

S-3.746 *Open access publishing takes off. The dream is now achievable*

(Las publicaciones electrónicas de acceso gratis, una realidad)

Autores: Delamote T, Smith R

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004;328:1-3

Calificación: Muy bueno

Comentario: El *British* inició su etapa de libre acceso por Internet en 1998. Desde entonces le han seguido otras revistas, como el *Journal of Clinical Investigation*. En este editorial se comenta el avance imparable del libre acceso a las revistas en su versión electrónica, en lo que se acaba de iniciar una nueva fase con la aparición de *PLoS Biology*, que compete con *Science* y *Nature*, y en el próximo futuro con *PloS Medicine*, que competirá con las revistas médicas generales. Lo curioso es que estos dos medios electrónicos le harán pagar unos 1.200 euros al autor al que le acepten los trabajos, después de revisarlos. El dinero infiltra todo, pero en este caso la iniciativa deja en paz el bolsillo del más débil, el lector.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-3.747 *Bad reporting does not mean bad methods for randomised trials: observational study of randomised controlled trials performed by the Radiation Therapy Oncology Group*

(Los ensayos clínicos tienen a veces más calidad en su realización que en lo que publican)

Autores: Soares HP, Daniela S, Kumar A, Clarke M, Scott C, Swann S, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004;328:22-4

Calificación: Excelente

Comentario: Solemos aceptar la verdad publicada como la verdad, pero es frecuente que lo que se publique tenga poco que ver con ella. Incluso en sentido contrario al esperado. Por ejemplo, que las publicaciones de los ensayos clínicos den peor imagen de la calidad de sus métodos de lo que se hizo en realidad. Con esta hipótesis, los autores, gringos, repasan 56 ensayos clínicos financiados por el Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU., desde 1968, y comparan las publicaciones de sus resultados con los protocolos de su realización. La calidad de lo hecho supera en mucho a lo que se dice en las publicaciones.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-3.748 *Commentary: The quality of randomised controlled trials may be better than assumed*

(La crítica a los ensayos clínicos, necesaria pero quizá excesiva)

Autores: Giglio A, Costa LJ

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004;328:24-5

Calificación: Bueno

Comentario: Me incluyo entre los que critican con acierto los ensayos clínicos, sobre todo cuando se pretende transformar sus resultados en guías clínicas para utilizar por clínicos ciegos. Pero quizá los ensayos clínicos estén mejor hechos de lo que parece, de acuerdo con lo que se publica, como se demuestra en el trabajo anterior (S-3.747). Los autores de este brevísimo comentario insisten en el posible impacto en la mejora de las publicaciones del seguimiento de las normas CONSORT, y de la publicación y acceso electrónico libre a los protocolos y a los datos crudos de los ensayos.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-3.749 *Assessing the quality of research*

(La difícil tarea de valorar la calidad de la investigación)

Autores: Glasziou P, Vandenbroucke J, Chalmers JA

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004;328:39-41

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los autores, ingleses y holandeses, revisan la cuestión con agudeza y propiedad. Lo malo de la valoración es aplicar criterios simples que se admiten como universales. Por ejemplo, los grados de fuerza de los resultados propuestos por la *Canadian Task Force on the Preventive Health Examination*. Defienden una actitud menos rígida, que no utilice los métodos de valorar el efecto de tratamientos para valorar investigación sobre pronóstico o efectos adversos, o sobre etiología.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-3.750 *WHO's World Health Report 2003. Shaping the future depends on strengthening health systems*

(La mejora de la salud exige la mejora de los sistemas sanitarios, como destaca el Informe de la OMS de 2003)

Autores: Walt G

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004;328:6

Calificación: Bueno

Comentario: Los sistemas sanitarios no producen salud, pero sí ayudan a conservarla y prolongarla. Para ello, los sistemas sanitarios tienen que estar bien organizados, y deben responder a las necesidades de la población. Parecen verdades del porqué, y lo son, pero sería un milagro que se transformaran en verdades aceptadas por todos, especialmente médicos y políticos. Desde luego, se requiere algo más que buena organización, como destaca el autor, inglés, pues un niño japonés gasta unos 550 euros al año en medicinas, mientras un niño de Sierra Leona viene a gastar unos 3.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

S-3.751 **Gasto público en sanidad y estado de bienestar**

Autores: Centella M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Adm Sanit* 2003;1:619-56

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: El autor, economista de la Universidad de Extremadura, hace un bonito repaso al gasto sanitario público en España, que en principio deslumbra, pues se quintuplicó desde 1984 a 2000 (de 5.800 millones a 29.121). Lo malo es que la cosa es menos espectacular si se habla de gasto constante (no gasto corriente), es decir, si se corrige por la inflación. Y peor es ver que la cosa se ha parado mucho desde 1994, y que el gasto es muy dispar, con una variación brutal entre Navarra, País Vasco y Canarias (los ricos en cuanto al gasto sanitario) contra los pobres andaluces y valencianos.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-3.752 **Synergy between publication and promotion: comparing adoption of new evidence in Canada and the United States**

(El ramipril se ha prescrito por la presión para promocionar su venta, como se deduce frente al fracaso de la prescripción de la espironolactona)

Autores: Majumdar SR, McAlister FA, Soumerai SB

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2003;115:467-72

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los medicamentos útiles pueden seguir en el limbo de la inutilidad por años, por falta de uso, como es el caso de los betabloqueantes. Por eso ha llamado tanto la atención el masivo uso del ramipril en Canadá tras la publicación del ensayo clínico HOPE (*Heart Outcomes Prevention and Evaluation*), muy prescrito en pacientes con insuficiencia cardíaca (excluidos del ensayo) (ver S-3.454, y S-3.455). Comparan el uso del ramipril en EE.UU. y en Canadá, con el uso de la espironolactona en ambos países. La prescripción del diurético, sin apoyo de la industria, aumenta el 2%. El inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina copa el 30% del mercado de su grupo al primer año, en Canadá, y el 6% en EE.UU, donde se gastó menos para su promoción.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-3.753 **Los servicios sanitarios en la legislatura que termina en Andalucía**

Autores: Santos B

Revista/Año/Vol./Págs.: *Salud* 2000 2003;94:5-15

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los andaluces se mueren más y antes que el resto de los españoles. No porque se permitan lujos desde antiguo, como la financiación pública del cambio de sexo. En Andalucía se han hecho cosas envidiables, pero en conjunto asombra pensar que eso sería lo que harían los socialistas si recuperasen el poder. El autor hace un repaso a la política teórica y práctica de los socialistas en Andalucía, y demuestra cómo se ha doblado el gasto en servicios "externalizados" (privatizados), por ejemplo en sectores tipo hemodiálisis y transporte, y cómo se está apoyando a los hospitales de la Orden de San Juan de Dios, aparentemente sin lucro y para pobres, pero con desarrollo en el Aljarafe sevillano, donde no viven pobres precisamente.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-3.754 **Is the Mediterranean diet relevant to myocardial infarction? Olive oil consumption versus geographical latitude**

(Lo importante de los países mediterráneos puede ser la latitud, no el consumir aceite de oliva)

Autores: Jongbloet PH

Revista/Año/Vol./Págs.: *Int J Epidemiol* 2003;32:878-9

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: El autor es holandés, de Nijmegen, y participa en una discusión, en la revista, acerca del valor protector del aceite de oliva frente al infarto de miocardio. Manda una carta al director y plantea una hipótesis alternativa, que tiene que ver con "el lugar en que crecen los olivos", y no con el aceite de oliva. Es decir, lo importante es la latitud y la asociación que ello conlleva respecto a las ovulaciones en las hembras de mamíferos. Como no sabemos mucho acerca de la historia natural y etiología del infarto de miocardio, pudiera ser importante.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: MPF

S-3.755 **Hot tube use during pregnancy and the risk of miscarriage**

(El uso del hidromasaje se asocia a más abortos)

Autores: Li DK, Javenc T, Odouli R, Liu L

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Epidemiol* 2003;158:931-7

Calificación: *Bueno*

Comentario: En este trabajo de casos-controles se analizó la frecuencia del aborto en las primeras 20 semanas de gestación al tener en cuenta el uso de bañeras de hidromasaje, jacuzzis y similares. Se demuestra que se duplica el riesgo de aborto si se utiliza el hidromasaje, sobre todo al comienzo del embarazo. Los datos se obtuvieron mediante entrevista personal con mujeres que hubieran tenido una prueba de embarazo positiva en la iguala de la Kaiser, en California. De 2.729 mujeres se pudo entrevistar a 1.063. El efecto es más evidente cuanto más precoz es el uso del hidromasaje asociado al embarazo.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: MPF

S-3.756 **Invited commentary: Hot tubes and miscarriage. Methodological and substantive reasons why the case is weak**

(La asociación entre el hidromasaje y el aborto es, probablemente, espúrea)

Autores: Herta-Piccioito I, Howards PP

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Epidemiol* 2003;158:938-40

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: El trabajo previo (S-3.755) tiene puntos flacos evidentes que utilizan las autoras de este comentario para poner en duda el efecto abortivo del hidromasaje. Así, destacan la baja respuesta y participación, de sólo un 39%, sin poder saber la fecha de probable embarazo de las no participantes, pues se partió de la respuesta positiva en el laboratorio a la prueba de embarazo en orina. Además, no es fácil saber la fecha de embarazo, en cualquier caso, dada nuestra ignorancia respecto a la historia natural de algo tan frecuente. No hubo asociación con la presencia de fiebre, a pesar de ser el aumento de temperatura la hipótesis sobre el efecto del hidromasaje.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: MPF

S-3.757 **Respond to "No link between hot tubs and miscarriage"**

(Vale la pena difundir la posible asociación entre el uso del hidromasaje y el aborto)

Autores: Li DK, Janevic T, Odouli R, Li L

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Epidemiol* 2003;158:941

Calificación: *Informativo*

Comentario: Los autores del trabajo (S-3.755) que son criticados en el artículo (S-3.756) se defienden. Estudian el efecto de distintas situaciones sobre la incidencia del aborto temprano, y demuestran el impacto de la exposición a campos magnéticos, y del uso de antiinflamatorios no esteroideos. No demuestran ningún efecto de la hipertermia, pero citan a los que sí han encontrado asociación entre ambas y el aborto. Reconocen los puntos débiles de su estudio, pero insisten en que la asociación existe. Invitan a que entre tanto se difunda la probable asociación entre el uso del hidromasaje y el aborto en las fechas iniciales del embarazo.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MPF

