

Con la colaboración de



## S-2.114 *Which clinical studies provide the best evidence? The best RCT still trumps the best observational study*

(Ensayos clínicos frente a estudios observacionales)

**Autores:** Barton S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2000; 321: 255-256

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** A los jueces se les presentan pruebas que toman en consideración de acuerdo a las circunstancias del caso y a la legislación general. Este ejemplo lo utiliza el editorialista, director de la revista *Clinical Evidence*, para poner en solfa el carácter sagrado de la "prueba" (evidencia) en la medicina basada en pruebas. Se suscita la cuestión de la prevalencia de los ensayos clínicos sobre los estudios observacionales, y aunque se admite que los ensayos suelen producir mejor información científica, a veces fallan estrepitosamente.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** MPF

## S-2.117 *The Icelandic health care database and informed consent*

(Genética en Islandia)

**Autores:** Gulcher J, Stefansson K

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2000; 343: 1827-1830

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** En 1999, el Parlamento de Islandia legisló a favor de una compañía islandesa cuya casa madre está en EE.UU. La ley permite que esta empresa privada (de CODE) tenga acceso a toda la información sanitaria de la población: datos genealógicos, datos asistenciales (ambulatorio, hospital, farmacia, etc.) y datos genéticos. Todo ello con identificador personal. Los autores, de la filial islandesa, justifican este desarrollo con la salvaguardia de que la población puede no participar, lo que ha hecho el 7% de los islandeses. La genética parece no tener límites.

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** MPF

## S-2.115 *Recent advances. Medical ethics*

(Avances recientes en ética médica)

**Autores:** Singer P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2000; 321: 282-285

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El autor deja claro que los problemas éticos son cambiantes y necesitan nuevas respuestas. Revisa los artículos publicados en los dos últimos años y valora su importancia con el Science Citation Index. Relaciona cuestiones como: a) la mejora de la calidad a los pacientes terminales, b) la aplicación de los principios de Tavistock para la disminución de los errores médicos; c) el uso de la ética para establecer criterios de prioridad y d) la introducción de la ética como conocimiento básico para los estudiantes de medicina.

**Referencias bibliográficas:** 42

**Revisor:** MPF

## S-2.118 *El caso Bezwoda: un fraude en la investigación oncológica. Consecuencias y algunas reflexiones*

**Autores:** Espinosa E, González M, Chacón I

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 737-739

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Información por el investigador sudafricano W. Bezwoda respecto a la falsificación de los resultados de un ensayo clínico relacionado con la quimioterapia intensiva en el cáncer de mama, en los casos de enfermedad diseminada o localizada de alto riesgo. La publicación de los resultados hizo que muchas pacientes fueran tratadas de esa forma, sin que la quimioterapia intensiva hubiera demostrado aún su eficacia en el cáncer de mama, con los consiguientes perjuicios. Debemos ser cautelosos a la hora de modificar los protocolos de tratamiento.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** MARL

## S-2.116 *Promise and limitations of home visitation*

(Visitas domiciliarias de enfermería en el embarazo, puerperio y crianza)

**Autores:** Gomby D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2000; 284: 1430-1431

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Este editorial comenta un artículo acerca del fracaso de las visitas de enfermería para prevenir los malos tratos infantiles. En EE.UU. los médicos no hacen avisos a domicilio, con lo que se genera un enorme mercado por el vacío asistencial. Hace más de 20 años se desarrolló un programa de enfermería de visitas a domicilio durante el embarazo, puerperio y crecimiento del recién nacido (hasta los 2 años de edad). Las evaluaciones del programa han sido casi siempre positivas pero ahora se empieza a poner en duda que sea omnipotente.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** MPF

## S-2.119 *Variabilidad en la protocolización de la captación, diagnóstico y valoración inicial del paciente hipertenso en 40 centros de salud*

**Autores:** Saturno PJ, Antón JJ, Murcia JF

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2000; 114: (Supl 2): 14-18

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** En nuestro sistema sanitario coexisten multitud de protocolos clínicos distintos, incluso referidos a un solo problema como la hipertensión arterial. En este trabajo se comprueba la gran variabilidad entre ellos y se cuestiona su fiabilidad y validez. Si se siguieran realmente estos protocolos, una misma persona podría ser diagnosticada o no de HTA según el centro de salud al que perteneciera y su seguimiento variaría de igual forma. Estas discrepancias entre los protocolos y sus recomendaciones no siempre están basadas en la evidencia científica.

**Referencias bibliográficas:** 26

**Revisor:** MARL

## S-2.120 *Investigación de resultados en salud*

**Autores:** Badía X, Del Llano J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2000; 114: (Supl 3): 1-7

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** La investigación de los resultados finales de las intervenciones sanitarias es uno de nuestros retos pendientes. ¿Qué es lo que realmente consigue la atención sanitaria? En este artículo, introducción a un estupendo suplemento de *Medicina Clínica* sobre el tema, se analiza la cuestión de los resultados en la investigación de servicios de salud. Se indican dos líneas principales de investigación: efectividad de las intervenciones y registro y uso por los profesionales de la información de los resultados en las condiciones de la práctica clínica habitual.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** MARL

## S-2.121 *Estudio de utilización de ticlopidina en oficinas de farmacia en España*

**Autores:** Del Pino AM, De Abajo FJ, Montero D, Madurga M, Martín G

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 211-213

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La ticlopidina es un antiagregante plaquetario de uso restringido y de diagnóstico hospitalario por su riesgo de alteraciones hematológicas graves. Después de una campaña informativa sobre su utilización, dirigida a 14.000 médicos en 1997, se realizó un estudio (en las farmacias) para ver la situación de su consumo. El 56% de los pacientes tomaba ticlopidina por una indicación no recogida en la ficha técnica; el 23% utilizaba dosis diferentes de las recomendadas y en el 28% no se realizaron los controles hematológicos recomendados.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** MARL

## S-2.122 *Coronary heart disease epidemiology in the 21st century*

(Isquemia de miocardio: situación a final del siglo XXI)

**Autores:** Tyroler HA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Epidemiol Rev* 2000; 22: 7-13

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Este trabajo está escrito por un epidemiólogo estadounidense, pero tiene la virtud de insistir en las diferencias socioeconómicas respecto a la incidencia y tratamiento de la isquemia de miocardio. Es muy optimista, creyendo que la hipótesis del colesterol es cierta y que las intervenciones médicas son eficaces, pero hace hincapié en que los factores de riesgo conocidos no explican las diferencias internacionales. Insiste en que la mayoría de los infartos de miocardio se dan en personas sin factores de riesgo. Un trabajo que vale la pena leer.

**Referencias bibliográficas:** 59

**Revisor:** JG

## S-2.123 *Epidemiology of clinical medicine*

(Historia y futuro de la epidemiología clínica)

**Autores:** Whelton PK, Gordia L

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Epidemiol Rev* 2000; 22: 140-144

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La epidemiología clínica nació con la epidemiología, pues fueron clínicos preocupados por los pacientes como individuos los que promovieron los estudios de salud pública. Los autores "venden" sobre todo lo suyo (Universidad Johns Hopkins y Universidad Tulane) pero hacen un buen repaso sobre el devenir de la epidemiología clínica. Ese nombre se dio por primera vez a un departamento en el hospital de Santo Tomás, en Londres, en 1960. Desde entonces se ha desarrollado la disciplina, que exige buenos clínicos y buena calidad de los datos.

**Referencias bibliográficas:** 14

**Revisor:** JG

## S-2.124 *Management of health services: importance of epidemiology in the year 2000 and beyond*

(Gestión de los servicios de salud en el nuevo milenio)

**Autores:** Armenian HK, Steinwachs DM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Epidemiol Rev* 2000; 22: 164-168

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La gestión sanitaria es difícil, por más que en España se dé a cualquiera bien situado en los alrededores del poder. Los autores, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, revisan la interacción entre el conocimiento epidemiológico y la gestión sanitaria. El asunto no es fácil por ambos lados. Ponen de ejemplo que el placebo funciona eficazmente en más del 30% de los pacientes en muchos ensayos clínicos, luego, ¿por qué no identificar a esos pacientes, para poder emplear el placebo científicamente?

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** JG

## S-2.125 *Should health plan quality measures be adjusted for case mix?*

(La calidad de los servicios: ¿según patología o según clase social?)

**Autores:** Romano PS

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Care* 2000; 38: 977-980

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Las HMO norteamericanas ("iguales") pueden optimizar beneficios y presentar excelentes resultados si seleccionan adecuadamente su población; es decir, si buscan como asegurados a los jóvenes cultos y sanos. El editorialista comenta las ventajas e inconvenientes de añadir información sobre el *case-mix* cuando las HMO dan la información que les exigen sobre calidad, a propósito de un artículo en ese mismo número. Queda claro que lo que hay que dar es información sobre calidad estratificada por clases sociales, no por *case-mix*.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

## S-2.126 *What contributions do languages other than English make on the results of metaanalysis?*

(Metaanálisis con ensayos clínicos en varios idiomas)

**Autores:** Moher D, Pham B, Klassen TP, Schulz KF, Berlin J, Jadad AR et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 964-972

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Escribir en español es morir, que diría Larra en este nuevo siglo. Así que los autores se preguntan si vale la pena incluir los metaanálisis con ensayos clínicos que no estén en inglés; son canadienses, estadounidenses e italianos. Incluyen metaanálisis con ensayos clínicos en inglés, italiano, francés, español y alemán, localizados a partir de MEDLINE y Cochrane. No encuentran diferencias entre los metaanálisis que incluyen sólo ensayos clínicos publicados en inglés, y los que incluyen ensayos clínicos publicados en otros idiomas.

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** JG

## S-2.127 *La descentralización de los servicios sanitarios asistenciales*

**Autores:** Rey J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Salud* 2000; 13: 4-12

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los profesionales sanitarios vemos cómo cambian las responsabilidades políticas sanitarias sin entender nada. Este artículo explica didácticamente y en profundidad el proceso de las transferencias sanitarias en España. Explica, por ejemplo, que hay comunidades con poca población y/o pobres, por lo que la responsabilidad financiera es una quimera, y debería mantenerse un cierto grado de centralismo. También insiste en la necesidad de compensar los desplazamientos de las pacientes, pues el criterio poblacional no es suficiente.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-2.128 *Estudio de utilización de fármacos antihipertensivos en un distrito de atención primaria*

**Autores:** González MC, Antón F

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Centro Salud* 2000; 8: 308-312

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La hipertensión debe tratarse con diuréticos, como norma general y con betabloqueadores. Teoría que los médicos ignoran, como demuestran una vez más los autores, almerienses. Estudian la prescripción de 161 médicos generales, entre 1997 y 1999. Como es natural, aunque absurdo, los grupos más utilizados fueron IECA, antagonistas del calcio y betabloqueadores, en este orden. Los IECA suponen la mitad del total y los antagonistas del calcio el 20%. Además, en 1999 se prescribieron los ARA en cantidades apreciables. Vamos marcha atrás.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** JG

## S-2.129 *Características de los cuidadores de ancianos incapacitados en una zona básica de salud*

**Autores:** Cuenca M, Acosta M, Odriozola G, López F, Viciano D, Ruiz B et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Centro Salud* 2000; 8: 374-377

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los ancianos españoles residen todavía, mayoritariamente, con sus familiares. ¿Quién los cuida y cómo repercute en su vida ese cuidado? Los autores, de Almería, estudian mediante cuatro grupos focales a 36 cuidadores; son mujeres en torno a los 50 años, casadas, con hijos, sin estudios o con estudios primarios. Lo interesante es que se explora su intensa dedicación al cuidado de los ancianos, la soledad, y el rechazo a los asilos para sus padres. Todo ello con sencillez y simplicidad. Da gusto leerlo.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** JG

## S-2.130 *Users' guides to the medical literature XXIII. Qualitative research in health care B. What are the results and how the help me care for my patients?*

(Cómo leer un artículo cualitativo)

**Autores:** Giacomi D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2000; 284: 478-482

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los estudios cualitativos suelen ser agradables de leer, si están bien redactados, pues "cuentan historias". Pero, ¿cómo trasladar esos "cuentos" a nuestra propia consulta para mejorar nuestra práctica? Para contestar esta pregunta, los autores desarrollan toda la metodología de la evaluación de la bibliografía de la "medicina basada en pruebas". El artículo es interesante, y exige cosas sencillas, como que la historia sea relevante, oportuna e íntegra y que esté bien contada. Y que dé la perspectiva de todos los participantes.

**Referencias bibliográficas:** 13

**Revisor:** JG

## S-2.131 *Is US health really the best in the world?*

(La sanidad de los estadounidenses)

**Autores:** Starfield B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2000; 284: 483-485

**Calificación:** Excepcional

**Comentario:** Este es un artículo que se convertirá en clásico. La autora no sólo revisa la salud de EE.UU., sino que da claves para que los médicos de países desarrollados nos preguntemos qué hacemos, qué "bien" producimos. Insiste en cosas sencillas, como que la CIE facilita el "engaño" al certificar causas de muerte provocadas por médicos como causas externas. Repasa la mala salud de los ciudadanos estadounidenses, que no se debe sólo a la desigualdad social y a la falta de cobertura sanitaria, o a los estilos de vida, sino también a los fallos médicos.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

## S-2.132 *A 36-year-old woman who smokes cigarettes*

(Caso clínico: mujer de 36 años que fuma)

**Autores:** Rigotti NA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2000; 284: 741-749

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** A los médicos nos gustan los casos clínicos, y más si son los que vemos a diario en la consulta; es decir, del estilo de los que se presentan en la serie "clinical crossroad" de JAMA. El problema que se considera en este caso es frecuente: mujer de 36 años que fuma dos paquetes al día y quiere dejar definitivamente de fumar (lo ha intentado un montón de veces, con parches, chicle y hasta bupropión). Revisa el caso y la cuestión, después de haber oído al médico de cabecera y a la paciente, y hace una revisión excelente y práctica de la adicción a la nicotina.

