio central; hubo una infradeclaración del 28%. Los pacientes son varones (83%) y tienen riesgo profesional (71%). Siempre fue *Brucella melitensi* la causante, a través de ovejas o de vacas. Esta cuestión deja la sanidad española en niveles de subdesarrollo.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-1.915 *Cost-effective prescribing in general practice: patient's attitudes to financially motivated prescribing changes*

(Actitud de los pacientes ante el cambio a una medicación más barata)

Autores: Russell D, Luthra M, Plastow L, Airdrie R, Marshall M

Revista/Año/Vol./Págs.: Int J Pharm Pract 2000; 8: 27-32

Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes pueden entender fácilmente que hay medicamentos de diferente precio con la misma eficacia, y que lo lógico es utilizar el más barato. En este trabajo los médicos generales de dos centros ingleses mandan una carta a pacientes con medicación crónica sugiriéndoles el cambio a otra más barata. Se mandaron 323 y hubo 252 respuestas; entre estas el 72% aceptó el cambio, el 15% lo rechazó y el 13% lo discutió con su médico; al final hubo cambio en el 77%, con un ahorro anual de 10.000 libras.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-1.916 *Uso racional de los medicamentos: el cambio de política de Delhi altera las vidas*

Autores: Schaudhury RR

Revista/Año/Vol./Págs.: *Bol Medicamentos Esenciales* 1999; 27: 2-4

Calificación: Informativo

Comentario: El *Boletín de Medicamentos Esenciales* es gratuito (pedidos a la OMS, CH-1211 Ginebra 27, Suiza) y muy informativo. En el artículo seleccionado se da cuenta de la iniciativa, en 1994, en Delhi, para mejorar la disponibilidad y el uso de medicamentos. Se habla de cosas importantes, como el cambio del escepticismo de los médicos a una actitud entusiasta acerca de la mejora de la prescripción; o de un doble sobre (características técnicas y precios, el segundo sólo se abre si el primero pasa los filtros de calidad) en las licitaciones de medicamentos.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-1.917 *The preoperative evaluation for noncardiac surgery: less is more*

(Revisión preoperatoria en cirugía no cardíaca)

Autores: Palda VA, Smetana GW, Ziring BS

Revista/Año/Vol./Págs.: *Patient Care* 2000; 34: 110-135

Calificación: Bueno

Comentario: Este trabajo aborda los problemas de la evaluación preoperatoria, con un punto de vista estadounidense (muy conservador respecto a las rutinas implantadas en España por anestelistas y similares). La cuestión clara es, como siempre, hacer una buena historia clínica y actuar en consecuencia. Si el riesgo es menor, las pruebas rutinarias dan más falsos que verdaderos positivos. Y hay que hacer cosas simples, como que el paciente deje de fumar antes de la operación o administrar atenolol preventivo en todos aquellos con riesgo de isquemia coronaria.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-1.918 *Otite moyenne aiguë chez l'enfant: éléments pour choisir le traitement*

(La otitis media aguda en los niños: tratamiento)

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Prescrire* 2000; 20: 88-89

Calificación: Bueno

Comentario: Las otitis medias son frecuentísimas en los niños. En este breve texto se revisa un poco qué hacer, sin dar indicaciones precisas. En la mitad de los casos se deben a virus y en el 25% a virus y bacterias. Sin tratamiento, evolucionan espontáneamente bien el 80% de las otitis agudas de los niños. En Holanda se recomienda el tratamiento antibiótico en los menores de 6 meses; entre los 6 meses y los 2 años, cuando persisten los síntomas tras 24 h de tratamiento antiálgico, y con más edad, tras 3 días de tratamiento antiálgico.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-1.919 *Vaccin hépatits A pédiatrique. Un schéma vaccinal plus simple*

(Vacuna más simple contra la hepatitis A: un esquema)

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Prescrire* 2000; 20: 90-94

Calificación: Bueno

Comentario: La hepatitis A desaparece cuando mejoran las condiciones de higiene, pero si se viaja, vale la pena vacunarse. En este artículo se comentan dos vacunas contra la hepatitis A comercializadas en Francia (de SB y MSD) para niños y adultos, y se recomiendan ambas porque logran la primovacunación con una sola dosis. La de MSD no tiene conservantes y ha demostrado su eficacia clínica (no sólo inmunológica). En ambos casos se supone que la protección dura 10 años. No hay efectos secundarios, al menos a corto plazo.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-1.920 *Cost-effectiveness of early discharge after uncomplicated acute myocardial infarction*

(Alta temprana tras infarto de miocardio no complicado)

Autores: Newby LK, Eisenstein EL, Califf RM, Thompson TD,

Nilson CL, Peterson DE et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 749-755

Calificación: Muy bueno

Comentario: No hay dudas de que el ingreso hospitalario en infartos sin complicaciones es perjudicial para el paciente. Pero los autores sólo se preguntan si en estos casos valdría la pena retener a los pacientes un día más en el hospital tras la trombólisis y 3 días de ingreso. La respuesta es negativa. Utilizan datos del estudio GUSTO1, de 22.361 pacientes, y demuestran que retenerlo el cuarto día añadiría 0,006 años de vida por paciente, a un coste de 105.629 dólares por año salvado.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-1.921 *Racial injustice in health care*

(Discriminación racial en los servicios de salud)

Autores: Freeman HP, Payne R

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 1045-1046

Calificación: Excelente

Comentario: Los negros, además de pobres, son negros. Los autores del editorial remachan este evidente hecho para destacar que la mayor morbilidad y mortalidad que padecen se relaciona más con el color de su piel que con su nivel socioeconómico. Cuando se ajusta por éste, persisten las diferencias. En el caso que comentan, un artículo sobre morfina en las farmacias según la población del barrio, se confirma que el sesgo es de los profesionales (persiste si se corrige por criminalidad en la zona). Y los negros de EE.UU. pueden ser los emigrantes que hay en España.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG