

Con la colaboración de



GlaxoSmithKline

## S-2.978 *Primary care and genetic services. Health care in evolution*

(Necesitamos ordenar la prestación de servicios genéticos)

**Autores:** Starfield B, Holtzman NA, Roland MO, Sibbald B, Harris R, Harris H

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Eur J Public Health 2002;12:51-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Propuesta de organización de actividades genéticas clínicas en países europeos. La genética se está convirtiendo en parte de nuestra vida diaria, como señalan los autores, y necesitamos tener una idea de cómo organizar las cosas. Para ello aceptan la necesidad del diagnóstico y tratamiento genéticos, y exploran cómo pueden ser las cosas en Europa, según se tenga acceso directo a los especialistas o actúen los médicos generales de filtro. Además, añaden un algoritmo acerca de la organización de cuidados dependiendo de si se trata de un paciente asintomático o de un caso clínico. Todo demasiado «positivo» para la genética, como si ya estuvieran resueltos todos los problemas diagnósticos y de tratamiento.

**Referencias bibliográficas:** 34

**Revisor:** MPF

## S-2.979 *¿Está justificada la erradicación del Helicobacter pylori en la dispepsia funcional?*

**Autores:** Romera I, Salinero MA, Álvarez C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med General 2002;43:274-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En este trabajo se deja claro que es innecesario el tratamiento «preventivo» del *Helicobacter* en la dispepsia funcional. Es un texto breve y sencillo, muy claro y didáctico. Se revisaron los 6 ensayos clínicos publicados respecto a esta cuestión y se valoró la calidad de cada uno de ellos. No existen pruebas que demuestren ni siquiera la mejoría sintomática de los pacientes tras el tratamiento erradicador, por lo que la recomendación es seguir las pautas habituales de tratamiento sintomático; lo malo es que la dispepsia cede mal a cualquier tratamiento.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** MPF

## S-2.980 *Integración asistencial y capitación*

**Autores:** Puig J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Bol Informativo AES 2002;44:1-2

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Hay economistas que entienden los problemas sanitarios mucho mejor que los médicos. En este editorial se hace un análisis clarificador del mal crónico de la sanidad española, la descoordinación entre niveles asistenciales. Además, se insiste en que seguir situando el hospital como «eje central del sistema de salud no contribuye a favorecer ni la longitudinalidad ni la integración clínica», algo que habría que hacer entender al Consejero de Extremadura (entre otros). Deja claro que el problema de las urgencias hospitalarias no se resuelve ni con más médicos ni con más estructura, sino mejorando la accesibilidad y resolución de la Atención Primaria.

**Referencias bibliográficas:** 3

**Revisor:** MPF

## S-2.981 *Guía para las relaciones de patrocinio de actividades científicas promovidas por la Asociación de Economía de la Salud*

**Autores:** Anónimo

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Bol Informativo AES 2002;44:15

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Las industrias farmacéutica y tecnológica, y otras entidades, tienen interés en el patrocinio de actividades sanitarias como forma de lograr una buena imagen y disminuir impuestos. La Asociación de Economía de la Salud (AES) hace una propuesta de «buena práctica» manifiestamente mejorable, pero al menos se lo toma en serio. No puede ser que el patrocinio implique dominio, como sucede tan frecuentemente. Lo importante, pues, es que el patrocinio se acompañe de independencia y de transparencia, y que no se empleen los medios del patrocinado para la propaganda del patrocinador.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** MPF

## S-2.982 *Recomendaciones del año 2000 del European Resuscitation Council para el soporte vital básico en adultos*

**Autores:** Handley AJ, Monsieurs KG, Bossaert

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002;118(10):385-90

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Actualización de las recomendaciones para el soporte vital básico en adultos, sin grandes cambios respecto a lo previo. Se incrementa la duración de las respiraciones boca a boca de 1,5 a 2 segundos, incrementando el volumen de respiración cuando no hay oxígeno suplementario de 700 a 1000 ml, la relación compresión-ventilación en resucitación cardiopulmonar (RCP) con 2 reanimadores será de 15:2; en caso de obstrucción vía aérea, las palmadas en la espalda y las presiones abdominales sólo se recomiendan para asfixia del adulto consciente. En este artículo se comenta la justificación de cada cambio y cada paso en la RCP.

**Referencias bibliográficas:** 26

**Revisor:** MARL

## S-2.983 *Infección por Helicobacter pylori y dispepsia funcional. Metaanálisis de la eficacia del tratamiento erradicador*

**Autores:** Gisbert JP, Calvet X, Gabriel R, Pajares JM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002;118(11):405-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Metaanálisis sobre 9 estudios en el que se coincide con la recomendación emitida recientemente por la Conferencia Española de Consenso sobre la infección por *H. pylori*: en los pacientes con dispepsia funcional no está indicado investigar ni tratar la infección por este microorganismo. El tratamiento erradicador no mejora los síntomas de los pacientes con dispepsia funcional.

**Referencias bibliográficas:** 32

**Revisor:** MARL

## S-2.984 *Primeras notificaciones espontáneas de sospechas de reacciones adversas a los nuevos antiinflamatorios selectivos sobre la ciclooxigenasa-2*

**Autores:** Pedrós C, Cereza G, Laporte JR  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2002;118(11):415-7  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los nuevos antiinflamatorios no esteroideos (AI-NE) selectivos sobre la ciclooxigenasa 2 (Cox-2) han tenido una rápida introducción en el mercado, no exenta de controversias. Según este estudio, realizado a partir de las declaraciones de sospecha de reacciones adversas, se concluye que no están exentos de toxicidad digestiva, similar a la de otros AI-NE. Los efectos adversos más frecuentes para rofecoxib fueron digestivos y cardiovasculares (edemas, HTA, oliguria), y para celecoxib cutáneos (erupciones, urticarias, angioedema) y digestivos. Así que, como siempre, precaución.

**Referencias bibliográficas:** 10  
**Revisor:** MARL

## S-2.985 *Utilidad de los glucocorticoides inhalados en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: revisión sistemática*

**Autores:** Riancho JA, Cubián I, Portero I  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2002;118:446-51  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Revisión de los ensayos clínicos que abordan el uso de los glucocorticoides inhalados (GCI) en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) sin reactividad bronquial. Sólo se encontraron 12 estudios en pacientes estables, en los que se observa una pequeña mejoría espirométrica a corto plazo, de cuestionable relevancia clínica (sin efectos en clínica ni en reagudizaciones). No se encontraron ensayos del uso de GCI en reagudizaciones de EPOC. No parece justificando el uso de GCI en pacientes con EPOC sin reactividad bronquial, salvo que se compruebe una mejoría espirométrica significativa (y tampoco se deberían utilizar de forma indefinida).

**Referencias bibliográficas:** 36  
**Revisor:** MARL

## S-2.986 *Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context*

**(Más tiempo de consulta, pero sin crear colas ni romper la longitudinalidad)**

**Autores:** Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill P, Shah N, et al  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2002;324:880-2  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** De la misma manera que los pacientes tienen cada vez más salud, los médicos tenemos cada vez más tiempo para los pacientes pero nos sentimos más estresados. Los autores, ingleses, han estudiado la cuestión tanto con revisión de la literatura como con opiniones de médicos. Concluyen que se sabe poco. Quizá 15 minutos es un buen tiempo para ancianos con múltiples problemas de salud, pero que hay que combinar el mayor tiempo con el control de las listas de espera y de la continuidad y longitudinalidad.

**Referencias bibliográficas:** 24  
**Revisor:** JG

## S-2.987 *In search of "non-disease"*

**(Los límites de "etiquetar" enfermos)**

**Autores:** Smith R  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2002; 324:883-5  
**Calificación:** Excelente

**Comentario:** De vez en cuando el *British* y su director "se marcan" con un texto que hace pensar y reír al tiempo. Éste es uno de ellos, en el que se discute sobre la capacidad médica de poner límites al campo del sufrimiento humano. Es decir, sobre la posibilidad de diagnosticar. Lo peor es nuestra orgullosa respuesta de transformar problemas en diagnósticos y creer que en ello sólo hay magia y beneficio. En una votación los médicos creen que no es enfermedad cosas que hay quien sí lo ve como tal: envejecimiento, trabajo, aburrimiento, bolsas en párpados, ignorancia, calvicie, pecas, etc.

**Referencias bibliográficas:** 7  
**Revisor:** JG

## S-2.988 *The impact of follow-up physician visits on emergency readmissions for patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease: a population-based study*

**(Tras la consulta a urgencia por asma o EPOC es bueno ir a ver al médico)**

**Autores:** Sin DD, Bell NR, Svenson LW, Man SFP  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2002;112:120-5  
**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La actuación médica es peligrosa (para el paciente) pero muchas veces compensa. Por ejemplo los autores, canadienses, demuestran el beneficio de ir a ver al médico, al menos una vez tras una visita a urgencias por asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Utilizan los datos de un año en Alberta (Canadá) y localizan a los pacientes vistos en urgencias por asma/EPOC. La probabilidad de retorno a urgencias en los siguientes tres meses disminuye si se visita a un médico, después de corregir por los factores que predicen el retorno (mayor edad y/o pobreza, residencia en ciudad, varones y varias consultas previas a urgencias).

**Referencias bibliográficas:** 39  
**Revisor:** JG

## S-2.989 *The safety of triptans in the treatment of patients with migraine*

**(Los triptanes son más seguros que la ergotamina)**

**Autores:** Jamieson DG  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2002;112:135-40  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los agonistas del 5-hidroxitriptófano, los triptanes, forman parte del tratamiento de las migrañas graves. En los pacientes con migraña se ha demostrado un aumento de la incidencia de infartos de miocardio, de dolor precordial de origen desconocido y de ictus. Puesto que los triptanes actúan sobre receptores vasculares en arterias cerebrales y cardíacas, hay que evitar su uso en pacientes con patología coronaria o cerebrovascular. Con esa excepción, los triptanes son tan seguros como la ergotamina y sus derivados, como demuestra esta revisión. A destacar un 67% de anomalías en el electrocardiograma en algún ensayo clínico.

**Referencias bibliográficas:** 63  
**Revisor:** JG

## S-2.990 *Utilidad de la tomografía computarizada y la broncoscopia en los pacientes con hemoptisis. Análisis de 482 casos*

**Autores:** Haro M, Jiménez J, Tornero A, Vizcaya M, Tirado R, Cros T  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *An Med Interna (Madrid)* 2002;19:59-65  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Hay pacientes que presentan dificultades diagnósticas que uno no sabe cómo resolver. Entre ellos, los pacientes con hemoptisis. En este trabajo hospitalario (de Albacete y Gerona) se presentan los resultados del seguimiento de 482 pacientes con hemoptisis referidos a una consulta monográfica. A todos se les hizo una fibroscopia, y al 69%, además, una tomografía axial computarizada (TAC). Con pacientes de edad media 62 años, 80% fumadores y 83% varones, la fibroscopia localizó el 77% y la TAC el 83% de las causas de hemoptisis. La combinación de ambas logró no perder ni un solo caso de neoplasia.

**Referencias bibliográficas:** 27  
**Revisor:** JG

## S-2.991 *Tuberculosis en pacientes ancianos. Formas de presentación*

**Autores:** Lado FL, Tuñez V, Golpe AL, Cabarcos A, Pérez ML  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *An Med Interna (Madrid)* 2002;19:111-4  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En los pacientes ancianos las enfermedades pueden presentarse con menos virulencia o localización clásica. Por ello es interesante este trabajo, hecho en Santiago, con los casos de ancianos ( $\geq 65$  años) diagnosticados de tuberculosis a lo largo de 6 años, en una población de 435.000 habitantes. Se declararon 748 casos, ninguno con sida. En el 56% la localización fue pulmonar. La localización extrapulmonar fue ganglionar (41%), osteoarticular (18%), intestinal (12%), peritoneal (9%), meníngea (8%) y otras (12%). Hubo 7 casos de tuberculosis miliar.

**Referencias bibliográficas:** 42  
**Revisor:** JG

## S-2.992 *Valor del tacto en el diagnóstico de fiebre y de la palidez en el diagnóstico de anemia. Estudio observacional en adultos*

**Autores:** Valeiras C, Calvo A, Roca A, Gude F, González A  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *An Med Interna (Madrid)* 2002;19:120-5  
**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El paciente es entrevistado y explorado físicamente, y de ello deduce el médico qué hacer. En este trabajo, gallego, dos residentes de Medicina de Familia valoraron a 600 pacientes (300 ingresados y 300 en urgencias) acerca de la presencia de fiebre mediante el viejo uso de tocar la piel, o de anemia, valorando la palidez de conjuntiva y/o cutánea. Demuestran que estos métodos simples sirven muy bien para decir quién no tiene fiebre o anemia, (especificidad y valor predictivo negativos), pero fallan para lo contrario (baja sensibilidad y bajo valor predictivo positivo). De acuerdo con lo que es la Medicina General.

**Referencias bibliográficas:** 24  
**Revisor:** JG

## S-2.993 *Alzheimer's disease or other dementia and medical care utilization*

**(Las demencias per se no aumentan el uso de servicios médicos)**

**Autores:** Eaker ED, Mickel SE, Chyou PH, Mueller-Rizner NJ, Slusser JP

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Epidemiol* 2002;12:39-45  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La utilización de servicios de salud depende de la salud que se tenga, entre otras muchas cosas. Los autores, gringos, se preguntan por los estudios que demuestran un resultado variable respecto al uso de servicios médicos por los enfermos mentales (obtienen datos para Alzheimer y para otras demencias). Demuestran que antes del diagnóstico, en un estudio de incidencia, hay un aumento de la utilización que se justifica por más pruebas diagnósticas; después, hay mayor utilización por peor salud física. Parece, pues, que la demencia per se no aumenta la utilización.

**Referencias bibliográficas:** 23  
**Revisor:** JG

## S-2.994 *The relation between managed care market share and the treatment of elderly fee-for-service patients with myocardial infarction*

**(A más iguales [HMO] más medicación racional al alta tras un infarto agudo de miocardio)**

**Autores:** Heidenreich PA, McClellan M, Frances C, Baker LC  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2002;112:176-82

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En el tratamiento del infarto de miocardio agudo se emplean distintas medidas con base científica variable. Los autores hacen un estudio de 112.900 pacientes mayores de 65 años dados de alta en un hospital en EE.UU. a lo largo de un año (1994-1995), para ver la calidad de su tratamiento en relación a la penetración de las iguales (en pago por acto) en su región. A más iguales, después de corregir por gravedad y otros factores, más uso de betabloqueantes y aspirina tras el alta, y menos angiografía coronaria y reperfusión durante el ingreso. La mortalidad es menor cuando se usan betabloqueantes y aspirina.

**Referencias bibliográficas:** 24  
**Revisor:** JG

## S-2.995 *Improving oral presentation skills with a clinical reasoning curriculum: a prospective controlled study*

**(Puede mejorarse la presentación oral de casos clínicos)**

**Autores:** Wiese J, Varosy P, Tierney L

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2002;112:212-8  
**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los estudiantes de Medicina y los médicos presentamos casos clínicos con gran frecuencia, y se demuestra que lo hacemos mal y son poco útiles. En este trabajo se divide a 62 estudiantes de tercero en dos grupos, y se compara su evolución en la presentación de casos clínicos según se les dé un curso sobre "razonamiento clínico" o se sigue la formación habitual. El curso logra que los estudiantes mejoren y abrevien la presentación, pues distinguen entre lo general (aplicable a todos los pacientes) y lo particular (aplicable en el aprendizaje).

**Referencias bibliográficas:** 31  
**Revisor:** JG

## S-2.996 *Treatment trials of unexplained symptom syndromes: time for larger and longer trials to address the complexities*

**(Necesitamos mejor base científica para síntomas crónicos mal definidos, como la fibromialgia)**

**Autores:** O'Malley P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2002;112:237-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los cuadros crónicos mal definidos sobreabundan en nuestras consultas. En este editorial se comenta un ensayo clínico sobre el uso de antidepresivos (fluoxetina) en la fibromialgia. El antidepresivo mejora el dolor sin mejorar el ánimo (en el colon irritable, la cefalea a tensión o la fatiga crónica), y con una enorme tasa de abandono. Recuerda que la tasa de abandono es similar, del 16% al 32%, con tricíclicos que con inhibidores de la recaptación de serotonina. Se necesitan más estudios, con grupos más amplios, con participación de la Primaria y de larga duración para tener fundamento científico en nuestras decisiones.

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** JG

## S-2.997 *Should mild subclinical hypothyroidism be treated?*

**(El hipotiroidismo subclínico no debe de tratarse)**

**Autores:** Chu JW, Crapo LM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2002;112:422-3

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Cada vez pedimos más hormonas tiroideas, y cada vez más rutinariamente. Así, no es extraño que cada vez diagnosticuemos más hipotiroidismo subclínico ( $T_4$  normal y TSH elevada). ¿Qué hacer con estos pacientes? Los editorialistas comentan un estudio en el mismo ejemplar de la revista que se añade a la pléyade que demuestra que es inútil seguir a estos pacientes para tratarlos con levo-tiroxina. Podría estar indicado al tratamiento en embarazadas, bocio, signos y síntomas de hipotiroidismo, grave dislipidemia sin otro diagnóstico e historia previa de grave disfunción tiroidea.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** JG

## S-2.998 *Sexual behaviour and its medicalisation: in sickness and in health*

**(La tiranía del placer genital)**

**Autores:** Hart G, Wellings K

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2002;324:896-900

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El sexo es disfrute, gratificación y placer. Pero la actividad sexual es algo más que penetración vaginal y orgasmos clitoridianos, más eyaculación, que es la norma actual, por lo visto. Los autores, ingleses, hacen una revisión de la medicalización progresiva del sexo (asociado a genitalidad) que está llegando a su máximo con el sildenafil. Ya lo importante no es disfrutar del sexo, sino el placer genital con medicamentos o con cirugía "reparadora" (de pene y de vagina). Lo peor es que está llevando a una pérdida de la diversidad sexual, a una uniformación de la actividad sexual.

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** JG

## S-2.999 *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*

**(La venta de tratamientos a pacientes sanos, una estrategia malévola)**

**Autores:** Moynihan R, Heath I, Henry D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2002;324:886-91

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** La búsqueda del beneficio rápido y amplio lleva a perversiones inhumanas. Por ejemplo, a convertir sanos en enfermos a base de ampliar la definición de enfermedad. En este excelente artículo colabora un médico general inglés con dos australianos (periodista y un profesor de farmacología clínica) para demostrar que algunas industrias farmacéuticas colaboran con algunos médicos y algunos grupos de pacientes para "amenazar" y hacer negocio con la enfermedad. Transforman en enfermedad desde factores de riesgo hasta problemas personales y se magnifica la importancia de alteraciones nimias, tanto en gravedad como en prevalencia.

**Referencias bibliográficas:** 6

**Revisor:** JG

## S-3.000 *Medicalization of risk factors*

**(La medicalización de los factores de riesgo)**

**Autores:** Gotzsche PC

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2002;324:890-1

**Calificación:** Excepcional

**Comentario:** De vez en cuando se lee un trabajo que uno recomienda se traduzca al español y se difunda a todos los profesionales. Éste es uno de esos ejemplares. Es breve y substancioso, y está firmado por un danés, director del Centro Cochrane Nórdico. En dos pinceladas deja claro que una de las peores cosas que pueden hacerse hoy es seguir amenazando con el cribaje del cáncer: la intervención pública puede llevar a daños irreparables. A ver si cesa la pasión por el cribaje de cáncer de cuello de útero, de mama, de próstata, de colon y de pulmón.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** JG

## S-3.001 *Has the medicalisation of childbirth gone too far?*

**(Embarazo y parto sanos se vuelven patológicos vistos con ojos de tocólogo)**

**Autores:** Johanson R, Newburn M, McFarlane A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2002;324:892-5

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Estar embarazada y parir son hechos asociados a salud y alegría, en general. A base de intervenir sobre estos simples y saludables hechos los médicos están transformándolos en enfermedades. Y mucho de lo que se hace es, además, peligroso como se revisa en este artículo. Por cierto, sale España como ejemplo de atención al parto medicalizada y sin fundamento científico (enemas, afeitado, episiotomía, cesáreas a gogó). La analgesia epidural aumenta las cesáreas; ítem más, la monitorización electrónica fetal. En fin, todo un mundo de despropósitos.

**Referencias bibliográficas:** 33

**Revisor:** JG



### S-3.002 **Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna**

**Autores:** Estévez MD, Martell D, Medina R, García E, Saavedra P.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *An Esp Pediatr* 2002;56:144-50

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La lactancia natural es fuente de vida, pero muchos niños se la pierden, "por la moda". En este trabajo se siguieron a 545 mujeres tras el parto, en Gran Canaria. A los 6 meses sólo un 9% daba el pecho exclusivamente, y un 7% lactancia mixta. Gran fracaso. El no haber dado biberón en el hospital (los primeros días) y el consejo previo sobre lactancia materna se asoció a más duración del pecho. También el ser universitaria y haber decidido antes del parto la lactancia natural.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG

### S-3.003 **Poland's health reform: politics, markets and informal payments**

**(El dinero negro va en cantidades industriales de pacientes a médicos polacos)**

**Autores:** McMenamin I, Timonen V

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Int Soc Pol* 2002;31:103-18

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las reformas en los países del este de Europa han perdido interés público. Parece que ya se han resuelto las deficiencias comunistas con el bálsamo capitalista. Pues no, como comentan los autores ingleses. La reforma ha instaurado un sistema de Seguridad Social, y ha implantado médicos de familia que cobran por acto y filtran a la especializada. Pero las cosas no funcionan. Sigue habiendo dinero negro abundante entre paciente y médico (doblan el sueldo, que es de los más bajos), y las derivaciones a especializada no han disminuido. El riesgo es que se privatice más de lo que ya se ha hecho.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

### S-3.004 **How consistently do women report lifetime mammograms at successive interviews?**

**(El recuerdo de y el número de mamografías se relacionan inversamente)**

**Autores:** Rawscher GH, O'Malley MS, Earp JAL

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Prev Med* 2002;22:8-14

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Muchos datos los obtenemos de lo que dicen los pacientes, a los que hay que creer siempre. En este estudio, en Carolina del Norte, se estudia la concordancia respecto al número de mamografías de cribajes entre mujeres añosas, entrevistadas con tres años de intervalo. La mayor concordancia se da para pocas mamografías; disminuye la concordancia cuando a lo largo de la vida se han hecho muchas mamografías de cribaje. A las que se les ha hecho una mamografía recientemente también se lian más.

**Referencias bibliográficas:** 36

**Revisor:** JG

### S-3.005 **Smelly science**

**(La ciencia de las ventosidades)**

**Autores:** Ovesen L

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Eur J Cancer Prevention* 2002;11:67-8

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Si uno se lo propone acaba publicando cualquier cosa. Y así se lee lo que se lee, como este hilarante artículo acerca del olor de las ventosidades. El autor, danés, revisa la literatura reciente acerca del problema, y comenta un trabajo sobre la eficacia de unos culotes con carbón activo para disminuir el olor de las ventosidades. Es un ensayo clínico, aleatorizado y doble enmascarado; a los voluntarios se les alimentó con judías, y los jueces olieron los gases emitidos a 3 cm de la nariz (de jeringuillas). Las mujeres eliminaron más sulfidrico; los varones, más gas en general.

**Referencias bibliográficas:** 6

**Revisor:** JG

### S-3.006 **Sitios web y grupos de debate electrónicos útiles sobre cuestiones farmacéuticas**

**Autores:** Anónimo

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Bol Medicamentos Esenciales* 2001;30:8

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** En una sola página se dan un montón de direcciones electrónicas útiles para todos los interesados en la prescripción racional (se publica a mitad de 2002, aunque sea de 2001). Da gusto ver entre ellas, además, la de un español, [RafaBravo@bitmailer.com](mailto:RafaBravo@bitmailer.com). Se incluyen cosas varias, desde la del *British Medical Journal* a la de *Biomail*, que envía artículos seleccionados de Medline según necesidades del usuario (<http://biomail.sourceforge.net/biomail/>). Desde luego, siendo un boletín de la OMS se incluyen casi todas las que tiene sobre cuestiones de medicamentos. En fin, vale la pena obtener una fotocopia, hacer algún intento y explorar nuevas fuentes.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** MPF

### S-3.007 **El programa de detección, registro, resolución y puesta en común de problemas relacionados con medicamentos (PRM) en Bizkaia tras un año de funcionamiento**

**Autores:** Seisdedos N, Arco J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Argibideak* 2002;12:5-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los farmacéuticos vascos hacen cosas muy interesantes sin llamar mucho la atención. Por ejemplo, el programa de PRMs para evitar en lo posible los efectos perjudiciales de los medicamentos. Participan 104 farmacias de Vizcaya, que remiten y comparten informes sobre situaciones reales en las que han intervenido ante un problema concreto con un medicamento. En este texto se exponen dos casos muy sencillos, el de una mujer que tomó al tiempo dos grageas de anticonceptivo (el consejo es que siga como si no hubiese pasado nada) y otro de una discinesia por tiaprida (se les había escapado al psiquiatra y en urgencias).

**Referencias bibliográficas:** 2

**Revisor:** MPF

### S-3.008 **Estado de salud de jóvenes varones delincuentes**

**Autores:** Oliván G

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Aten Primaria* 2002;29:421-4

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El autor trabaja en Aragón y presenta el resultado del estudio de 240 adolescentes varones delincuentes que ingresaron por orden judicial a lo largo de 6 años en un reformatorio. El cuadro es doloroso pues se deduce el acontecer de vidas durísimas, de pobreza y abandono, que no tiene nada que ver con la de nuestros hijos, familiares y amigos. Con edad media de 15 años, el 10% tenía enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo parental de drogas y/o conductas sexuales de riesgo; el calendario vacunal estaba incompleto en el 17%; y en el mismo porcentaje había trastornos psicopatológicos.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** MPF

### S-3.009 **Fracaso en el control del número de víctimas por accidentes de tráfico en España. ¿La respuesta correcta a la pregunta equivocada?**

**Autores:** Regidor E, Reoyo A, Calle ME, Domínguez V

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Rev Esp Salud Pública* 2002;76:105-13

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Están disminuyendo las muertes por accidentes de tráfico en España pero no los accidentes. Todo ello a pesar de las múltiples medidas adoptadas a lo largo de las dos últimas décadas, desde el cinturón de seguridad a las nuevas tasas de alcoholemia. Este último punto lo destacan los autores, pues el consumo de alcohol está disminuyendo en España, con independencia de la conducción. Parece que se confunden los factores de riesgo de los individuos con los factores de riesgo de la población; es decir, que gran parte de la falta de control del problema se debe al ciclo económico, la mayor riqueza y otras cuestiones "macro".

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** MPF

### S-3.010 **Intentions, strategies and uncertainty inherent in antibiotic prescribing**

**(Se prescriben antibióticos sin racionalidad científica, pero con lógica social)**

**Autores:** Björnsdóttir I, Holme E

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Eur J Gen Pract* 2002;8:18-24

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los médicos islandeses prescriben mal los antibióticos, como los de todo el mundo. En este trabajo se analizan los resultados de las entrevistas a 10 médicos generales en Islandia, y se demuestra que los médicos recetan muchas veces antibióticos a sabiendas de que son innecesarios. Porque la decisión de prescribir no es sólo una cuestión científica, sino el resultado de una interacción social entre el médico y el paciente. Por ejemplo, el médico valora las actividades futuras del paciente ("¿va a hacer el niño la Primera Comunión? Bueno, pues entonces le receto antibióticos para esa garganta, para que salga todo bien"). Hay que tenerlo en cuenta si se quieren hacer programas que de verdad mejoren la prescripción de antibióticos.

**Referencias bibliográficas:** 36

**Revisor:** MPF

### S-3.011 **Mortalidad por demencia en Cataluña: un problema de salud emergente**

**Autores:** Puig X, Gispert R, Puigdefábregas A, Pérez G, Mompart A, Doménech J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2002;118:455-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En los últimos 20 años la mortalidad por demencia en Cataluña ha pasado de 2,14 por 100.000 habitantes a 41,95, no sólo debido al envejecimiento de la población sino también al efecto cohorte de los nacidos antes de 1925 (las tasas estandarizadas por edad también aumentan). Actualmente se estima que 4.600 personas mueren anualmente en Cataluña por demencia. Teniendo en cuenta su impacto sociosanitario (carga de morbilidad, necesidades asistenciales) debe considerarse un problema emergente de salud pública.

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** MARL

### S-3.012 **Detección precoz de cáncer de pulmón: el momento oportuno**

**Autores:** Zulueta J, Montuenga LM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2002;118:460-2

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El cáncer de pulmón es el más frecuente en los hombres, con una mortalidad muy elevada (supervivencia a los 5 años menor del 15%), diagnosticándose en fase avanzada el 80%. Su diagnóstico precoz podría disminuir esta mortalidad pero no disponemos en la actualidad de métodos eficaces. En este editorial se revisa el tema de forma esperanzadora, informando de los estudios y proyectos en marcha, utilizando tomografía computarizada (TC) torácica helicoidal y/o marcadores moleculares en esputo o sangre como cribado en población de alto riesgo. Esperemos que den buen resultado, aunque por ahora no tienen fundamento.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** MARL

### S-3.013 **Vacunas antitumorales en desarrollo clínico**

**Autores:** Ribas A, Ribas-Mundó M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2002;118:472-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Revisión sobre otro tema de actualidad y esperanzador en el abordaje del cáncer. El objetivo de las vacunas antitumorales es presentar los antígenos tumorales al sistema inmunitario del paciente para que induzcan la activación de los linfocitos T con capacidad citotóxica antitumoral (y sin procesos autoinmunitarios). Para presentar esos antígenos hacen falta células "profesionales", difíciles y caras de cultivar. El desarrollo de estas vacunas sería útil para la prevención de recidivas e incluso para el tratamiento primario del cáncer.

**Referencias bibliográficas:** 51

**Revisor:** MARL

### S-3.014 *Health services research: an evolving definition of the field*

(Una definición de la investigación en servicios de salud)

**Autores:** Lohr KN, Steinwachs DM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** HSR 2002;37:7-9

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Muchos de los artículos que se comentan en SEMERGENBIBLIO se refieren al campo de la "investigación de servicios de salud". En este trabajo se propone definirla como "investigación multidisciplinar que analiza la influencia sobre el acceso, la calidad y el coste de los servicios de salud, y sobre la propia salud, de factores sociales, financieros, organizativos, tecnológicos y personales". Es decir, la investigación de servicios de salud se preocupa particularmente de cómo organizar los mismos para que sean accesibles y ofrezcan servicios eficientes y apropiados a las necesidades de la población y de los pacientes.

**Referencias bibliográficas:** 3

**Revisor:** JG

### S-3.015 *Impact of the Oregon Health Plan on access and satisfaction of adults with low income*

(La beneficencia mejora el acceso sanitario entre los pobres)

**Autores:** Mitchell JB, Haber SG, Khatutsky G, Donoghue S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** HSR 2002;37:11-31

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** En EE.UU. hay pena de muerte, lo que es un buen indicador del talante que se gastan. No hay, como puede deducirse de lo primero, un sistema sanitario que cubra a todos sus ciudadanos. Pero como es un país de contrastes, en el estado de Oregón aprobaron un sistema sanitario público para atender a los pobres (una especie de beneficencia) con pago per cápita y con servicios y tratamientos ordenados según eficacia e impacto (algunas cosas no se cubren ni se pagan). Total, que el sistema funciona, ha mejorado el acceso a servicios sanitarios y se cubren necesidades reales.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

### S-3.016 *The World Health Report 2000: dialogue of the deaf?*

(El Informe 2000 de la OMS, un informe fallido)

**Autores:** Møller K.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Health Econ 2002;11:93-101

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** La OMS publicó un informe sobre la salud y los sistemas sanitarios en el 2000 que resultó increíble. El autor, danés, (Dinamarca salió muy mal parada) hace una revisión de los principales fallos del dichoso informe y destaca dos: hay demasiados datos que se "deducen" y no proceden de estudios o registros rigurosos y se asume que el mercado ofrece más innovación y flexibilidad que el sistema público, al que se ve como rígido y burocrático. El informe de la OMS no explica ni por qué un país ocupa un determinado puesto, ni cómo cambiar para mejorar su situación. Es pues, un informe cojo.

**Referencias bibliográficas:** 52

**Revisor:** JG

### S-3.017 *On being NICE in the UK: guidelines for technology appraisal for the NHS in England and Wales*

(Las guías de evaluación tienen siempre sesgos)

**Autores:** Birch S, Gafni A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Health Econ 2002;11:185-91

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Las guías, clínicas o de evaluación, simplifican el trabajo pero introducen sesgos inevitables. Los autores, de la canadiense Universidad de McMaster, valoran las guías del NICE (*National Institute for Clinical Excellence* inglés que trabaja para el Servicio Nacional de Salud), con las que se evalúan las innovaciones, o la tecnología existente y financiada públicamente. Demuestran los sesgos de las guías aparentemente "científicas", y sobre todo, que las guías sirven a los intereses de la industria, y no a los del Servicio Nacional de Salud.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

### S-3.018 *The accuracy of primary care patients' self-reports of prostate-specific antigen testing*

(Los pacientes no recuerdan bien que les hayan hecho el PSA)

**Autores:** Volk RJ, Cass AR

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Prev Med 2002;22:56-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Mucha información sanitaria procede de encuestas. ¿Hasta qué punto recuerdan los pacientes las cosas? En este trabajo se pregunta a 133 pacientes de la clínica de medicina de familia de la Universidad de Tejas, varones de entre 45 y 70 años, sobre la realización de un antígeno prostático específico (PSA) en sangre en el año anterior. Puesto que esta actividad es peligrosa, se desarrolla el estudio en el curso de un trabajo sobre decisión compartida con el paciente. La concordancia con la historia clínica es del 74,4%, un índice Kappa de 0,48 (bajo). La menor educación aumenta la discordancia.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG

### S-3.019 *Evaluation and treatment of the adult patient with migraine*

(La migraña: diagnóstico y tratamiento)

**Autores:** Polizzoto MJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Fam Pract 2002;51:161-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los pacientes con migraña sufren sin demasiado consuelo, lo que explica que abusen de medicamentos peligrosos. En este trabajo se hace una revisión tanto del diagnóstico como del tratamiento de la migraña y se deja claro que si los síntomas son clásicos y la exploración neurológica normal, no hay pruebas diagnósticas que pedir. Como medicación de primera línea se prescribe ibuprofeno y demás; si no cede, los triptanes (todos muy similares). Si repiten los ataques, prevención con propranolol o amitriptilina.

**Referencias bibliográficas:** 57

**Revisor:** JG

### S-3.020 *What are the indications for tonsillectomy in children?*

(¿La tonsilectomía? ¡Una barbaridad!)

**Autores:** Neill RA, Scoville C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Fam Pract* 2002;51:314

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** La amigdalectomía es una atrocidad que se ha empleado sin ton ni son y de la que no se arrepienten los médicos (al menos, todavía no han pedido perdón los pediatras y otorrinos). ¿Tiene algún fundamento científico? No. Ni la tonsilectomía sola, ni acompañada por la adenoidectomía y la "implantación del tubito" más miringotomía; todo lo que se consigue es una ligera mejoría, sin relevancia clínica, y que no dura más de un año, como demuestra la revisión sucinta que hacen los autores.

**Referencias bibliográficas:** 7

**Revisor:** JG

### S-3.021 *Treatment of hyperlipidemia*

(El tratamiento de la hiperlipidemia)

**Autores:** Heley E, Chang L, Hollander S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Fam Pract* 2002;51:370-6

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Las recomendaciones del *National Cholesterol Education Program* (NCEP) sirven, como mucho, para el país de origen, EE.UU. En su tercera versión tienen la virtud de introducir un cálculo sobre el riesgo coronario personal del paciente concreto. Este trabajo resume el NCEPIII y deja claro que hay todavía mucho margen para no tratar ni a niños, ni a mujeres, ni a ancianos, sobre todo si no fuman ni tienen diabetes ni enfermedad arterial crónica. Por desgracia en el mundo entero se están empleando las estatinas (sobre todo la atorvastatina) sin ninguna necesidad en pacientes sanos (y no se utilizan después del infarto).

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** JG

### S-3.022 *Cancer recognition and primary care*

(Diagnóstico precoz del cáncer por el médico general)

**Autores:** Summerton N

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Br J Gen Pract* 2002;52:5-6

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Casi todo lo que se le enseña al estudiante procede de libros escritos por especialistas y de pacientes tratados por especialistas. No es raro, pues, que sienta fracaso el médico general cuando se enfrenta a los signos y síntomas del paciente con cáncer y lo diagnostique tardíamente. El editorialista comenta la diferente perspectiva del diagnóstico precoz del cáncer en Primaria y en Secundaria. Es un texto agradable y que consuela, pues todos hemos tenido "fallos". Lo importante, como propone, es un balance entre la sensibilidad de los indicadores y el pronóstico que conlleva el diagnóstico precoz.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

### S-3.023 *Economic approach to doctor/nurse skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions*

(Los pacientes necesitan profesionales competentes y humanos sean médicos, sean enfermeras)

**Autores:** Kernick D, Scott A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Br J Gen Pract* 2002;52:42-6

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** Las discusiones acerca de médicos y enfermeras me parecen ridículas en cuanto bizantinas. Los pacientes necesitan atención de profesionales competentes y humanos, y eso es todo. Los autores, ingleses, dejan claro que la atención necesaria es un continuo en el que caben distintos profesionales... si lo hacen bien. Desde el auxiliar de clínica al médico hay tareas de complejidad, incertidumbre y responsabilidad personal creciente que deben ser hechas por el profesional competente y humano que corresponda. ¿No?

**Referencias bibliográficas:** 26

**Revisor:** JG

### S-3.024 *The impact of a general practice group intervention on prescribing costs and patterns*

(La intervención educativa puede disminuir los costes farmacéuticos pero no mejora la calidad de la prescripción)

**Autores:** Walker J, Mathers N

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Br J Gen Pract* 2002;52:181-6

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** En el Reino Unido los centros de salud se están agrupando para prestar mejores servicios, responder a los problemas de la comunidad y controlar gastos. Los autores analizan un grupo de 9 centros, con 36 médicos generales (lo comparan con otros 9 no agrupados, con 44 médicos generales), que se han organizado para mejorar la prescripción. Después de un año se logra contener el gasto con más genéricos, pero no se mejora la calidad de la prescripción. Menos da una piedra.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

### S-3.025 *Prescrição de antibióticos no serviço de atendimento complementar*

(Los médicos portugueses también prescriben antibióticos de más)

**Autores:** Mateus R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Rev Port Clin Geral* 2002;18:35-52

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Prescribimos antibióticos a troche y moche. A la autora le preocupa la cuestión en las consultas urgentes en atención continuada, en un centro de salud portugués, en Vialonga. Estudia 1.722 informes, y demuestra que se recetaron antibióticos en 399 casos (23,3%). Lo peor es que los antibióticos más prescritos son los macrólidos (30%), seguidos de cefalosporinas (10%) y quinolonas (8%); la penicilina sólo se recetó en el 2% de los casos. En las cistitis se emplearon las quinolonas en el 67% de los pacientes; en el 30% de las otitis se empleó una cefalosporina de tercera generación. Todo un despropósito.

**Referencias bibliográficas:** 35

**Revisor:** JG