S-3.758 **Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una cohorte de afectados por el síndrome tóxico**

Autores: Gómez A, Gómez MA, Ferrando P, Barianca MT, Abiatua I, Posada M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(11):405-7

Calificación: *Bueno*

Comentario: En 1981, 20.688 personas fueron afectadas por el síndrome del aceite tóxico (SAT), debido a la ingestión de aceite de colza desnaturalizado. La mitad de ellas se encuentran en una fase crónica, con afección muscular, esclerodermia y neuropatía, con una percepción subjetiva de mala salud y graves secuelas psicológicas. En este trabajo, se observa que los pacientes con SAT presentan una prevalencia de factores de riesgo cardiovascular mayor que la población general. No obstante, a pesar de que en ellos la mortalidad fue mayor hasta 1983, desde entonces es significativamente menor, sin que se haya encontrado ninguna explicación a este hecho.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: MARL

S-3.759 **¿Está indicado el tratamiento combinado con anticoagulantes orales y antiagregantes en la prevención secundaria del infarto agudo de miocardio?**

Autores: Fortuna J, Agustí A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(11):433-5

Calificación: *Bueno*

Comentario: No siempre mayor agresividad terapéutica es más efectiva (y con frecuencia ocurre lo contrario, al menos a nivel de Atención Primaria). En la práctica clínica habitual, en relación con la prevención secundaria del infarto agudo de miocardio, lo más efectivo es el AAS a dosis bajas (80-160 mg). En casos muy seleccionados, de alto riesgo y facilidad para un control óptimo de la coagulación, podría ser útil añadir una anti-coagulación moderada. A efectos prácticos en nuestro medio, 100 mg de AAS son suficiente para todos los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: MARL

S-3.760 **Carcinoma basocelular en usuarias de salones de bronceado: riesgos del uso de lámparas de ultravioleta**

Autores: Tercedor J, Linares M, López B

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(11):436-7.

Calificación: *Bueno*

Comentario: El riesgo de desarrollar melanoma maligno y carcinomas basocelulares y epidermoides en usuarios de salones de bronceado (rayos ultravioleta) es conocido. En este trabajo se describe la aparición de cáncer basocelular en dos mujeres de Granada, usuarias de estos salones, muy jóvenes: una de 28 y otra de 23 años. Esto de las modas... El sol suele ser agradable, pero siempre tomado con moderación, como todo. Y los recursos artificiales para broncearse habría que considerarlos con mucha cautela.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: MARL

S-3.761 **Cámara de retina no midriática: estudio de coste efectividad en la detección temprana de la retinopatía diabética**

Autores: Sender MJ, Monserrat S, Badría , de la Puente ML, Foz M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(12):446-52.

Calificación: *Bueno*

Comentario: La retinopatía diabética se presenta en el 18%-46% de los diabéticos y puede llevar a la ceguera. Conviene diagnosticarla pronto, y tratarla adecuadamente, por lo que suele recomendarse la realización de una exploración oftalmológica anual, realizada habitualmente mediante oftalmoscopia directa con dilatación capilar. Pero puede realizarse también mediante fotografía de fondo de ojo con cámara no midriática, que según los resultados de este estudio es más efectiva, sencilla, cómoda y barata. Sobre todo se ahorra en personal y en tiempo. El coste de la cámara es de 18.590e, algo más de 3 millones de las antiguas pesetas.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MARL

S-3.762 **Familiarity breeds neglect? Unanticipated benefits of discontinuous primary care (Las ventajas de la discontinuidad)**

Autores: Broom DH.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract* 2003; 20:503-7

Calificación: *Bueno*

Comentario: No hay fundamento científico para el cribaje de la diabetes tipo 2 (para la realización indiscriminada de glucomías). El autor, australiano, acepta la utilidad del cribaje, en mayores de 65 años, y/o cuando hay dos factores de riesgo. Lo demás del estudio es muy interesante, pues explora las circunstancias del diagnóstico de diabetes tipo 2 en 179 pacientes, de los que 89 (74%) dan información al respecto. De estos últimos, el 65% (58) fue diagnosticado como diabéticos en circunstancias en que se rompió la continuidad de la atención (urgencias, ingreso hospitalario, cambio de médico, iniciativa explícita del pacientes).

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-3.763 **Is it possible to diagnose acute otitis media accurately in primary health care? (La dificultad del diagnóstico apropiado de otitis media)**

Autores: Blomgren K, Pitkäranta A.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract* 2003; 20:524-7

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La otitis media se está convirtiendo en una plaga. Sobre todo porque con el diagnóstico se justifica el tratamiento con antibiótico (craso error, excepto en menores de 2 años, o cuando los síntomas duran más de 48 horas). Los autores, finlandeses, presentan los resultados de examinar 50 niños de una media de edad de 5 años, con sospecha de otitis media, primero por el médico general de guardia, y luego por un otorrinolaringólogo (ORL). El ORL diagnostica otitis media en el 44% de los casos; el médico general en 64%. Dos pediatras examinan luego las fotografías, y sólo hay un kappa de 0,6 si se examinan las fotografías y el timpanograma.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-3.764 *Community genetics and community medicine* (Genética y Medicina General)

Autores: Knottnerus JA.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract* 2003; 20:601-6

Calificación: Bueno

Comentario: La genética se nos echa encima. El autor, holandés, estima que el impacto se hará visible entre el 2005 y el 2020. Ya sale en los periódicos el BRCA gen asociado a cáncer de mama, y pronto veremos más. Este trabajo es una revisión poco concreta de lo que nos espera. Está bien leerla, pues permite hacerse idea de los campos en los que necesitamos más formación (consejo genético, problema éticos, coste-efectividad, riesgo atribuible y demás). La cosa es simple respecto a enfermedades monogénicas (hemofilia, por ejemplo) pero más difícil respecto a enfermedades poligénicas multifactoriales (hipertensión, por ejemplo).

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: JG

S-3.765 *Inflammation, hypertension and the metabolic syndrome* (La hipótesis inflamatoria en la etiología de la hipertensión)

Autores: Grundy SM.

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2003; 290:3000-2

Calificación: Informativo

Comentario: Cuando hablamos de hipertensión creemos estar hablando de una enfermedad, pero se trata de un factor de riesgo, tan solo. El autor de este editorial comenta un trabajo en el mismo número en el que se demuestra una asociación entre el nivel de partida de proteína C reactiva en sangre y el desarrollo de hipertensión. Es el grupo de enfermeras estadounidenses seguidas durante 8 años (20.525 mujeres). Pudiera ser que la proteína C reactiva elevada expresara parte del síndrome metabólico (obesidad, dislipidemia, hipertensión, resistencia a la insulina y aumento de trombosis). O que, incluso, la elevación de la proteína C reactiva provocara una reacción vascular, por menor síntesis de óxido nítrico endotelial, con hipertensión consecuente.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-3.766 *Issues facing clinical trials of the future* (Las dificultades al pasar los resultados de los ensayos clínicos a la práctica diaria)

Autores: Califf RM

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Intern Med* 2003; 254:426-33

Calificación: Excelente

Comentario: Los ensayos clínicos producen conocimiento, pero no son la panacea. El autor, de la Universidad Duke, EE.UU. ha revisado los problemas a los que se enfrentan los clínicos que quieren utilizar los resultados en los ensayos (en *Circulation* S-3.386, S-3.387). En este trabajo hace una síntesis sencilla y simple, muy clara y didáctica, sobre la misma cuestión. Propone, por ejemplo, que no exista la falsa dicotomía entre investigación y atención clínica. Son aspectos complementarios y es muy importante la formación de redes de investigación en la práctica clínica diaria.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-3.767 *Self-management of oral anticoagulation: long-term results* (El autocontrol de los anticoagulados, una mejora de la atención)

Autores: Sawicki PT, Gläser B, Kleespies C, Stubbe J, Schmitz N, Kaiser T, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Intern Med* 2003; 254:515-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: La sección de "cartas al director" es una caja de sorpresas. Por ejemplo, por la publicación de un trabajo muy bueno, alemán, de seguimiento durante cinco años de pacientes con tratamiento anticoagulante. El grupo experimental es de autocontrol. Al comienzo del trabajo, en el grupo experimental, sólo conseguían un control adecuado al 29% de los pacientes; la cosa mejora, hasta llegar al 62% al cabo de los cinco años. Pero hay algo mejor: el autocontrol disminuye el riesgo de hemorragia, y obtiene riesgo de tromboembolismo comparable al de los pacientes con los hematólogos.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-3.768 *Human population: the next half century* (La población humana: más vieja y con familias menos estructuradas)

Autores: Cohen JE.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Science* 2003; 302:1172-5

Calificación: Muy bueno

Comentario: En la estructura de los servicios sanitarios solemos incluir sólo a los recursos humanos y materiales profesionales. Sin embargo, la población es un importantísimo componente de la estructura sanitaria que por su educación y organización social resuelve gran parte de los problemas de salud. En este trabajo se analiza el futuro de la población mundial, que crecerá un máximo de 4.000 millones pues ha disminuido la fertilidad. Los cambios más aleatorios son respecto a migraciones y a estructura familiar (hijos únicos que no tendrán ni hermanos, ni casi primos ni tíos).

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-3.769 *Prospective medicine: the next health care transformation* (Atención prospectiva, una atención centrada en la prevención)

Autores: Snyderman R, Williams S.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Acad Med* 2003; 78:1079-84

Calificación: Bueno

Comentario: La salud no es lo más importante del mundo para mucha gente, pero sí lo es para los profesionales sanitarios. De ahí la diferente perspectiva de muchos pacientes respecto a sus médicos. Los autores, de la Universidad Duke, piensan que la Medicina debería cambiar, para ofrecer un plan de prevención y promoción de la salud ajustado a cada individuo. Es decir, valorar: a) bajo riesgo (educación, información), b) alto riesgo (modificación de la conducta y c) enfermedades presentes (cuidado y curación, cuando sea posible). Fian mucho a la nueva genética y el nuevo diagnóstico por imagen.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-3.770 *The discovery of HIV as the cause of AIDS*

(La historia del descubrimiento del virus del sida)

Autores: Gallo RC, Montagnier L.

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2003; 349:2283-5

Calificación: Informativo

Comentario: Es muy bonito este artículo, que relata la experiencia personal de sus dos autores y sus dos laboratorios (en EE.UU. y en Francia). En ambos casos se dedicaban al estudio de retrovirus en linfocitos T, en relación con leucemias. Ello les permitió tener a punto todos los métodos y herramientas para llegar a identificar los virus de leucemia de células T humanas (HTLV-1 y HTLV-2) como la causa del sida. Pronto se vió que esto era un error, pero se pudo identificar al virus realmente causal, muy parecido, el VIH. Desde 1984 parece clara la cuestión, pero hay quien todavía duda.

Referencias bibliográficas: 2

Revisor: JG

S-3.771 *Case 38-2003: a 12-year-old girl with fever and coma*

(Un caso de meningitis meningocócica)

Autores: Warren HS, González RG, Tian D.

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2003; 349:2341-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los casos clínicos del *New England* suelen ser interesantes, pero a veces, además, son ilustrativos de casos que hemos visto en nuestra propia práctica clínica. Este es un buen ejemplo, el de una chiquilla de 12 años con un cuadro de fiebre y vómitos, a veces con pérdida de conciencia. Empezó con tos, dolor de garganta y rinorrea una semana antes. Hubo que llevarla a cuidados intensivos cuando entró en coma, con midriasis (más la pupila izquierda) y arreflexia pupilar. Además tuvo espasticidad muscular. Y, al final, manchas purpúreas en cara anterior de brazo. Murió por meningitis meningocócica con edema cerebral intenso.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-3.772 *How many conditions can a GP screen for? Evidence based information on diagnostic test will help*

(Más y mejor información para más y mejor proceso diagnóstico)

Autores: Del Mar C, Glaszion P.

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2003; 327:1117

Calificación: Bueno

Comentario: En el trabajo diario de médicos hay que establecer prioridades, y tener el conjunto en mente, para aprovechar la continuidad de cuidados propia de la Medicina General, y ofrecer todo al cabo del tiempo. Los autores de este editorial comentan un artículo en el mismo número de una prueba diagnóstica para depresión. La cosa es interesante y necesitamos más pruebas de que las rutinas que tenemos acerca del estudio de la historia y exploración producen el mejor rendimiento. Parece que se inicia, pues, una nueva ola de "Medicina Basada en Pruebas", acerca del valor de los métodos diagnósticos.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-3.773 *The criminalisation of fatal medical mistakes. A social intolerance of medical mistakes has caused them to be criminalized*

La criminalización de los errores médicos

Autores: Holbrook J.

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2003; 327:1118-9

Calificación: Excelente

Comentario: Los errores y accidentes médicos sirven de acicate para mejorar la calidad. Hay errores criminales, por repetidos, advertidos y graves. Pero no podemos criminalizar todo error médico. Es decir, como sostiene el autor del editorial, reconocer el error, indemnizar a la víctima (o familiares) y emprender acciones para que no se repita es, y debe ser, lo habitual. Es raro el ánimo de dolo, de hacer daño; es raro el médico que es un criminal. No podemos criminalizar todo error. La intolerancia frente al error debe dirigirse al sistema, la estructura y las rutinas, y sólo contra lo que hace dejación de responsabilidades o tienen dolo.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-3.774 *¿Regreso de la infección por Haemophilus influenzae b?*

Autores: Campos J, Aracil B

Revista/Año/Vol./Págs.: *An Pediatr (Barc)* 2003;59:425-8

Calificación: Bueno

Comentario: Seguimos teniendo casos de meningitis por *H. influenzae* serogrupo b, a pesar de vacunar correctamente con la vacuna conjugada de Hib, como comentan los autores. En el 40% son casos en los que se encuentran causas predisponentes, como prematuridad, o inmunodeficiencia. La alarma ha empezado en el Reino Unido, seguido en Holanda. Se achaca en el primero a la reducción de vacunación y al uso combinado de vacunas conjugadas de Hib con otras, sobre todo con la vacuna acelular de *Bordetella pertussis*. Las cepas de Hib españolas circulantes son las más resistentes a antibióticos del mundo.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MPF

S-3.775 *Circuncisión infantil: revisión de la evidencia*

Autores: Puig C, García-Algar O, Vall O

Revista/Año/Vol./Págs.: *An Pediatr (Barc)* 2003;59:448-53

Calificación: Muy bueno

Comentario: La circuncisión es beneficiosa, como demuestran los autores de esta revisión, del Hospital del Mar, aunque el beneficio es menor y no justifica su recomendación médica sistemática. En el texto se destacan las razones para su difusión en

la sociedad anglosajona del siglo XIX, asociada a la mutilación del clitoris (para prevenir la presentación de la epilepsia). Parece que la circuncisión disminuye las infecciones urinarias en los niños, y el contagio por papilovirus y por VIH en los adultos y, desde luego, elimina la fimosis y paraquimosis. Puede producir hemorragia e infección, tras la intervención, sobre todo si no lo hace alguien en condiciones higiénicas.

Referencias bibliográficas: 43

Revisor: MPF

S-3.776 *The cost effectiveness of screening mammography beyond age 65 years: a systematic review for the US Preventive Task Force*

(La mamografía cada dos años puede ser coste efectiva en mujeres mayores de 65 años sanas)

Autores: Mandelblatt J, Saha S, Teutch S, Hoerger T, Siu AL, Atkins D, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2003;139:835-42

Calificación: Bueno

Comentario: Después de los 65 años todo bulto que aparezca en una mama es, en principio, un cáncer, de forma que la mamografía ayuda, pero poco, en el diagnóstico precoz. No obstante, los autores revisan los 10 estudios de calidad que encuentran al respecto y demuestran que el coste por año de vida añadido al implantar la mamografía cada dos años no es demasiado caro, desde el punto de vista social. Dos estudios sugieren que el cribaje se debería hacer sólo en mujeres sanas. Como siempre, se echa en falta más información sobre la evolución natural de la enfermedad y sobre las preferencias de las pacientes acerca de ventajas e inconvenientes.

Referencias bibliográficas: 45

Revisor: MPF

S-3.777 *Continuity of care: a multidisciplinary review*

(La continuidad de cuidados, desde el punto de vista del paciente y del profesional)

Autores: Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2003;327:1219-21

Calificación: Muy bueno

Comentario: Este trabajo canadiense, tiene versión íntegra en www.chrsf.ca/docs/finalrpts/index_e.shtml comre. Lo más interesante es que analiza la continuidad desde la perspectiva de pacientes y familiares, y desde la de los profesionales. Para los primeros es la sensación de que el profesional sabe su historia previa, de que los diferentes profesionales están de acuerdo en el plan de cuidados, y de que alguien que los conoce será quien se encargue de su atención en el futuro. Para los profesionales es sentir que saben lo suficiente del paciente, y que sus cuidados se reconocerán y serán aceptados y continuados por otros profesionales.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: MPF

S-3.778 *Biopsia selectiva del ganglio centinela en pacientes con carcinoma oral: estudio piloto*

Autores: Anmella J, Fraile M, Salavert A, Bara J, Vallejos V, Riba J, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(12):453-4.

Calificación: Bueno

Comentario: La hipótesis del ganglio centinela (GC) presupone que existe un ganglio inicial-principal por el que se iniciaría la metastatización linfática de los tumores. En caso de que dicho ganglio fuese negativo, se podría evitar la linfadenectomía correspondiente. La hipótesis del GC ha sido probada con éxito en el cáncer de mama y en melanoma, y está siendo probada en otros tipos de cáncer, como se hace en este estudio relativo al cáncer oral, también con éxito. Para determinar el GC hay que realizar una linfogammagrafía prequirúrgica.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: MARL

S-3.779 *Valor de la prueba del virus del papiloma humano en el diagnóstico y cribado de la neoplasia cervical*

Autores: Muñoz N

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(12):455-6

Calificación: Bueno

Comentario: El virus del papiloma humano (VPH) tiene un papel central en el desarrollo del cáncer cervical. No hay cáncer de cérvix si no hay infección por el VPH. La citología como método de cribado tiene escasa sensibilidad y reproductibilidad. En este editorial se revisa el valor de la prueba del VPH en el diagnóstico y cribado del cáncer de cérvix. La negatividad de la prueba prácticamente descarta la existencia de lesión cervical. No se plantea la supresión de la citología por la prueba del VPH, sino su complementariedad, para aumentar su eficacia (otra cuestión es a quién hay que cribar y cómo).

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: MARL

S-3.780 *Quimioprevención del cáncer*

Autores: Grau JJ, Cruz-Hernández JJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(12):457-8.

Calificación: Bueno

Comentario: Editorial en el que se abordan las posibilidades en la quimioprevención del cáncer. Desde que aparece la primera célula neoplásica hasta que el tumor tiene 1 cm, suelen pasar de 2,5 a 7,5 años, fase en la que se podría actuar para evitar el desarrollo del tumor. La FDA americana tiene autorizados ya tres fármacos para la quimioprevención: tamoxifeno en el cáncer de mama, celecoxib en el colorrectal y diclofenaco en gel para el cáncer escamoso cutáneo secundario a queratosis actínica; además, la aspirina previene los pólipos adenomatosos de colón. En fin, nuevas posibilidades preventivas en el cáncer, a las que se deben añadir las vacunas antitumorales ya en desarrollo.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: MARL

S-3.781 *Calidad de vida en los pacientes con síncope vasovagal. Influencia de parámetros clínicos*

Autores: Barón G, Cayuela A, Gómez S, Aguilera A, Campos A, Fernández M, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003; 121(7):245-9.

Calificación: Bueno

Comentario: Hay situaciones clínicas que, a pesar de su presu- mible intrascendencia, suponen una importante pérdida de ca-

lidad de vida. Eso es lo que ocurre con los pacientes con síncope vasovagal. En este estudio de Sevilla donde existen 271 pacientes con este cuadro, se observa que tienen una calidad de vida menor que la población general y similar a los pacientes con insuficiencia cardíaca; la calidad de vida es peor en las mujeres, en los que han tenido más episodios y empeora con la edad. Estos pacientes suelen presentar una intensa preocupación y a veces desarrollan conductas de evitación bastante restrictivas de su actividad normal.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: MARL

S-3.782 *Economy class syndrome. Too much flying or too much sitting?*

(Los viejos, obesos y con trombosis previas deben caminar cuando viajen sentados largo rato)

Autores: Dalen JE

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2003;163:2674-6

Calificación: Bueno

Comentario: Es lo que se llama "síndrome de la clase turista", por su mayor prevalencia entre los que van más enlatados, en clase económica. El autor de este editorial comenta tres trabajos publicados en ese número acerca de esta cuestión, uno de ellos madrileño. Queda claro que el volar, sobre todo más de 8 horas, o más de 4.000 kilómetros, es un riesgo para los mayores de 50 años, obesos, o con antecedentes de trombosis. La incidencia del embolismo pulmonar es muy pequeña, de 0,4 casos por millón de pasajeros.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-3.783 *What do good doctors try to do?*

(El buen médico general utiliza el conocimiento adecuado y la humanidad necesaria)

Autores: Hurts JW

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2003;163:2681-6

Calificación: Excelente

Comentario: Es difícil ser un buen médico general, y algunos no lo lograremos nunca en la vida. En este bellissimo trabajo el autor resume 50 años de trabajo clínico para hacer un repaso a lo fundamental de dicho trabajo. Lo importante es dar contenido científico a la atención, pero sobre todo, aplicarlo adecuadamente a las necesidades del paciente concreto, con una valoración de lo que la enfermedad significa para el paciente y sus familiares. El paciente cree en la ciencia del médico, y éste debe tomar decisiones apropiadas incluso cuando no hay información adecuada, o suficiente. Nunca debe faltar la calidez y la humanidad, claro.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-3.784 *Hypertension control. How well are we doing?*

(El control de los hipertensos ha mejorado, pero está lejos de lo deseable)

Autores: Borzecki AM, Wong AT, Hickey EC, Ash A, Berlowitz DR

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2003;163:2705-11

Calificación: Bueno

Comentario: La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular que deberíamos intentar controlar sin excusas en pacientes

con diastólicas de más de 110 mmHg, pues es el grupo en mayor peligro. Lo mismo en pacientes diabéticos y en pacientes renales. Lo malo es que los médicos andamos siempre distraídos, con hipertensos leves obedientes, y así van de mal las cosas. Este trabajo compara el seguimiento de 800 hipertensos entre 1990 y 1995, con el de 981 pacientes en 1999. En 1999 el 57% de los pacientes tiene más de 140/90 mmHg, contra el 69% en el periodo anterior. Los diabéticos no se distinguen por su mejor control; los pacientes renales sí.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-3.785 *The crucial link between literacy and health*

(El analfabetismo se asocia a mala salud)

Autores: Wilson JF

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2003;139:875-8

Calificación: Excelente

Comentario: Los pacientes son tan analfabetos como los médicos. Quiero decir, hay miles de médicos que vomitan ante una tabla con resultados de un ensayo clínico, de la misma forma que miles de pacientes vomitan frente a nuestras explicaciones orales y escritas, que no entienden. Se trata del analfabeto funcional, que no es capaz de sacar el provecho debido de las posibilidades del sistema sanitario. Este fracaso pasa inadvertido en la mayoría de los casos, y los médicos no nos enteramos. El coste en sufrimiento y vidas es similar al del tabaquismo, lo que da idea del problema. Necesitamos ser más sencillos, y estar abiertos a los pacientes que no nos comprenden, o que no interpretan lo que decimos, y menos si lo damos por escrito.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-3.786 *Cancer vaccine targets leukemia*

(Las vacunas contra la leucemia no son sólo cosa de charlatanes)

Autores: Donnelly J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Nature Med* 2003;9:1354-6

Calificación: Bueno

Comentario: De vez en cuando sale en la prensa la noticia acerca de alguien que se está haciendo rico a costa de la credulidad de pacientes cancerosos incurables, a los que vende una vacuna o similar. Estas noticias desacreditan antes de tiempo los intentos serios de producir vacunas, o cualquier método de inmunoterapia útil en el tratamiento de algunos cánceres. En esta noticia se comenta un poco todo lo que se mueve alrededor de este mundo científico, en concreto frente a la leucemia aguda promielocítica, a propósito de un trabajo sobre ratones que se publica en el mismo número.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-3.787 *Buenos días, señor visitador. ¿Algo nuevo que contar? Análisis de las especialidades farmacológicas presentadas por la industria farmacéutica en una Área Básica de Salud*

Autores: Baena JM, López C, López D, Martínez JL, Ellacuría A, Fuentes S

Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Primaria* 2003;32:557-62

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La formación continuada de los médicos españoles depende básicamente de la industria farmacéutica, que le mantiene al día y mantiene todas las actividades docentes. Este patrocinio no puede ser desinteresado, aunque no tiene por qué ser maligno. Los autores, de un centro urbano barcelonés, se molestaron en recoger y analizar las presentaciones de productos que les hicieron los visitantes a lo largo de un año. Hubo pocas novedades (7%), de los que la mayoría (71%) no aportaban nada nuevo, y sólo el 3% una importante mejora. Los medicamentos presentados eran más caros y de menor valor intrínseco que los utilizados en dicho centro de salud.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-3.788 *La regulación de la visita médica: necesaria pero no suficiente*

Autores: *Madridejos R*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Primaria 2003;32:562-3*

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La regulación oficial de la visita médica deja poco margen a que las cosas se hagan en plan chapuza. Pero una cosa es la teoría y otra la práctica. Por ambos lados se busca lo fácil, y así nos va. La autora de este texto comenta el artículo previo, y destaca el grave problema que genera la excesiva "cercanía" con el médico del representante y de la industria. El médico ve en ello una ventaja, pues facilita el movimiento en un terreno resbaladizo en el que es posible la obtención de "ventajas personales". La industria ve en ello un trabajo más sencillo, menos profesional y más querido por los médicos.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-3.789 *El papel de los sistemas de clasificación de pacientes en la financiación de las urgencias hospitalarias*

Autores: *Peiró S, García-Sempere A*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit 2003;17:441-3*

Calificación: *Bueno*

Comentario: Las urgencias hospitalarias son el refugio de todos los pacientes, leves y graves. Los autores de este editorial aprovechan la publicación de un artículo sobre el uso de la clasificación de pacientes *Ambulatory Patients Group* para dar un repaso a la cuestión. Lo tremendo es que las urgencias ya tienen un uso de 500 visitas por 1.000 habitantes y año como expresión del fracaso de la primaria, en mi opinión. El pago no debería promover más uso para cosas más leves, sino primar la calidad, especialmente la buena atención a los pacientes realmente necesitados de una atención urgente.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-3.790 *Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de Atención Primaria*

Autores: *Cebriá J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit 2003;17:483-9*

Calificación: *Bueno*

Comentario: La prescripción de los médicos depende de múltiples factores, empezando por las enfermedades de los pa-

cientes que atienden. En este trabajo se interesan por un aspecto diferente: la influencia del cansancio profesional, del estar quemado. Encuestan mediante entrevista directa a 220 médicos de Atención Primaria, sobre características personales y sobre cansancio profesional, y después analizan su gasto farmacéutico en el año 2000. Gastaron una media de 264.627 euros, a razón de 152 euros por paciente en el cupo. Hubo más gasto al aumentar la edad, los años de permanencia, el tener plaza fija, el trabajar en una ciudad y el estar quemado.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-3.791 *Interacciones farmacológicas detectadas en una farmacia comunitaria*

Autores: *Barris D, Rodríguez C, Sabio B, Garrido B*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Pharm Care Esp 2003;5:261-7*

Calificación: *Bueno*

Comentario: Nuestros pacientes siguen regímenes farmacéuticos casi increíbles, por su complejidad. En este trabajo se preguntan por algo más interesante, las interacciones. Hacen un seguimiento durante ocho meses de todo lo que dispensan en una farmacia malagueña, con un programa informático del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Encontraron un total de 203 interacciones, sobre todo respecto a automedicación y a pacientes en seguimiento en la farmacia (por enfermedades crónicas). Hay casos muy interesantes, como el uso de AINE en pacientes hipertensos, o el problema de utilización conjunta de alopurinol y diuréticos tiazídicos.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-3.792 *Clinical efficacy of three common treatments in acute otitis externa in primary care: randomised controlled trial*

(En la otitis externas, esteroides en gotas)

Autores: *Balen FAM, Smit WM, Zuithoff NPA, Verheij TJM*

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ 2003;327:1201-3*

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: En las otitis agudas externas no hay una pauta terapéutica definida, y se puede desde lavar con vinagre a dar antibióticos por vía local. Los autores, holandeses, se animaron a realizar un ensayo clínico, e invitaron a 143 médicos generales, de los que participaron 79 con 213 pacientes adultos con otitis externa aguda. Se emplearon tres gotas tres veces al día de ácido acético, corticoides más ácido acético o corticoides más antibióticos. Las gotas de ácido acético fueron las que obtuvieron peor resultado, tanto a tiempo de síntomas como a tasa de curación y de recidivas. Así pues, parece que las populares gotas con corticoides y antibióticos (polimixina y neomicina) son una buena alternativa.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-3.793 *El futuro de las intervenciones no farmacológicas en Atención Primaria*

Autores: *Palomo L*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Escuela Méd 2003;6:14-6*

Calificación: *Bueno*

Comentario: La terapéutica médica parece haberse reducido a los medicamentos y la cirugía, pero todavía abarca una enorme variedad de elementos, desde radiológicos al agua, pasando por la palabra del profesional. En este texto un médico rural, de Coria (Cáceres) hace un bonito alegato acerca de las alternativas científicas de las intervenciones no farmacológicas, que a veces dependen del saber popular bien

entendido, y a veces son prácticas profesionales mal aceptadas. En algunos casos, como el cuidado del niño sano, se ha pretendido, con mucho éxito, transformar a la población en dependiente de unos cuidados científicos médicos.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG