

Con la colaboración de



S-1.970 *Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial*

(La consulta telefónica con una enfermera, antes de dar aviso nocturno, disminuye los costes)

Autores: Lattimer V, Sassi F, Geage S, Morre M, Tenubull J, Mullee M et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2000; 320: 1053-1057

Calificación: Bueno

Comentario: Cincuenta y cinco médicos generales ingleses se unen en cooperativa para atender las consultas y visitas a domicilio nocturnas de 97.000 pacientes. Buscando una mejora de la eficacia, contratan a enfermeras que atienden las llamadas por teléfono, dan consejo y deciden qué hacer, antes de pasar la llamada al médico en un caso (cuentan con un programa de ordenador de ayuda en la decisión). Las enfermeras logran que haya menos ingresos a través de urgencia menor avisos a domicilio del médico y menos visitas potenciales a la consulta, sin que aumente la patología.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: MPF

S-1.971 *Claims of equivalence in medical research: are they imported by the evidence?*

(Equivalencia entre fármacos: los estudios demuestran poco al respecto)

Autores: Greene W, Concato J, Feinstein A.
Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 132: 715-722

Calificación: Excelente

Comentario: Muchos medicamentos emplean como cebo para un uso los buenos resultados de otro medicamento parecido de forma que se consideran "equivalentes". En este trabajo se revisan 1.209 artículos sobre equivalencia terapéutica de los que valen la pena 88. En el 75% de estos se declaran equivalentes medicamentos sencillamente porque consideran poco importantes las diferencias, son metodología clínica o estadística que lo justifique. Y lo que es peor, los artículos publicados en las mejores revistas son artículos con metodología menos rigurosa.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: MPF

S-1.972 *The use of alternative medicines by somatoform disorder patients in Spain*

(El uso de medicina alternativa por pacientes somatizadores)

Autores: García-Capayo J, Sanz-Carrillo C
Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2000; 50: 487-488

Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes utilizan con frecuencia la medicina alternativa y los médicos no nos enteramos. En este trabajo con pacientes somatizadores hecho por dos médicos aragoneses, psiquiatras, se demuestra que el 46% emplean medicinas alternativas. Lo hacen básicamente por insatisfacción con la atención médica (57%) y por insatisfacción con el diagnóstico (37%). En el 60% de los casos el paciente no se lo dice al médico por miedo a ser tratado peor. Lo más utilizado es acupuntura, homeopatía, curanderos y reflexología.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MPF

S-1.973 *Menopausal hormones and breast cancer in a bi-racial population*

(El uso de hormonas en la menopausia y el cáncer de mama en mujeres blancas y negras)

Autores: Moorman P, Kuwabona H, Millikan R, Newman B
Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Public Health* 2000; 90: 966-971

Calificación: Bueno

Comentario: Se acepta que el tratamiento hormonal posmenopáusico se asocia a una mayor incidencia de cáncer de mama. En este trabajo, se hace un estudio caso-control a partir de un registro de cáncer. Se separan los resultados según las mujeres sean blancas o negras puesto que estas últimas tienen con más frecuencia cáncer de mama, sin receptores de estrógenos. Se demuestra un ligero aumento del riesgo de cáncer de mama asociado al uso de hormonas, pero el impacto es nulo en conjunto. Como siempre serán las mujeres las que tengan que tomar la decisión de tratarse.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: MPF

S-1.974 *Seguridad de los fármacos antidepressivos durante la gestación*

Autores: López A, Agustí A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 1999; 114: 354-355

Calificación: Bueno

Comentario: El tratamiento de la depresión en el embarazo debe basarse en los casos leves en apoyo psicológico. Si existe depresión mayor moderada o grave, se aconseja utilizar antidepressivos tricíclicos. Dentro de estos, desipramina o nortriptilina son preferibles a amitriptilina o imipramina por producir menos efectos anticolinérgicos e hipotensión. Entre los ISRS la fluoxetina es la que se dispone de más información sin que se haya asociado a malformaciones graves. Si se administran en el tercer trimestre, puede haber síndrome de abstinencia en el neonato.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: MARL

S-1.975 *Adecuación de las formas farmacéuticas de dosificación de terapia antirretroviral*

Autores: Cabeza J, García MA, Zamora MA, Díez LF
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 356-357

Calificación: Informativo

Comentario: Los pacientes VIH+ llegan a tomar 18 unidades de pastillas al día. El servicio de farmacia del H. de Poniente, en Almería, ha tenido la iniciativa de "envasar" los medicamentos que se precisan para cada toma, para 30 días, en bolsitas. Con esto mejoran el cumplimiento y disminuyen el coste por el aprovechamiento de la medicación devuelta (por cambios en el tratamiento y demás). Cuando el tratamiento es complejo, es aconsejable medidas como ésta, que parece lógico debería adoptar la propia industria farmacéutica.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: MARL

S-1.976 *Efecto del diclofenaco tópico y oral sobre la tromboflebitis superficial inducida por infusión intravenosa*

Autores: Becherucci A, Bagilet D, Marenghini J, Diab M, Biancardi H
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 371-373

Calificación: Bueno

Comentario: Estudio realizado en Argentina, en el que se demuestra que la aplicación de diclofenaco tópico cada 8 h durante 2 días en los pacientes con tromboflebitis superficial inducida por infusión intravenosa (muy frecuente en pacientes hospitalizados) es una alternativa terapéutica simple, efectiva y eficaz. Estos productos no gozan habitualmente de “buena prensa”, considerándose como UTB en atención primaria. Sin duda, a veces son útiles.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: MARL

S-1.977 *Selección del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en atención primaria*

Autores: Grupo de Estudio sobre Abordaje Farmacológico de la Hipertensión Arterial en Atención Primaria

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 374-377

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los diuréticos y bloqueadores beta son los antihipertensivos con mayor evidencia de efectos preventivos cardiovasculares y en la mortalidad global. Aun así, con frecuencia no se utilizan argumentando sus contraindicaciones. En este estudio han participado 83 médicos y 28 enfermeras catalanes; muchos de los pacientes hipertensos sin contraindicación para el tratamiento con bloqueador beta o diuréticos no los reciben. Los más prescritos fueron los IECA, atribuyéndose a la presión comercial.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: MARL

S-1.978 *Comparison of vignettes, standardized patients and chart abstraction. A prospective validation study of 3 methods for measuring quality*

(Valoración de la calidad según casos clínicos técnicos, enfermo simulado e historia clínica)

Autores: Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M
Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2000; 283: 1715-1722

Calificación: Muy bueno

Comentario: Es difícil medir la calidad clínica, como destacan los autores. En este trabajo se comparan tres métodos: pacientes simulados, historias clínicas y casos clínicos teóricos, con cuatro condiciones típicas en atención primaria (lumbalgia, diabetes, EPOC e isquemia coronaria). Eligen al paciente simulado como patrón y demuestran que el registro en la historia clínica da menos idea de la calidad que ofrecen el médico que su respuesta a los casos clínicos teóricos. Lo que es mejor, esta respuesta teórica es sensible incluso a diferencias de formación.

Referencias bibliográficas: 61

Revisor: JG

S-1.979 *Diuretics versus α -blockers for treatment of hypertension. Lessons from ALLHAT*

(No basta con bajar la tensión, hay que disminuir la mortalidad)

Autores: Lasagna L

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2000; 283: 2013-2014

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los médicos seguimos utilizando resultados intermedios, tales como bajar la tensión en los hipertensos (se acepta que al bajar la tensión se mejora la salud de los pacientes). El editoralista destaca que es absurdo, como demuestra el ensayo clínico ALLHAT. La doxazosina baja la presión y el colesterol, pero aumenta la incidencia de insuficiencia cardíaca, ictus y mortalidad cardiovascular en general, si se compara con la clortalidona. Naturalmente, elegir la doxazosina no tienen justificación frente a la clortalidona.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

S-1.980 *Problems with the interpretation of pharmaco-economic analysis. A review of submissions of the Australian Pharmaceutical Benefits Scheme*

(Los errores en la evaluación de medicamentos que llegan para su aprobación al mercado australiano)

Autores: Hill SR, Mitchell AS, Henry DA

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2000; 283: 2116-2121

Calificación: Excelente

Comentario: En Australia se estableció hace años un axioma: los nuevos medicamentos deben ser mejores que los existentes. Así no se ha aprobado el finastenide por ejemplo. En este artículo se revisan los 326 medicamentos que se presentaron para su comercialización en Australia entre 1994 y 1997. La revisión que llevan a cabo es increíble, muchísima más profunda que para la publicación de cualquier ensayo clínico. Y claro, de 326 productos hubo 218 (67%) con problemas graves. Lo más habitual (62%) por cuestiones referentes a la eficacia clínica.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-1.981 *Inequality in quality. Addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care*

(Cómo saber más sobre la desigualdad en la atención sanitaria por razones socioeconómicas, raciales y étnicas)

Autores: Fiscella K, Franks P, Gold MR, Clancy CM

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2000; 283: 2579-2584

Calificación: Muy bueno

Comentario: Parece que en EE.UU. empieza a levantarse un ligero interés por las desigualdades en la prestación de servicios sanitarios. Los autores revisan a fondo la cuestión y demuestra que los pobres reciben peor atención y tienen peores resultados sanitarios, por causas médicamente evitables. Destacan que lo primero es convencerse que no atendemos igual a todo el mundo, y lo segundo es incluir en todo estudio/registro un dato acerca de la clase social. Proponen que se cambie la forma de pago, para incentivar más a quienes atienden a pobres.

Referencias bibliográficas: 114

Revisor: JG

S-1.982 *Factors influencing the effect of age on prognosis in breast cancer: population based study*

(Los cánceres de mama son más agresivos entre las mujeres jóvenes [y responden mejor a la quimioterapia])

Autores: Kroman N, Jenson MB, Wohlfahrt J, Mouridsen HT, Andersen PK, Melbye M

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 320: 474-479

Calificación: Bueno

Comentario: El cáncer de mama tiene buen pronóstico, en general. Pero en las mujeres jóvenes (< 50 años) tiene mal pronóstico. Los autores, daneses, intentan saber qué pasa, y ninguna de las variables lo justifica (retraso en el diagnóstico, metástasis y demás). Lo que sí queda claro es que el pronóstico mejora mucho con la quimioterapia (que la quimioterapia es mucho más útil en las mujeres de menos de 50 años que en las de más edad). El peor pronóstico lo tienen las mujeres de menos de 35 años.

Referencias bibliográficas: 34

Revisor: JG

S-1.983 *Treating young patients with breast cancer. The evidence suggests that all should be treated with adjuvant therapy*

(Las pacientes jóvenes con cáncer de mama necesitan cirugía y terapia coadyuvantes)

Autores: Dixon JM, Hjortobagyi G

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 320: 457-458

Calificación: Muy bueno

Comentario: No se sabe muy bien qué hacer en el tratamiento del cáncer de mama. Por eso tiene interés este editorial, que comenta el artículo danés previo, en el que se revisa la cuestión. Las mujeres menores de 50 años deben ser tratadas con cirugía y quimioterapia; como quimioterapia tal vez lo mejor sea tamoxifeno (5 años) y gonadotropina (GRH), sobre todo si es de los pocos tumores en jóvenes con receptores de estrógenos. Los beneficios de cualquier quimioterapia, en estas mujeres, superan los inconvenientes, respecto a cantidad y calidad de años vividos.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-1.984 *Misunderstanding in prescribing decisions in general practice: qualitative study*

(Un estudio cualitativo sobre desencuentros en la prescripción durante la consulta)

Autores: Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bardley CP

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 320: 484-488

Calificación: Excelente

Comentario: La consulta más que un encuentro es, muchas veces, un desencuentro. Y sobre ello se ha estudiado poco. En este trabajo, inglés, se estudian 35 consultas con 20 médicos generales (escogidos entre 101 que contestaron positivamente entre 645). Se entrevista al paciente antes y después, se registra en audio la consulta y se entrevista al médico después. El objetivo es tratar de entender qué problemas hay en torno a la prescripción. Vale la pena leer el artículo para ser conscientes de cuántas cosas asumimos y damos por entendidas los médicos.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-1.985 *Mortality variations as a measure of general practitioner performance: implications of the Shipman case*

(Seguir la mortalidad entre pacientes de la lista de cada médico no es útil para evitar asesinatos)

Autores: Frankel S, Sterne J, Smith GD

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 320: 589

Calificación: Excelente

Comentario: En el Reino Unido hay un estado de alarma, por los 15 asesinatos del Dr. Shipman (un médico general con 3.600 pacientes en su lista). Los autores se preguntan si el deseo de controlar en lo sucesivo las listas de muertos de cada médico serviría para algo. En una sola página demuestran que es inútil, que daría la sensación de falsa seguridad (con 1.000 pacientes, por ejemplo, puede haber hasta 10 muertos más de los esperados, sin asesinatos), y se crearían cientos de falsos positivos (cacofonía estadística).

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-1.986 *Disease management in the American market*

(“Disease management” en el mercado gringo)

Autores: Bodenheimer T

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 320: 563-566

Calificación: Excelente

Comentario: De los EE.UU. se pueden aprender muchas cosas; sobre todo, lo que no hay que hacer. Así que es interesantísimo este artículo sobre “manejo de casos” en EE.UU. La cosa es de chiste, porque con la excusa de que lo hacemos mal (es cierto) los que llevan *disease management* se llevan una mayor parte del presupuesto de lo que se llevaban, y en muchos casos lo hacen peor. Suelen ser compañías farmacéuticas que buscan tratar mejor, por ejemplo, a pacientes asmáticos, y montan todo lo necesario y se lo venden a las áreas.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-1.987 *Evidence based screening for Down's syndrome. We should be prepared to re-examine entrenched practices*

(Cribado del síndrome de Down: hay que cambiar)

Autores: Raeburn S

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 320: 592-593

Calificación: Bueno

Comentario: El síndrome de Down es más frecuente en los embarazos de mujeres de más de 35 años, pero puesto que la mayoría de los niños nacen de mujeres de menos de 35 años, son mayoría los casos de síndrome de Down en estas últimas. Por eso, está bien el cribado en plasma para detectar el feto con el síndrome. Lo malo es que las cosas están cambiando, y cada vez más mujeres tienen los hijos después de los 35 años, y es más fácil diagnosticar el síndrome de Down precozmente con ecografía. Y los médicos, con la rutina de siempre, cuando es necesario cambiar.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-1.988 *Effect of homocysteine-lowering treatment with folic acid plus vitamin B₆ on progression subclinical atherosclerosis: a randomised, placebo-controlled trial*

(Disminución de la homocisteirenia con ácido fólico y vitamina B₆)

Autores: Vermeulen EGJ, Stehower CDA, Twisk JWR, Berg M, Jong JC, Mackaay AJC et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2000; 355: 517-522

Calificación: Bueno

Comentario: La homocisteína en sangre puede aumentar en sangre por encima de 18 nmol/l, y eso se asocia a más enfermedad aterosclerótica. Hacen un estudio con familiares de pacientes con aterosclerosis precoz, a los que determinan la homocisteína, basal y tras una sobrecarga de metionina. Inician un ensayo clínico y emplean de tratamiento el ácido fólico y la vitamina B₆. Al cabo de 2 años encuentran mejor resultado en el experimental en el ECG de esfuerzo, pero no en la ecografía de femoral ni carótida, ni en la presión de la arteria braquial.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

S-1.989 *Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations*

(Mayor disminución de patología coronaria que de factores de riesgo)

Autores: Vermeulen EGJ, Stehower CDA, Twisk JWR, Berg M, Jong JC, Mackaay AJC et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2000; 355: 675-687

Calificación: Muy bueno

Comentario: Desconocemos la historia natural de la isquemia cardíaca, como la de otras muchas enfermedades. Pero con ese cambio burdo de factores de riesgo en factores causales tendemos a pensar que su disminución conllevará un descenso de la patología coronaria. Y eso es lo que demuestran los autores, en poblaciones de 21 países seguidos durante 10 años. Han disminuido los factores de riesgo, pero la patología coronaria cardíaca ha disminuido mucho más. Cosas como adelgazar parece que tienen efecto contrario al esperado.

Referencias bibliográficas: 52

Revisor: JG

S-1.990 *The Institute of Medicine report on medical errors. Could it do harm?*

(¿Puede ser peligroso el informe sobre los errores médicos?)

Autores: Brennan TA

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 1123-1125

Calificación: Excelente

Comentario: Los médicos cometemos errores, sin duda; y muchos de nuestros errores son evitables, sin duda. Además, el ejercicio de la medicina a veces conlleva malos resultados, que no se deben a errores médicos, lo que se olvida. El autor de este excelente trabajo es conocido por sus estudios sobre errores médicos, pero eso le lleva a ser cauteloso acerca de las propuestas, en los EE.UU., de "reducir a la mitad los errores médicos". No se sabe la tasa de errores médicos en una comunidad, y evitar algunos errores (no los más crasos, claro) cuesta mucho dinero: ¿quién pagará?

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-1.991 *Evaluation of the patient with acute chest pain*

(Evaluación del paciente que acude a urgencias con dolor precordial)

Autores: Lee TH, Goldman L

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 1187-1195

Calificación: Bueno

Comentario: El paciente con dolor precordial es un problema continuo en las urgencias. En esta revisión se dan algunas claves para ayudar a tomar una decisión racional; incluye, por ejemplo, un algoritmo que tiene en cuenta sólo la realización y resultado del ECG, y la historia clínica y exploración del paciente (factores de riesgo, estertores en bases pulmonares, e isquemia inestable conocida). Destaca que las troponinas son útiles en el diagnóstico, no en el pronóstico y que las isoenzimas de la CK, MB, tienen más especificidad que las troponinas.

Referencias bibliográficas: 47

Revisor: JG

S-1.992 *Evaluation of abnormal liver enzyme results in asymptomatic patients*

(Evaluación del paciente asintomático con elevación de enzimas hepáticas en sangre)

Autores: Pratt DS, Kaplan MM

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 1266-1271

Calificación: Bueno

Comentario: Cada vez se hacen más análisis innecesarios, y cada vez se encuentran más resultados anormales inesperados. Es una forma agresiva y peligrosa de ejercer la medicina, que obliga a resolver enigmas absurdos. Los autores revisan con simplicidad y sencillez qué hacer cuando aparecen enzimas hepáticas elevadas en sangre. Sobre la 66 T dejan claro su falta de especificidad, por lo que no recomiendan que se use como marcador de alcoholismo oculto. Respecto a las transaminasas, revisan los hallazgos en algunas series de casos.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

S-1.993 *Emerging infections: another warning*

(El resurgir de las infecciones)

Autores: Osterholm MT

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 1280-1281

Calificación: Bueno

Comentario: Las viejas y nuevas infecciones siguen arrasando, en parte por el mal uso de los antibióticos, en parte por el cambio de las condiciones sociales (más viajes, más ganadería intensiva y demás). El editorialista comenta cuatro artículos del mismo número del *New England* sobre enfermedades infecciosas; desde el nuevo virus Nipah (en Malasia, por crianza de miles de cerdos), a un caso de salmonela resistente a la ceftriaxona, otro de enteritis necrotizante en un chico diabético y un brote de gastroenteritis.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-1.994 *Cost-effectiveness of cholesterol-lowering therapies according to selected patients characteristic*

(Coste-eficacia del tratamiento con estatinas: bajo en la prevención secundaria, alto en la primaria)

Autores: Prosser LA, Stinnett AA, Goldman PA, Williams LW, Hunnik MGM, Goldman L et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 132: 769-779

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los expertos gringos son los más agresivos del mundo en lo que respecta al tratamiento del colesterol. Los autores aplican sus recomendaciones (NCEPEP) a mujeres/varones entre 35 y 84 años, con LDL de 4,1 mmol/L (≥ 160 mg/dl). Los dividen en 240 grupos según edad, sexo y presencia de cuatro factores de riesgo. Como era de esperar la prevención primaria va, por año de vida añadido (QALY), con estatinas, de 54.000 dólares a 1.400.000. En la prevención secundaria el tratamiento cuesta menos de 50.000 dólares por año de vida añadido.

Referencias bibliográficas: 56

Revisor: JG

S-1.995 *Cost-effectiveness of 3-chidroxyl-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitor therapy in older patients with myocardial infarction*

(El tratamiento de ancianos infartados con estatinas es coste-efectivo)

Autores: Ganz DA, Kuntz KM, Jacobson GA, Avorn J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 132: 780-787

Calificación: *Bueno*

Comentario: Las estatinas son eficaces en el tratamiento preventivo secundario del infarto de miocardio (para evitar su repetición). Los ensayos clínicos sólo han incluido pacientes infartados hasta de 75 años. ¿Qué hacer con los más ancianos? Los autores utilizan datos de estudios de cohorte, y calculan que en el caso más favorable cada año de vida añadido (QALY) cuesta 5.400 dólares; en el caso más desfavorable 97.000. [Para comparar: el QALY en la hipertensión, entre 35 y 64 años cuesta entre 15.000 y 96.500 dólares.]

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: JG

S-1.996 *Using cost-effectiveness analysis to target cholesterol reduction*

(El uso de los estudios coste-efectividad para seleccionar la población a tratar con estatinas)

Autores: Garber AM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 132: 833-835

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Este editorial comenta los dos artículos previos. Cita que la atorvastatina vendió en su primero año, en los EE.UU. mil millones de dólares (sin ningún fundamento científico para su uso). Hace notar que la prevención primaria con estatinas vale siempre más de 50.000 dólares el QALY en los 240 grupos estudiados. Que no hay información sobre todos esos grupos en los ensayos clínicos. No se conocen los efectos a largo plazo de las estatinas. Parece lógico que se trate a los pacientes que ya han tenido infarto/isquemia y se hagan cosas más simples en los demás.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-1.997 *Estudio aleatorizado, doble ciego: comparación entre las HBPH y ASS en pacientes con infarto isquémico agudo y fibrilación articular*

Autores: Berge E, Abdelnoor PH, Sandset PM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2000; 355: 1205-1210

Calificación: *Bueno*

Comentario: Tras un ictus la probabilidad de reaparición en la dos semanas siguientes es del 20%. Por ello los autores, noruegos, deciden tratar con aspirina o heparina fraccionada a los pacientes con ictus y fibrilación auricular tras 30 horas del comienzo del cuadro. El ensayo clínico incluyó inyecciones placebo y aspirina en supositorio (si el paciente no podía tragar) y demuestra que la heparina fraccionada no da mejor resultado que la aspirina, ni a la dos semanas ni a los tres meses (ni respecto a la recurrencia del ictus ni respecto a otros episodios, como muerte, hemorragia y demás).

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: MARL

S-1.998 *El cáncer de mama en el área sanitaria de Teruel: incidencia y supervivencia*

Autores: Muniesa JA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Boletín Oncológico del Área Sanitaria de Teruel* 2000; 13: 2-5

Calificación: *Informativo*

Comentario: Artículo interesante, publicado en una revista de escasa difusión, aportando datos del cáncer de mama en Teruel desde 1987 a 1998. Se diagnosticaron 318 casos a una edad media de 62 años. Sólo un 34,5% tenían de 50 a 64 años, lo que lleva a los autores a proponer que se amplíen las edades de cribado. La supervivencia se relaciona con el diagnóstico precoz, pero globalmente es del 75% a los 5 años y del 62% a los 10, similar a la publicada en otros sitios "de más renombre". Debemos animar a las mujeres a consultar precozmente ante la presencia de tumores mamarias.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: MARL

S-1.999 *Reflexiones sobre la cartera de servicios de atención primaria del INSALUD. Posibilidades futuras*

Autores: Ruiz de Adana R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Centro de Salud* 2000; 8: 213-216

Calificación: *Informativo*

Comentario: La cartera de servicios, aun siendo una de las líneas prioritarias de trabajo del INSALUD, no genera muchas publicaciones. En ésta se aborda su significado actual como instrumento clarificador de la oferta de servicios, de gestión y en menor medida de mejora de calidad. Se apuntan algunas de las líneas de trabajo actuales y futuras como son la incorporación de nuevos servicios, la necesidad de acreditar los sistemas de registro, la relación entre coberturas y NT, las estrategias para lograr una mayor involucración de los profesionales, etc.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: MARL

S-2.000 ***El consumo de medicamentos: políticas y pacto social***

Autores: Antoñanzas F

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2000; 14: 93-96

Calificación: *Informativo*

Comentario: España es un gran consumidor de medicamentos (más de la mitad del presupuesto en atención primaria), se analizan las iniciativas para su contención como son la financiación selectiva de medicamentos, los genéricos, los precios de referencia y los incentivos a los prescriptores. Se apunta la necesidad de potenciar aplicaciones más locales y restringidas en algunos centros, no romper la confianza entre médico y paciente, ligar las actuaciones con el uso racional del medicamento y plantear un pacto social.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MARL

S-2.001 ***El cribado del cáncer de mama: evidencia científica y medios de comunicación***

Autores: Castells X, Borrás JM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Centro de Salud* 2000; 14: 97-99

Calificación: *Informativo*

Comentario: Artículo en el que se aborda la repercusión en los medios de comunicación del estudio de Gotzsche y Olsen publicado en *The Lancet*, en el que se plantea que no hay evidencia científica suficiente para recomendar el cribado del cáncer de mama con mamografía. Los autores consideran que lo único que se ha conseguido es añadir más confusión sobre el tema; ellos sí aconsejan el cribado, de 50 a 65 años, y cuando se garantice a todas las mujeres de esa edad, plantearse ampliarlo de 40 a 49.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: MARL

S-2.002 ***Subgroup analysis and other (mis)uses of baseline data in clinical trials***

(Comparación entre grupos y subgrupos en los ensayos clínicos)

Autores: Assmann SF, Pocock JJ, Enos LE, Kastrn LE

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2000; 355: 1064-1069

Calificación: *Excelente*

Comentario: Todo esto de la "medicina basada en la evidencia" depende críticamente de los resultados de ensayos clínicos. Pero ¿cuál es la calidad de dichos ensayos? Eso se preguntan los autores, y para responderlo analizan 50 ensayos publicados consecutivamente en cuatro revistas, *New England* (24), *Lancet* (15), *JAMA* (6) y *BMJ* (5). Se fija, en especial, en las características iniciales de la población, tras la aleatorización, y en el análisis de subgrupos. La cosa es penosa, pues se incluyen exceso de datos innecesarios y faltan datos esenciales.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

S-2.003 ***Directly observed therapy and treatment adherence***

(El cumplimiento terapéutico y la administración observada)

Autores: Volmink K, Matchaba P, Garner P

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2000; 355: 1345-1350

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Puesto que cada vez hay más tuberculosis multirresistente, parece lógico mejorar el tratamiento de los pacientes. Un método, para evitar el no cumplimiento, es la "administración observada" (DOT, *direct observation therapy*). Revisan la cuestión, y tienen en cuenta el fracaso en un ensayo clínico en Sudáfrica. Como era de esperar, la DOT no es simplemente la administración observada, sino un conjunto de actividades que va desde la motivación de los profesionales a la remuneración de los pacientes, pasando por sanciones legales y otras múltiples iniciativas.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-2.004 ***Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients state-1 endometrial carcinoma: multicentre randomised trial***

(La radioterapia pélvica es inútil en el cáncer de endometrio)

Autores: Creutzberg CL, Putten WLJ, Koper PCM, Lybeert MLM, Jobsen JJ, Warlam CC

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2000; 355: 1404-1411

Calificación: *Excelente*

Comentario: El cáncer de endometrio es frecuente y no se puede prevenir (preguntar por hemorragia posmenopáusica una tontería). Los autores, holandeses, se preguntan si la radioterapia pélvica ayuda en el tratamiento (tras la histerectomía y ovariectomía). Hacen un ensayo clínico distribuyendo al azar los casos de grado 1 (con invasión endometrial profunda, > 50%) a sólo cirugía o más radioterapia, y los siguen 5 años. La radioterapia disminuye las recurrencias locales pero no la muerte (el 19% frente al 15% en el control) y aumenta las complicaciones (el 25% frente al 6%).

Referencias bibliográficas: 42

Revisor: JG

S-2.005 ***Long-term ACE-inhibitor therapy in patients with heart failure of leftventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients***

(Eficacia de los IECA en la insuficiencia cardíaca)

Autores: Flather MD, Yusuf S, Kober L, Pfeffer M, Hall A, Murray G et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2000; 355: 1575-1581

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los IECA se emplean en exceso en la hipertensión arterial, y por defecto en la insuficiencia cardíaca. Los autores revisan cinco ensayos clínicos sobre el efecto de los IECA en los pacientes con insuficiencia cardíaca. En total, 12.763 pacientes seguidos tres años. Los IECA tiene un efecto beneficioso no muy intenso, sobre la mortalidad, reinfartos y readmisiones en el hospital que persiste en el tiempo. El efecto se suma al de los bloqueadores beta y al de la aspirina. En algunos casos producen hipotensión y fallo renal.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-2.006 *Favourable and unfavourable effects on long-term survival of radiotherapy for early breast cancer: an overview of the randomised trials*

(La radioterapia en el cáncer de mama no mejora la supervivencia)

Autores: *Early Breast Cancer Trialist Collaborative Group*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet 2000; 355: 1757-1770*

Calificación: *Bueno*

Comentario: En el tratamiento del cáncer de mama se emplea cirugía, radioterapia y quimioterapia. Los autores revisan 40 ensayos clínicos con cirugía o cirugía más radioterapia, en 20.000 mujeres seguidas hasta 20 años. La radioterapia no añade años (un ligero incremento del 2%) y aumenta las complicaciones; sobre todo, la mortalidad vascular, por irradiación de la carótida y demás. La radioterapia, eso sí, disminuye la frecuencia de las recidivas locales. La radioterapia después del segundo año va disminuyendo las muertes por cáncer y amentando por otras causas.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-2.009 *Using thresholds based on risk of cardiovascular disease to target treatment for hypertension: modelling events averted and number treated*

(El riesgo cardiovascular como barómetro para iniciar el tratamiento antihipertensivo)

Autores: *Baker S, Priest P, Jackson R*

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ 2000; 320: 680-685*

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Cada vez hay más médicos convencidos, erróneamente, de que se debe tratar cualquier paciente que los expertos definan como hipertenso. En este trabajo, se dejan las cosas claras con elegancia. Toman una muestra de 2.158 personas de 35-79 años, les determinan los factores de riesgo, y ven qué pasa si se aplican los datos al conjunto de la población. Queda claro que muchos están tratados indebidamente, que a muchos no se les trata, y que hay que mejorar una predicción de riesgo del 15% en 5 años, con lo que se trataría a un 10% más de pacientes.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: JG

S-2.007 *Science and health care: an uneasy partnership*

(La ciencia y la atención clínica: una pareja difícil)

Autores: *Swales JD*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet 2000; 355: 1637-1640*

Calificación: *Excelente*

Comentario: Es difícil introducir ciencia en la actividad clínica, pero debe intentarse, al menos. El autor, segundo director del grupo de "investigación y desarrollo" (I+D) del Servicio Nacional de Salud, revisa la cuestión en este agudo artículo. El SNS inglés destina el 1,2% de su presupuesto a I+D y no queda claro cómo administrar ese dinero. Lo importante es lograr credibilidad, independencia, objetividad y conocimientos que mejoren la salud de los pacientes, pero todo ello es difícil en un contexto de atención clínica. Los frutos de la investigación son a veces tardíos.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-2.010 *Risk assessment in primary prevention of coronary heart disease: randomised comparison of three scoring methods*

(El uso de tablas para asignar el riesgo coronario)

Autores: *Isles CG, Ritchie LD, Murchie P, Norne J*

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ 2000; 330: 690-691*

Calificación: *Bueno*

Comentario: Los autores asumen que hay que tratar el colesterol, lo que no es raro en su caso, pues son escoceses. Así que cogen tres tablas para valorar el riesgo coronario y se las pasan a un médico y una enfermera de 37 centros. Son la tabla de Sheffield, la neozelandesa y la británica. Los dos profesionales prefieren la neozelandesa y la británica; parece que esta última es la mejor (*Heart 1998; 80 (Supl 2): 1-29*).

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-2.008 *Should treatment recommendations for lipid lowering drugs be based on absolute coronary risk or risk reduction?*

(Tratamiento en las hiperlipidemias según el riesgo absoluto y su probable reducción)

Autores: *Ramachandran S, French JM, Vanderpump MPJ, Croft P, Neary RH*

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ 2000; 320: 677-679*

Calificación: *Bueno*

Comentario: En Inglaterra hay más infartos con menos niveles de lípidos en sangre que en España. Así que, allí la hipercolesterinemia es un problema. Los autores hacen un programa de ordenador para valorar el riesgo absoluto de cada paciente, y la posible reducción de su riesgo. Sugieren tratar a lo que tienen un riesgo absoluto superior al 15% en 5 años, y en los que el riesgo absoluto se reduzca más del 4,5% en los 5 años. Los 927 pacientes estudiados no tratarían a 819 (muchos con diabetes, o fumadores, incluso). En fin, una manera lógica de ver las cosas.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-2.011 *Why error reporting systems should be voluntary. They provide better information for reducing errors*

(La declaración voluntaria de errores mejora la calidad de la declaración y la hace más eficaz)

Autores: *Cohen MR*

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ 2000; 320: 728-729*

Calificación: *Excelente*

Comentario: Este editorial firmado por el presidente del Institute for Safe Medication Practices (ISMP) demuestra que se deben promover sistemas de declaración voluntaria de errores (sin penalizaciones y anónimamente, si se quiere). El ISMP recibe notificaciones de errores, o de situaciones en que se podía haber producido errores graves, o errores graves que se evitaron por casualidad o en el último momento. Son notificaciones de gran calidad, llenas de detalles, que han permitido tomar iniciativas para evitar situaciones.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-2.012 *Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records*

(Los efectos secundarios prevenibles son más frecuentes en los ancianos)

Autores: Thomas EJ, Brennan TA
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 320: 741-744
Calificación: Bueno

Comentario: Siempre hay efectos secundarios, y muchos pueden evitarse. En este trabajo gringo se revisan 15.000 historias clínicas de pacientes ingresados, como nuestra representativa de las hospitalizaciones en Utah y Colorado. Se encuentran 8.901 (2%) episodios adversos en los menores de 65 años; en los mayores hay 7.419 (5%), el doble. Al valorar si se podrían haber evitado dichos efectos secundarios se encontraron 5.038 (1%) episodios prevenibles entre los menores de 65 años y 4.134 (3%) en los ancianos.

Referencias bibliográficas: 15
Revisor: JG

S-2.013 *Decision making, evidence, audit and education: case study of antibiotic prescribing in general practice*

(El tratamiento de la cistitis con 3 días de trimetropin es eficaz)

Autores: Lipman T, Price D
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2000; 320: 1114-1118
Calificación: Muy bueno

Comentario: Los autores nos cuentan un cuento precioso, de cómo unos médicos deciden emplear sistemáticamente trimetropin (200 mg 2 veces al día durante 3 días) para la cistitis que lo necesita. Al cabo de un año una enfermera se queja de que aquello no funciona. Revisan lo que hacen, y el fundamento del tratamiento de 3 días. Descubren que los ensayos clínicos son penosos, que ellos mismos utilizan a veces los 5 y 7 días, que los pacientes vuelven más con los 3 días (pero curan igual) y deciden seguir con los 3 días y tomas de decisiones más pensadas y estructuradas.

Referencias bibliográficas: 27
Revisor: JG

S-2.014 *¿Qué podemos esperar de la formación médica continuada? Mitos y realidades*

Autores: Pardell H
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2000; 114: 419-430
Calificación: Informativo

Comentario: La formación médica continuada es necesaria. Adquirir nuevos conocimientos y habilidades no es tan difícil como conseguir cambios en la actividad profesional (objetivo real de la FMC). El mantenimiento de la competencia debe ser un deber ético irrenunciable para el médico. En este artículo se trata el tema en profundidad, abordando aspectos como el de la necesidad de sistemas de recertificación, autorregulados desde la propia profesión. La FMC conlleva mucho esfuerzo humano y económico y debería rentabilizarse lo más posible

Referencias bibliográficas: 210
Revisor: MARL

S-2.015 *Efectividad de la combinación de omeprazol, claritromicina y amoxicilina en la erradicación de Helicobacter pylori en pacientes con ulcus péptico activo: resultados preliminares del estudio GEHPY*

Autores: Pardell H
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2000; 114: 441-443
Calificación: Bueno

Comentario: La pauta más habitual para erradicar el *H. pylori* es OCA (omeprazol 20 mg + claritromicina 500 mg + amoxicilina 1 g cada 12 h durante 7 días). En este estudio se compara la efectividad si se dan los antibióticos 6 días o 7; aunque los resultados de erradicación son más bajos de lo esperado, no hay diferencias entre ambas pautas: 76,9% con la de 6 días y 77,4% con la de 7. Si tenemos en cuenta la inadecuación de las presentaciones de los antibióticos utilizados, la pauta de 6 días puede ser mucho más económica, más cómoda y evitar medicación sobrante.

Referencias bibliográficas: 10
Revisor: MARL

S-2.016 *Mortalidad por cáncer en España, 1955-1994*

Autores: Fernández E, Borrás JM, Levi F, Schiaffino A, García M, la Vecchia C
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2000; 114: 449-451
Calificación: Bueno

Comentario: La incidencia por cáncer en España va en aumento. Y la mortalidad también: en los varones, aumentan los de pulmón (> 256% desde el inicio del periodo estudiado), páncreas, boca y faringe, colorrectal, vejiga, próstata, laringe y disminuye el de estómago; en las mujeres, aumentan los de mama (> 173%), ovario y páncreas, y también pulmón (tras unas décadas de relativa estabilidad), disminuyendo los de estómago y útero. Aunque tenemos tasas inferiores a las europeas, la situación es negativa, porque en los demás países se observan tendencias decrecientes.

Referencias bibliográficas: 10
Revisor: MARL

S-2.017 *Incapacidad por dolor lumbar en España*

Autores: González MA, Condón MJ
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2000; 114: 4491-492
Calificación: Bueno

Comentario: En el 80-85% de pacientes con lumbalgia no puede establecerse un diagnóstico causal específico. En España, este problema motiva el 11,4% de las incapacidades temporales (IT) (55.388 al año), con una duración media de 22 días, y un coste de 209.666 pts trabajador/año (en torno al 20% del gasto total de IT), superior a los países de nuestro entorno. Se considera que las políticas sanitarias en la lumbalgia en España son inadecuadas y con un coste muy alto. El tiempo de baja se relaciona con el de reposo, terapia que no ha demostrado su utilidad.

Referencias bibliográficas: 10
Revisor: MARL