**Referencias bibliográficas:** 64

**Revisor:** JG

## S-2.133 *Evolución del consumo de antiinfecciosos en atención primaria de La Rioja 1996-1998*

**Autores:** Obaldía MC, Goldaracena M, Hernández JL, Ortega J, Siles M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Farm 2000; 2: 292-302

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En 1999 había en España 1.113 formatos comerciales de antiinfecciosos; el número de principios activos fue de 120. La presión para utilizarlos es enorme, pero parece que los médicos de La Rioja se resisten bravamente, y su consumo ha bajado de 21,83 dosis diarias, a 19,68 en 1998. Ha aumentado el consumo relativo de amoxicilina-ácido clavulánico, azitromicina, claritromicina, cefuroxima y norfloxacino. Ha disminuido mucho el consumo de eritromicina. Incomprendiblemente, ha disminuido el consumo de nitrofurantoína, pese a que la tasa de resistencia es baja.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

## S-2.134 *Certificación de la erradicación de la poliomielitis. Sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda*

**Autores:** Pachón I, Sanz MC

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Bol Epidemiol Sem 1999; 7: 189-192

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** La poliomielitis ha desaparecido de España. ¿De verdad? Los autores comentan la puesta en marcha en 1998 y los resultados de 1999 del sistema de vigilancia de la parálisis flácida aguda, como forma indirecta de control de casos de poliomielitis. En 1999 se declararon 41 casos, Andalucía, Cataluña y Madrid muy por debajo de lo esperado; a través del CMBD hospitalario se determinó que muchos casos de síndrome de Guillain-Barré no se habían declarado ni en Andalucía ni en Cataluña, lo que explicaba sus buenos resultados.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-2.135 *Trastornos del estado de ánimo en el posparto*

**Autores:** Carro T, Sierra JM, Hernández MJ, Ladrón E, Antolín E

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med General 2000; 24: 452-456

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El embarazo, parto y posparto van quedando lejos de la actividad del médico de cabecera, aunque parezca increíble. Por eso está bien este artículo, en el que se revisa la depresión menor y mayor y la psicosis posparto. La depresión leve no tiene importancia; la depresión mayor es un cuadro grave, con una frecuencia en torno al 10%; la psicosis posparto es un cuadro gravísimo, con una incidencia de 1 por 1.000, que aparece bruscamente entre los días 3 y 9 posparto. Lo importante es que los profesionales estén al tanto, en el proceso de ser madre.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

## S-2.136 *ABC of breast diseases screening for breast cancer*

(El cribado del cáncer de mama)

**Autores:** Blamey RW, Wilson ARM, Patnick J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2000; 321: 689-693

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Las mamas femeninas están bajo sospecha, y dan de comer a muchos ginecólogos y radiólogos, con esto del cribado. Los autores son parte y juez, pues están en la organización inglesa del cribado del cáncer de mama, así que publican un texto que es bueno leer, para saber cómo se venden cosas sin fundamento científico. Por ejemplo, en la figura donde se presenta la eficacia de los distintos ensayos clínicos se excluye, en el resultado global, el ensayo clínico canadiense que demostraba que aumentaban las muertes por cáncer de mama con el cribado.

**Referencias bibliográficas:** 6

**Revisor:** JG

## S-2.137 *Clinical equipoise and not uncertainty principle is the moral underpinning of the randomised controlled trial*

(Cómo tomar la decisión de que tus pacientes entren en un ensayo clínico)

**Autores:** Weijer C, Shapiro SH, Cranley K, Enkin MW

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2000; 321: 756-758

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** A los médicos se nos pide que participemos con pacientes en los ensayos clínicos (el "consentimiento informado" de los pacientes depende mucho del de sus médicos). ¿Partiendo de qué lo aceptamos? Los autores, canadienses, defienden puntos de vista distintos; los tres primeros sugieren que el fundamento ético es la incertidumbre profesional (la duda razonable colectiva frente a una intervención, que no se sabe si es perjudicial o beneficiosa); el último defiende la incertidumbre personal (la duda razonable personal frente a una intervención).

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

## S-2.138 *Refused and granted request for euthanasia and assisted suicide in the Netherlands interview study with structured questionnaire.*

(Rechazo/aceptación de la petición de eutanasia en los Países Bajos)

**Autores:** Haverkate I, Onwuteaka-Phillipsen BD, Heide A, Kostense PJ, Wal G, Maas PJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2000; 321: 865-866

**Calificación:** Buena

**Comentario:** En los Países Bajos los médicos participan habitualmente en la muerte de los pacientes que requieren explícitamente su eutanasia. Los autores comparan los casos que rechazan con los que aceptan. Los casos rechazados suelen ser más de mujeres ancianas, con depresión; son menos frecuentes los cánceres, y más esperable el que vivan más de 6 meses, sufren con menor intensidad, y tienen tratamientos alternativos. Los pacientes cuyas demandas no son atendidas están en mucha mejor situación física que los que reciben respuesta positiva.

**Referencias bibliográficas:** 4

**Revisor:** JG

## S-2.139 *Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes*

(¿Quieren participar los pacientes en las decisiones del médico?)

**Autores:** Mc Kinstry B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2000; 321: 867-871

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Un médico general inglés se pregunta si los pacientes prefieren recibir instrucciones o compartir decisiones. Registra con actores cinco situaciones/caso prácticos, por duplicado; en una versión el caso con un médico que comparte decisiones y en otro con un médico autoritario, que da instrucciones. Como era de esperar, al enseñarle los videos a 410 pacientes escoceses, la preferencia por el estilo del médico depende del caso y del paciente que lo vea. Para enfermedades agudas físicas se prefiere el estilo autoritario.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

## S-2.140 *Reducing the risk of breast cancer*

(Reducción del riesgo de cáncer de mama)

**Autores:** Chlebowski RT

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2000; 343: 191-198

**Calificación:** Buena

**Comentario:** El encarnizamiento contra las mujeres no tiene límites, como demuestra este trabajo de revisión, en la serie de "Atención primaria". El autor es moderado y honrado, de forma que recoge todos los inconvenientes y fallos de lo que propone. Recomienda el empleo del tamoxifeno, para "reducir el riesgo" (no prevenir) de cáncer de mama, pese a su beneficio dudoso. Más dudoso es el uso del raloxifeno, que no recomienda. Habla de la mastectomía y de la ovariectomía bilateral preventiva, aunque reconoce que no hay ensayos clínicos que las avalen.

**Referencias bibliográficas:** 91

**Revisor:** JG

## S-2.141 *Going the distance. The case for true colorectal cancer screening*

(El cribado del cáncer de colon)

**Autores:** Podolsky DK

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2000; 343: 207-208

**Calificación:** Buena

**Comentario:** La mortalidad por cáncer de colon puede disminuir con el cribado con detección de sangre oculta en heces, o con sigmoidoscopia de rutina. La cosa no es del todo clara, pues no se trata de detectar más cánceres, sino de disminuir la mortalidad. El editorialista lo comenta, pero pasa de la cuestión al considerar el éxito en la detección en dos estudios publicados en ese número de la revista, sobre la mayor eficacia de la colonoscopia que de la sigmoidoscopia (alrededor del 60% de los cánceres asintomáticos fueron proximales, indetectables con sigmoidoscopia).

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** JG

## S-2.142 *La entrevista clínica con el paciente crónico: retos y soluciones más frecuentes*

**Autores:** Borrel i Carrió F

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *SEMERGEN* 2000; 26: 310-315

**Calificación:** Buena

**Comentario:** Artículo escrito por uno de los médicos con más experiencia en entrevista clínica, en la que de forma amena y práctica se abordan diversas situaciones con los pacientes crónicos. "Escenificación" de la consulta mediante el texto de conservaciones entre médico-paciente, con los errores que se suelen cometer y la actuación que sería recomendable. Tiene una visión bastante "urbana" de la relación médico-paciente. Señala la importancia del respeto a las opiniones y elecciones del paciente, sin por ella dejar de intentar influir en sus decisiones.

**Referencias bibliográficas:** 2

**Revisor:** MARL

## S-2.143 *¿Son suficientes los impuestos para financiar el Sistema Nacional de Salud?*

**Autores:** Puig-Junoy J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Gac Sanit* 2000; 14: 261-263

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Para afrontar el progresivo aumento del gasto sanitario se puede aumentar la financiación (un 41% de los españoles opina que se debe gastar más en servicios públicos aunque suponga pagar más impuestos) o disminuir las prestaciones. Se comenta que el nivel de copago en España es el menor de Europa y se apunta a que copagos de baja intensidad pueden ayudar a reducir el consumo abusivo sin afectar la equidad si se diseñan los instrumentos fiscales adecuados; tema controvertido desde el punto de vista "técnico" y, sobre todo, político.

**Referencias bibliográficas:** 6

**Revisor:** MARL

## S-2.144 **Gasto farmacéutico en atención primaria reformada: implicación de las actividades formativas en el ahorro de farmacia**

**Autores:** Mengibar FJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Gac Sanit* 2000; 14: 277-286

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Estudio realizado en Cataluña en el que, aparte de resaltar la importancia de la figura del farmacéutico de zona en la disminución del gasto en farmacia a través de las actividades formativas en los equipos de atención primaria, se identifican diversas variables relacionadas con dicho gasto. Se relacionan con más gasto el envejecimiento y frecuentación de la población, el medio urbano, la mayor derivación al hospital y el que el médico comparta actividad en AP y en el hospital. Las actividades formativas relativas al uso racional de medicamentos disminuyen el gasto.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** MARL

## S-2.147 **Evaluación de la comprensión de un nuevo modelo de prospecto del medicamento**

**Autores:** Vidal A, Ortín F, Marrugat J, Pavesi M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 410-417

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los prospectos de los medicamentos con frecuencia son difíciles de entender para los pacientes. La importancia de este estudio se debe a que los autores, catalanes, demuestran que con algunos cambios en dichos prospectos se mejora de forma importante la comprensión de los mismos por la población. Los principales cambios: fases cortas y palabras sencillas, mayor tamaño de letra, información como respuesta a las principales preguntas. ¿Cuándo se adaptarán los prospectos a las necesidades de los pacientes? Ya es hora.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** MARL

## S-2.145 **Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 1999**

**Autores:** Anónimo

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Inf Ter Sist Nac Salud* 2000; 24:

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El importe total de la prestación farmacéutica en España a través de receta en 1999 fue de 1.119.740 millones de ptas. Por importe los fármacos que más facturaron fueron omeprazol (43.000 millones), ranitidina (22,7), enalapril (20,7) y paroxetina (17,2); por número de envases: paracetamol (casi 24 millones de envases), amoxicilina (10 millones), omeprazol (9,2), diclofenaco (9,7). Los que más han aumentado respecto al año anterior son fluticasona, atorvastatina y olanzapina. Macrocifras que invitan a pensar.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** MARL

## S-2.148 **The Cochrane Collaboration and its possible impact on diabetes care (La diabetes y la Colaboración Cochrane)**

**Autores:** Richter B, Clar C, Berger M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Diabetes Care* 2000; 23: 1217-1218

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Es raro encontrar a autores alemanes en publicaciones inglesas; los autores son de Düsseldorf. Dan noticia del desarrollo, en su universidad, de un grupo de trabajo sobre diabetes, dentro de la Colaboración Cochrane, que tiene también información sobre ensayos clínicos de todas las enfermedades metabólicas. La dirección es: <http://www.uniduesseldorf.de/www/MedFak/MDN> Cochrane. De paso hace un poco de historia de la Colaboración Cochrane. Puede ser un sitio interesante a visitar.

**Referencias bibliográficas:** 6

**Revisor:** JG

## S-2.146 **Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la provincia de Ciudad Real. Efectividad de la terapéutica hipolipemiente en atención primaria**

**Autores:** Grupo de Investigación del estudio ELIPSE

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 321-325

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El tratamiento hipolipemiente en la cardiopatía isquémica está bien establecido. A pesar de ello, en este estudio se observa que sólo el 9% de los pacientes tenía un LDL < 100 mg/dl y un 30% < 130 mg/dl. Muchos de los pacientes con LDL > 130 mg/dl no recibían tratamiento hipolipemiente y otros lo hacían de forma insuficiente. Bajo cumplimiento de las recomendaciones. ¿Es que no conocemos o no aceptamos en atención primaria los niveles de control recomendados? En caso de que la respuesta sea así, ¿por qué no hacemos lo necesario para conseguirlos?

**Referencias bibliográficas:** 42

**Revisor:** MARL

## S-2.149 **The global spread of malaria in a future, warmer world**

**(Con un clima más cálido el paludismo persistirá donde está hoy)**

**Autores:** Rogers DJ, Randolph SE

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Science* 2000; 289: 1763-1766

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** De vez en cuando se publica un artículo que alivia, como este que se comenta, realizado por ingleses de Oxford. Utilizan un modelo del potencial de transmisión del paludismo que valora temperatura, lluvias y humedad, para tener en cuenta la viabilidad de *Plasmodium falciparum*. Aplican el modelo a las actuales circunstancias y funciona muy bien, pues refleja la realidad mundial de la distribución de la malaria. Lo bueno es que si se aplica a las condiciones del calentamiento previstas para 2050 hay pocos cambios (y no afectan a España).

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

## S-2.150 "Orphans" meet cholesterol

**(Receptores hormonales nucleares huérfanos y retinoides)**

**Autores:** Tall AR, Costet P, Luv Y

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Nature Med* 2000; 6: 1104-1105

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** La investigación básica termina llegando a nuestros despachos, así que vale la pena estar al día. En este comentario se describe el efecto de los retinoides sobre los receptores hormonales nucleares. Y se habla de la causa de la enfermedad de Tangier (enfermedad hereditaria con bajísimos niveles de HDL, acumulación de colesterol en los macrófagos y arteriosclerosis prematura), una mutación del gen ABC 1 que normalmente produce la excreción de colesterol a la luz intestinal.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** JG

## S-2.151 *The relation between cholesterol and haemorrhage or ischaemic stroke in the Renfrew/Paisley study*

**(Relación directa e inversa del colesterol con, respectivamente, ictus isquémico e ictus hemorrágicos)**

**Autores:** Hart CL, Hole DJ, Smith GD

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 874-875

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La cuestión de si el colesterol tiene algo que ver con los ictus no tiene fácil solución. Los autores siguen, durante 20 años a 15.406 personas de 45 a 64 años entre 1972 y 1976. Hay 1.019 casos de ictus en total, 90 hemorrágicos, 236 isquémicos y 693 sin definir. El estudio de la concentración de colesterol demuestra una asociación directa con los ictus isquémicos, e inversa con los ictus hemorrágicos. El uso de medicamentos para disminuir el colesterol llevaría a una menor incidencia de ictus isquémicos y aumento de los hemorrágicos.

**Referencias bibliográficas:** 5

**Revisor:** JG

## S-2.152 *Are clinical practice guidelines valid for primary care?*

**(La validez externa de los protocolos es casi nula)**

**Autores:** Graham RB, James PA, Cowan TM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 949-954

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Supongamos que se desarrolla una guía/protocolo con fundamento científico; es decir, que tiene validez interna (lo que dice es cierto). ¿Supone eso que tiene validez externa? No, como demuestran los autores, de la Universidad de Nueva York, en Buffalo (EE.UU.). Utilizan una guía de prestigio, sobre insuficiencia cardíaca, y van trasladando cada una de las recomendaciones a la práctica clínica de un médico normal. El resultado es decepcionante, por falta de información en la guía (grupos de pacientes, situaciones inesperadas y demás).

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** JG

## S-2.153 *Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?*

**(¿Qué enfermedades crónicas dan peor calidad de vida?)**

**Autores:** Sprangers MAG, Regt EB, Andries F, Agt HME, Bijld RV, Boer JB et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 895-907

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La enfermedad altera la vida de los pacientes, y es importante saber qué enfermedades repercuten más profundamente en la calidad de vida de los pacientes. Los autores, holandeses, estudian 8 muestras de pacientes con diversas enfermedades crónicas. En total son 15.000 pacientes en los que se determina la calidad de vida con el SF-36 (en una muestra, el SF-24). Las enfermedades que más deterioran la vida son las gastrointestinales (de hígado, de estómago, etc.), las renales y las musculoesqueléticas.

**Referencias bibliográficas:** 907

**Revisor:** JG

## S-2.154 *Pravastatin therapy and the risk of stroke*

**(Prevención secundaria con pravastatina de los ictus)**

**Autores:** Whaite HD, Simes J, Anderson EN, Hankey GJ, Watson JDG, Hunt D et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2000; 343: 317-326

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** La pravastatina parece el bálsamo de Fierabrás: todo lo resuelve. Los investigadores del LIPID (prevención secundaria con pravastatina, en pacientes con isquemia coronaria e hipercolesterolemia) reanalizan los datos del estudio para ver qué ha sucedido con los ictus. Encuentran un modestísimo efecto beneficioso de la pravastatina, de disminución de los ictus no hemorrágicos. Habría que tratar a 1.000 pacientes durante 6 años para evitar 9 casos. Concluyen con alabanzas inmerecidas a la pravastatina en la prevención secundaria.

**Referencias bibliográficas:** 42

**Revisor:** JG

## S-2.155 *Caring and cost: the challenge for physician advocacy*

**(El papel del médico como agente del paciente)**

**Autores:** Pearson SD

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2000; 133: 148-153

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El autor trabaja en la Universidad de Harvard, Boston, EE.UU., y se pregunta cómo se puede ser "agente" del paciente cuando los costes son crecientes. Su respuesta es que se puede ser "agente darwiniano", o "agente social". En el primer caso se busca lo mejor, incluso cuando el beneficio es dudoso; suele aplicarse a la clase alta, en detrimento de la baja. Para ser "agente social", el médico debe contar con el paciente, y lograr una decisión que no despilfarre recursos ni lesione la salud del paciente. Proporciona varios ejemplos de cómo hacerlo.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

## S-2.156 *Cultural and economic factors that (mis) shape antibiotic use: the non-pharmacological basis of therapeutic*

(Consideraciones no farmacológicas en la prescripción de antibióticos)

**Autores:** Avorn J, Solomon DH

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2000; 133: 128-135

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** el consumo innecesario de antibióticos es frecuente en el mundo entero, en ambulatorios y en hospitales. El autor revisa el problema desde el punto de vista de que la prescripción no es tan sólo una intervención farmacológica sino también una intervención interpersonal, una forma de relacionarse el médico y el paciente. Lo mejor es que repasa las intervenciones para lograr que los médicos utilicen mejor los antibióticos, y demuestra que algunas funcionan.

**Referencias bibliográficas:** 47

**Revisor:** JG

## S-2.157 *Patient-doctor*

(El médico con espondilitis anquilopoyética)

**Autores:** Khan MA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2000; 133: 233-235

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** En este breve texto, un médico paquistaní cuenta su historia como paciente con espondilitis anquilopoyética. A los 12 años empezaron a tratarle en Pakistán con antituberculosos y luego con miel intravenosa. Hizo medicina, se especializó en el Reino Unido y terminó ejerciendo en Estados Unidos. Su relato es doloroso, pues habla de recepcionistas mal educados, de enfermeras antipáticas y de médico que miran al reloj en vez de a los ojos del paciente; de fracturas mal inmovilizadas y de otros múltiples fallos médicos.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-2.158 *An age-period-cohort analysis of 50875 AIDS cases among injection drug users in Europe*

(Incidencia del sida entre los drogadictos por vía intravenosa en Europa Occidental)

**Autores:** Houweling H, Wiessing LG, Hamers FE, Termorshuizen E, Gill N, Sprenger MJW

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Internat J Epidemiol* 1999; 28: 1141-1148

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Este trabajo, publicado en 1999, tiene gran interés, pues demuestra que la epidemia de sida entre los drogadictos intravenosos españoles está desbocada. Los autores utilizan datos de doce países europeos occidentales, de 1981 a 1994, de incidencia de sida, para calcular la difusión de la epidemia. La incidencia acumulada en España es la máxima, más de cien veces la de la más baja, en Grecia. Lo que es peor, en el resto de Europa los casos suelen ser de mayores, pero en España continúa añadiéndose nuevos casos en drogadictos.

**Referencias bibliográficas:** 43

**Revisor:** JG

## S-2.159 *List patient system: straitjacket or a tool for developing general practice?*

(La lista de pacientes en Noruega)

**Autores:** Fjermestad T, Paulsen B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Scand J Prim Health Care* 2000; 18: 21-24

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** En Noruega se introdujo un sistema de lista de pacientes y pago por capitación en 1993, y durante 3 años se ensayó experimentalmente con 160 médicos generales, en cuatro municipios y una población de unos 250.000 pacientes. Analizan la actitud de los médicos generales ante la lista; el 68% está a favor de hacer permanentes las listas aunque el 61% reconoce que hace más difícil el ausentarse de la consulta. Los pacientes también quieren que persista el sistema de lista (el 84% a favor y el 4% en contra)

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** JG

## S-2.160 *¿Se alcanza el grado de captación suficiente entre las mujeres de una población semirural para la efectiva detección precoz de cáncer de mama y ginecológico?*

**Autores:** Noya JA, Carreira JA, Rouco FI, Fernández A, Corte S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *MEDIFAN* 2000; 10: 102-107

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Este trabajo puede servir de ejemplo, pues está bien hecho, pero el esfuerzo se dedica a dos actividades que no tienen utilidad en España (detección precoz del cáncer de cuello y de cuerpo uterino), y una que está en discusión en el mundo (detección precoz del cáncer de mama). Demuestran que el 82% había hecho alguna actividad de cribado, aunque sólo constaba en el 47% de las historias. Y que los médicos de familia tienen a poblaciones de mujeres más "preventivas". De 304 mujeres seleccionadas por la TIS, no se localizaron 53, por cambio de domicilio.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

## S-2.161 *¿Son útiles los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos para la prevención de las fracturas?*

**Autores:** Navarro H, Morera J, Esquinas NM, Gil L

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *MEDIFAM* 2000; 10: 188-191

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Es raro que un médico ginecólogo lidere un grupo que publica un buenísimo artículo muy honrado, sobre el raloxifeno. Pues este trabajo es el ejemplo. Los autores hacen una búsqueda y revisan los ensayos clínicos con el raloxifeno. Lo más que se demuestra es una disminución de las fracturas vertebrales en mujeres con fracturas previas de las mismas. El raloxifeno triplica los casos de tromboembolismo, pese a que se excluyen de los ensayos clínicos a las mujeres con factores de riesgo.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG