

**S-3.890** *Effect of folic acid fortification of food on homocysteine-related mortality***(A más ácido fólico en la comida, menos homocisteína en sangre, pero igual mortalidad cardiovascular)****Autores:** Anderson JL, Jensen KR, Carlquist JF, Bair TL, Horne BD, Muhlestein JB**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2004;116:158-64**Calificación:** Buena**Comentario:** Los autores se han financiado en parte con una beca de Abbott para estudiar el impacto de la fortificación de los alimentos con ácido fólico (se obligó en EE.UU. desde 1998) en la mortalidad cardiovascular. Estudiaron a 2.481 pacientes consecutivos a los que se les hizo una angiografía coronaria, por isquemia de miocardio. Al comparar el período previo con el posterior a la fortificación se demuestra una disminución de la concentración plasmática de homocisteína (de 13,8 a 12,3 micromoles), y un menor porcentaje de pacientes con niveles por encima de 15 micromoles (de 41% a 28%). Pero la mortalidad no varió.**Referencias bibliográficas:** 30**Revisor:** MPF**S-3.891** *The end of the disease era***(No hay enfermedades, sino enfermos)****Autores:** Tinetti ME, Fried T**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2004;116:179-85**Calificación:** Excelente**Comentario:** Conviene recordar de vez en cuando a Marañón, al que no citan los autores en su excelente texto, para no olvidar que los pacientes sólo reciben atención "orgánica mecanizada" (en el mejor de los casos). Ponen varios ejemplos de falta de tratamiento (pues los pacientes "no cumplen "criterios diagnósticos"), de exceso de tratamiento (hasta 15 medicamentos, según las guías, a un paciente con hipertensión, diabetes, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio y osteoporosis), y de tratamiento incorrecto (el paciente con neumonía en el hospital, al que sólo se le trata la misma con olvido de todo lo demás). El texto es un alegato en favor de una medicina humana, que quizá fía demasiado a la capacidad de decisión del paciente.**Referencias bibliográficas:** 40**Revisor:** MPF**S-3.892** *The demise of disease? I don't think so***(Las enfermedades existen; los enfermos, también)****Autores:** Foster DW**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2004;116:186-7**Calificación:** Muy buena**Comentario:** Este editorial se dedica a comentar el artículo previo (S-3.891) e intenta templar gaitas para no llegar al extremo de considerar que las enfermedades deben desaparecer

como concepto que ayude en la mejora de la salud. Además, deja muy claro que el paciente no puede llegar a enfrentarse solo a la información científica. Emplea un buen ejemplo, el del antiguo director del New England, Ingelfinger, que siendo gastroenterólogo buscó un buen médico que le llevara cuando tuvo un carcinoma de esófago (se sintió incapaz de tomar una decisión racional). Los pacientes necesitan médicos de cabecera bien formados y humanos. ¿Lo somos?

**Referencias bibliográficas:** 6**Revisor:** MPF**S-3.893** *Timely initiation of basal insulin***(El uso de la insulina en una sola dosis diaria)****Autores:** Riddle MC**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2004;116(3A):3S-9S**Calificación:** Buena**Comentario:** En un suplemento especial sobre diabetes se propone el uso "piadoso" de la insulina, y del tratamiento anti-diabético en general. Por ejemplo, este texto revisa la enorme utilidad de la insulina NPH, o de la ultralenta en una sola inyección diaria. Todavía recuerdo a los endocrinólogos pidiendo que acribilláramos a los diabéticos con cientos de pinchazos, de la insulina y para la determinación de la glucemia. Pues, no, no es necesario ni está justificado. Lo lógico en la diabetes tipo 2 es combinar el tratamiento oral con la insulina, y emplear la insulina en la forma más cómoda y eficiente, para lo que basta y sobra con una sola inyección diaria.**Referencias bibliográficas:** 21**Revisor:** MPF**S-3.894** *Anemia y parámetros relacionados en pacientes de una unidad de insuficiencia cardíaca multidisciplinaria***Autores:** Urrutia A, Lupón J, González B, Parajón T, Altamir S, Coll R, et al.**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(4):121-5**Calificación:** Buena**Comentario:** La insuficiencia cardíaca (IC) es frecuente en la población de edad avanzada, y la coexistencia de anemia, además de frecuente, se correlaciona con la gravedad y el pronóstico. En este estudio se observa una prevalencia de anemia en la IC del 30%, mayor si más edad, mujer, peor clase funcional, peor calidad de vida, aumento de creatinina y/o colesterol bajo. La IC puede producir anemia por múltiples mecanismos, y la anemia contribuye a la IC, a través del aumento del gasto cardíaco (vasoconstricción y taquicardia) y originar insuficiencia renal. Todo un círculo vicioso, que pasa por prevenir la IC y tratarla de forma adecuada junto a todo lo que la acompaña.**Referencias bibliográficas:** 12**Revisor:** MARL

### S-3.895 *Decisiones terapéuticas en los pacientes hospitalizados*

**Autores:** Baré M, Jordana R, Toribio R, Montull S, Solá J, Torné E, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(4):130-3

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** ¿Las decisiones terapéuticas se basan en la evidencia científica? Según este estudio, a partir de 980 informes de altas hospitalarias de medicina, para el 65,4% de los pacientes y el 55,7% de las decisiones terapéuticas existía un nivel I de evidencia respecto a qué hacer (el 32,6% de pacientes se consideró que no haber aplicado el tratamiento habría sido peor). Se han observado algunas prácticas sin ningún tipo de base científica o consenso, sobre los que deberían establecerse medidas de mejora, teniendo en cuenta la evidencia científica, los recursos existentes y los valores de pacientes, médicos y sociedad.

**Referencias bibliográficas:** 32

**Revisor:** MARL

### S-3.896 *Formación orientada a la inserción laboral de los médicos (1994-2002)*

**Autores:** Ramos A, Barroso A, Dolado R, Aliaga J, Padrós J, Bruguera M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(4):140-4

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Presentación de una experiencia del Colegio de Médicos de Barcelona orientada a fomentar el desarrollo profesional e inserción laboral de médicos en desempleo o con precariedad laboral, una vez analizadas sus necesidades. Los cursos más realizados fueron sobre monitorización de ensayos clínicos, y el 51,8% de los alumnos obtuvieron trabajo (tras hacer prácticas en una empresa). Los de Geriátrica, a pesar de su necesidad, tuvieron más dificultad en encontrar trabajo. Se señala el hecho de que en España lo más frecuente es el acceso al trabajo por vía informal, a diferencia que en Europa que es por anuncio de trabajo.

**Referencias bibliográficas:** 50

**Revisor:** MARL

### S-3.897 *Tratamiento erradicador de Helicobacter pylori y uso de antiinflamatorios no esteroideos*

**Autores:** Vallano A, Bosch M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(4):146-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Artículo de la sección preguntas y respuestas en farmacología clínica, en el que no se recomienda diagnosticar y tratar de forma sistemática la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) en todos los pacientes en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), ni en los que presentan síntomas dispépticos durante el tratamiento. En los pacientes tratados de forma crónica con dosis bajas de ácido acetilsalicílico (AAS), si presentan Hp, se ha señalado que su eliminación podría disminuir el riesgo de hemorragia gastrointestinal. Pero lo más recomendable es que los que precisen AINE de forma crónica y tengan factores de riesgo hagan siempre prevención con un gastroprotector.

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** MARL

### S-3.898 *Ranolazine and other antianginal therapies in the era of the drug-eluting stent*

**(Ranolazina un nuevo antianginoso que aumenta el ATP de la oxidación)**

**Autores:** Berger P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2004; 291:365-7

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El dolor de la angina de pecho es de lo más desagradable del mundo dolorido. Los pacientes lo llevan mal y es lógico. Muchas veces lleva a revascularización, pero no hay éxito asegurado. De ahí el interés de la ranolazina, nuevo antianginoso que favorece la oxidación de la glucosa al inhibir la de los ácidos grasos (aumenta el ATP por O<sub>2</sub> consumido). El autor del editorial comenta un ensayo clínico que demuestra la utilidad de la ranolazina, aunque hay un efecto adverso grave, el síncope. Todavía, pues, algo experimental.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

### S-3.899 *Effect of breast augmentation on the accuracy of mammography and cancer characteristics*

**(Los implantes de mama disminuyen la eficacia de la mamografía, pero no se asocian a más cáncer)**

**Autores:** Miglioretti DL, Rutter CM, Geller BM, Cutter G, Barlow WE, Rosemberg R, et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2004; 291:442-50

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los implantes mamarios son la expresión más clara de la manipulación de la mente y del cuerpo de las mujeres. De todo hay. Los autores, gringos, estudian casos de cáncer de mama en mujeres con implantes (137, contra 685 sin implantes), y las mamografías en mujeres sin cáncer (10.533 con implantes contra 974.915 sin implantes). No hay aumento del riesgo de cáncer, pero disminuye la sensibilidad de la mamografía (y la especificidad, cuando la mamografía corresponde al diagnóstico de cáncer).

**Referencias bibliográficas:** 37

**Revisor:** JG

### S-3.900 *Lowering homocysteine in patients with ischemic stroke to prevent recurrent stroke, myocardial infarction and death. The Vitaminin Intervention for Stroke Prevention (VISP) randomized controlled trial*

**(No sirve de prevención del ictus bajar la homocisteína con vitaminas)**

**Autores:** Toole JF, Malinow MR, Chambles SLE, Spence ID, Pettigrew LC, Howard VJ, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2004; 291:565-75

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las vitaminas atacan de nuevo. En lugar de comer bien (y con placer) ¡pildoras! Los autores, gringos, hacen un ensayo clínico de siete años, con 3.680 adultos tras un ictus (en Canadá, Escocia y EE.UU.). A unos les dan dosis altísimas de vitaminas B (ácido fólico, piridoxina y cianocobalamina) y a otros dosis bajas. Las dosis altas logran disminuir el nivel de homocisteína en sangre durante los dos años de seguimiento de cada paciente, pero eso no se asocia a mejor resultado (mismos ictus, infartos y muertes).

**Referencias bibliográficas:** 45

**Revisor:** JG

### S-3.901 *Antiphospholipid antibodies and subsequent thrombo-occlusive events in patients with ischemic stroke*

(Los anticuerpos antifosfolípidos no se asocian a recurrencia de ictus)

**Autores:** The APASS Investigators

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2004; 291:576-84

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los anticuerpos antifosfolípidos se han asociado a trombos y trombosis. Los autores presentan los resultados del APASS, un estudio dentro del ensayo clínico WARSS (comparación de warfarina y aspirina en la prevención del reictus). Se estudiaron a 1.770 pacientes, a los que se determinó en sangre anticuerpos antifosfolípidos al comienzo del estudio, y tras tener un ictus. No se encontró asociación ente el nivel de anticuerpos y el ictus (o su gravedad). Tampoco hubo diferencias respecto a la respuesta del tratamiento (ni con warfarina ni con aspirina).

**Referencias bibliográficas:** 41

**Revisor:** JG

### S-3.902 *Occam's razor versus Saints Triad*

(Un paciente puede tener varias enfermedades a la vez, durante un cuadro agudo)

**Autores:** Hilliard AA, Weinberger SE, Tierney LM, Midthun DE, Saint S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med 2004; 350:599-603

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los casos clínicos presentados como "resolución de problemas" tienen un gran valor docente, pues puedes seguir el razonamiento del médico ante el paciente, tal y como lo hacemos en la práctica. En este caso se trata de una paciente de 60 años en tratamiento por artritis reumatoide, que comienza con fiebre, disnea, tos, y dolor en pierna derecha. Casi se muere antes de tratarla adecuadamente por una neumonía, y una embolia pulmonar. Lo interesante es el doble diagnóstico, muy inesperado pues siempre se piensa en sólo uno que explique todo.

**Referencias bibliográficas:** 5

**Revisor:** JG

### S-3.903 *Randomised equivalence trial comparing three and six months of follow up of patients with hypertension by family practitioner*

(La cita de los hipertensos, cada seis meses)

**Autores:** Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, Gasson RI, Lam M, MacDonald SE, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2004; 328:204-6

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Sabemos poco sobre la hipertensión, si exceptuamos la necesidad de emplear clortalidona. Por ejemplo, no sabemos con qué frecuencia citar y recitar a los pacientes. En este trabajo canadiense se siguen 609 pacientes durante tres años, y a 302 se les cita cada tres meses y a 307 cada seis meses para el seguimiento de su hipertensión. En ambos grupos un 20% no consiguió controlarse adecuadamente. No hubo diferencias entre los dos grupos respecto al cumplimiento o la satisfacción del paciente.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** JG

### S-3.904 *Cohorts study of examination performance of undergraduate medical students learning in community settings*

(Los estudiantes de medicina, con los médicos rurales, el año entero)

**Autores:** Worley P, Esterman A, Prideaux D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2004; 328:207-9

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Hay cosas rutinarias, que aceptamos porque sí. Y de esa forma se perpetúa el poder de los especialistas, con la enseñanza de los estudiantes a su albedrío. Los autores, australianos, decidieron ofrecer el tercer año de Medicina bien en el hospital terciario habitual, bien en un hospital comarcal, o bien en el área rural (rural, como sólo Australia puede ser). Los exámenes demuestran que habían aprendido más los rurales que los del hospital comarcal, y ambos más que los del hospital terciario. Era esperable, pese al secuestro de los estudiantes por los especialistas hospitalarios, tan rutinario e inútil.

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** JG

### S-3.905 *Is folic acid the ultimate functional food component for disease prevention?*

(El ácido fólico como suplemento dietético: desconocemos el efecto a largo plazo)

**Autores:** Lucock M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2004; 328:211-4

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** La moda de las vitaminas no acabará nunca. Aunque lo lógico es alimentarse adecuadamente, lo fácil es añadir vitaminas a los alimentos para ayudar a ingerir "los mínimos". Así estamos recomendando el ácido fólico, vitamina del grupo B, en forma de pteroil-mono-glutamato (que se metaboliza a metil folato, para su transporte en el plasma). El ácido fólico ayuda a disminuir el nivel de homocisteína, y así logra muchos de sus efectos (a través de genes con gran polimorfismo, claves en la metilación). No sabemos el efecto del suplemento de ácido fólico, sobre todo cuando se añade a alimentos varios.

**Referencias bibliográficas:** 29

**Revisor:** JG

### S-3.906 *Triage of patients with acute chest pain and possible cardiac ischemia: the elusive search for diagnostic perfection*

(Un error en urgencias, de madrugada, con una paciente con dolor precordial)

**Autores:** Goldman L, Kirtane AJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med 2003; 139:987-95

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los médicos somos profesionales de dura cerviz, y para aprender "necesitamos" cometer errores. En estos casos clínicos del Annals se puede aprender en cabeza ajena, pues se analizan errores clínicos. Ahora, un infarto en una paciente de 68 años, con múltiples factores de riesgo (incluyendo un infarto previo) que se le escapa al médico de guardia a los dos de la mañana. Con este motivo se hace una buena revisión de la dificultad del manejo de los casos de dolor precordial, y de la utilidad de las pruebas de diagnóstico (electrocardiograma, determinación de troponinas y demás).

**Referencias bibliográficas:** 96

**Revisor:** JG

### S-3.907 *Management of newly detected atrial fibrillation: a clinical practice guideline form the American Academy of Family Physician ant the American College of Physicians*

(Una guía clínica sobre fibrilación auricular de reciente diagnóstico)

**Autores:** Snow V, Weiss KB, LeFevre M, McNamara R, Bass E, Green LA, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2003; 139:1009-17

**Calificación:** Buena

**Comentario:** La fibrilación auricular facilita la formación de coágulos intracardíacos que posteriormente pueden provocar embolias. Por ello se recomienda la anticoagulación (en el 75% de los pacientes) y la antiagregación (en el 25% de los casos). En este trabajo se revisan los ensayos clínicos al respecto y se finaliza con normas claras y sencillas, como el uso recomendado de anticoagulación, y el control de la taquicardia con atenolol, metoprolol, diltiazem o verapamilo (la digoxina sólo controla el pulso en reposo, y por eso es de segunda línea). Cardioversión sólo si lo elige el paciente.

**Referencias bibliográficas:** 57

**Revisor:** JG

### S-3.908 *Hypertension guidelines: criteria that might make them more clinically useful*

(El riesgo cardíaco global, casi ausente en las guías de práctica clínica)

**Autores:** Campbell N, Feldman R, Drovinn D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Hypertens* 2003; 16:698-9

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Las guías clínicas ayudan en la decisión si están bien hechas. Y en general no lo están. Por eso tiene interés informativo esta carta al director de los canadienses que han trabajado en su área, que comentan un texto a iniciativa gringa, europea y de la OMS sobre su guía clínica. La cuestión de fondo es que los canadienses han trabajado muy bien, pero que hay cuestiones sin resolver. Especialmente, el cálculo del riesgo global. Y la necesidad de un consenso (se ve, pues, que las cosas no son evidentes).

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** JG

### S-3.909 *Do anticoagulants improve survival in patients presenting with venous thromboembolism?*

(Los anticoagulantes son útiles en la pacientes con trombosis venosa profunda)

**Autores:** Kelly J, Hunt BJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Intern Med* 2003; 254:527-39

**Calificación:** Buena

**Comentario:** El riesgo de embolia pulmonar y muerte lleva al tratamiento activo de los pacientes con trombosis venosa profunda. Los autores, ingleses, repasan el fundamento científico de la anticoagulación de estos pacientes. Aunque es una pauta clínica bien establecida (para las trombosis venosas profundas proximales), sólo hay dos ensayos clínicos al respecto, y con resultados no concluyentes. En los estudios observacionales el riesgo es diez veces menor con los anticoagulantes por lo que siguen recomendando su uso.

**Referencias bibliográficas:** 109

**Revisor:** JG

### S-3.910 *Aspirin in the prevention of progressing stroke: a randomized controlled study*

(La aspirina no modifica la evolución del ictus isquémico parcial)

**Autores:** Röden-Jüllig A, Britton M, Malinkvist K, Leijd B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Intern Med* 2003; 254:584-90

**Calificación:** Muy buena

**Comentario:** ¿Qué hacer con un ictus isquémico que se desarrolla ante nuestros ojos? Lo más normal, administrar aspirina. Los autores, suecos, hacen un ensayo clínico en 441 pacientes con un ictus isquémico sin paresia completa, y administran al grupo experimental 325 mg de aspirina diaria durante cinco. Comparan 220 frente a 221 pacientes, y no encuentran diferencias ni en la progresión del cuadro (el 16%) ni en los resultados al cabo de tres meses. Habría, pues, que pensarse el dar aspirina.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** JG

### S-3.911 *Vaccination and autoimmune disease: what is the evidence?*

(Las enfermedades autoinmunes y las vacunas)

**Autores:** Wraith DC, Goldman M, Lambert PH

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2003; 362:1659-66

**Calificación:** Buena

**Comentario:** Las vacunas introducen elementos ajenos para provocar la formación de anticuerpos contra diversos agentes infecciosos. Las vacunas, como toda intervención, tienen ventajas e inconvenientes, que repasan los autores (europeos, más o menos ligados a la industria farmacéutica). La cuestión clave es entender por qué el mecanismo inmunológico pierde el control y desarrolla autoanticuerpos que desencadenan enfermedades. Y sobre eso sabemos poco. Pero parece que las vacunas *per se* no son inductoras de enfermedad autoinmunes (repasan, en concreto, la relación entre vacunación y esclerosis en placa y diabetes).

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

### S-3.912 *Electronic prescribing raises issues of confidentiality and control*

(La receta electrónica y la confidencialidad)

**Autores:** Pomerantz JM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Drug Benefit Trends* 2004; 15:17-8

**Calificación:** Buena

**Comentario:** La receta electrónica es una especie de TAIR a la enésima potencia. Se ofrece como algo sin rival, y sin embargo no deja de tener problemas. Necesitamos disminuir los errores en torno a la prescripción y la receta electrónica puede ayudar, como reconoce el autor, psiquiatra gringo. Pero también abre la puerta a un control espurio de la prescripción, y plantea problemas de confidencialidad. Lo lógico es que no se resuelva *manu militari* una cuestión que afecta a profesionales y pacientes, no sólo a gerentes.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

### S-3.913 *Weighing optimal graft survival through HLA matching against the equitable distribution of kidney allografts*

(Lo perfecto, enemigo de lo mejor, respecto al trasplante renal y los grupos HLA)

**Autores:** Rood JJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2004; 350:535-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los trasplantes renales funcionan, y España es uno de los países del mundo en que mejor funciona la organización de trasplantes (generosidad de la población y buena respuesta profesional). El autor de este comentario, holandés, no cita a España al comentar el artículo publicado en el mismo número sobre cómo mejorar los trasplantes optimizando la selección del donante. La cuestión enfrenta como muchas veces, lo perfecto con lo mejor. La perfección en la compatibilidad HLA conlleva graves inconvenientes prácticos (y el trasplante funciona con "cierta" compatibilidad, no necesariamente "absoluta").

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

### S-3.914 *The pharmaceutical industry versus Medicaid. Limits to state initiatives to control prescription-drug costs*

(Un poco de lógica ayuda a legislar mejor en materia de gasto farmacéutico)

**Autores:** Mello MM, Studdert DM, Brennan JA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2004; 350:608-13

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** La industria farmacéutica está cambiando su actitud, desde una posición activa en investigación y propaganda a una postura agresiva en lo legal (sirve el ejemplo de Merk contra Laporte en España). Por eso es interesante este artículo, que comenta los problemas legales de varios estados de EE.UU. con la industria farmacéutica, por políticas de contención del gasto en medicamentos para pobres (Medicaid). Los jueces han pedido que las medidas no sean arbitrarias ni caprichosas, y que tengan fundamento científico ("evidencia" empírica).

**Referencias bibliográficas:** 40

**Revisor:** JG

### S-3.915 *BRCA1 functions as a breast stem cell regulator*

(El gen BRCA1 controla el crecimiento de las células germinales mamarias)

**Autores:** Foulkes WD

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Med Genet* 2004; 41:1-5

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Casi todos los tejidos tienen células germinativas, multipotenciales, que se diferencian de continuo para regenerar las células diferenciadas perdidas. En la mama también hay estas células "madre", como gustan decir los periodistas. El autor, canadiense, sostiene que el gen BRCA1 provoca cáncer de mama al alterarse y dejar de controlar las células germinales de los conductos galactóforos. Así se producen colonias de células cancerosas muy agresivas, sin receptores de estrógenos, que deben verse como muy distintas de otros tipos de células cancerosas. Si la hipótesis fuera cierta tendría gran importancia teórica y práctica.

**Referencias bibliográficas:** 73

**Revisor:** JG

### S-3.916 *Implementing the European clinical trials directive. Discussions continue in the European Commission and the United Kingdom*

(La Unión Europea impone normas más estrictas acerca del patrocinio de los ensayos clínicos)

**Autores:** Woods K

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2004; 328:240-1

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los ensayos clínicos generan certeza en la decisión clínica si están bien hechos, ofrecen resultados plausibles y se publican con honradez. Las normas que obligan a diseños perfeccionados de los ensayos clínicos no son perfectas. La Unión Europea ha desarrollado nuevas recomendaciones que el autor de este editorial comenta en su "transposición" a la legislación inglesa. Lo importante es defender a los pacientes participantes, exigir rigor científico, limitar el papel del patrocinador y seguir el proyecto desde el inicio hasta su impacto en la clínica diaria.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

### S-3.917 *Randomised controlled trial and economic evaluation of a chest pain observation unit compared with routine care*

(En urgencias, esperar y ver ante el dolor precordial inespecífico)

**Autores:** Goodacre S, Nicholl J, Dixon S, Cross E, Angelini K, Arnold J, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2004; 328:254-7

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** El dolor precordial inespecífico es un problema continuo en la práctica clínica, especialmente en urgencias. Los autores, ingleses, hacen un ensayo clínico y comparan 479 pacientes en unas camas de observación coronaria en urgencias frente a 493 bajo los cuidados rutinarios en la misma urgencia. Son tres las enfermeras, que trabajan de 09:00 a 21:00 en observación (repiten ECG, piden CK y troponina y hacen prueba de esfuerzo, según protocolos). La observación permite disminuir costes y disminuir ingresos, y obtiene más salud al cabo de seis meses. No está mal.

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** JG

### S-3.918 *Effect of community pharmacists intervention on cholesterol levels in patients at high risk of cardiovascular events: the Second Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP-plus)*

(Los farmacéuticos de oficina de farmacia pueden ayudar a bajar el colesterol LDL)

**Autores:** Tsuyuki RT, Olson KL, DUBYK AM, Schindel TJ, Johnson JA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2004; 116:130-3

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los 42 farmacéuticos de oficina de farmacia canadienses que participaron en este trabajo seleccionaron a 419 pacientes de alto riesgo para aconsejarles respecto a su perfil lipídico. Seleccionan a los que tienen más de 2,5 mmol/l y los siguen hasta seis meses después, con dos llamadas telefónicas y dos entrevistas cara a cara. Al cabo, el 27% logra un nivel por debajo de 2,5. Y el 84% cumplen el régimen farmacológico que

les recomendó su médico. No es mucho, pero me hace ver con benevolencia una actividad que no sé si finalmente será eficaz a largo plazo y para disminuir la mortalidad.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** MPF

### S-3.919 *The price of prevention. Cost of recommended activities to improve immunizations*

**(Vacunar es gratis, pero tiene costes)**

**Autores:** Fontanesi J, De Guire M, Kopald D, Holcomb K

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Prev Med* 2004;26:41-5

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Ignoramos el coste de casi todo lo que hacemos, así que nos pueden seguir recomendando hacer cosas, como si todo se hiciera sin gasto ni tiempo específico, pero espeluzna cuando se hacen números, como los autores. Valoran el gasto de vacunar a los niños contra tétanos, difteria, tos ferina, polio, sarampión, paperas y rubéola. Utilizan datos de consultas y precios de EE.UU. y sale cada niño a unos 150 dólares. Lo malo no es el coste de la propia vacuna, sino todo lo que hay que hacer para lograr vacunar a la población, en tiempo y organización. ¡Qué poco sabemos!

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** MPF

### S-3.920 *Shared decision making about screening and chemoprevention*

**(Es posible implicar al paciente en la prevención)**

**Autores:** Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH for the SDMW of the UPSTF

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Prev Med* 2004;26:56-66

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Los pacientes deberían poder juzgar la bondad de las actividades preventivas que les proponemos, pero es un proceso difícil, como revisan los autores. Se centran, sobre todo, en la quimioprofilaxis, y más específicamente en el uso de la aspirina en los diabéticos para disminuir el riesgo de patología coronaria. Es un buen trabajo, pues incluye ejemplos y una revisión a fondo. Lo importante es evitar el paternalismo de ofrecer las cosas sin ton ni son, y estar bien formado para poder aconsejar al paciente sobre ventajas e inconvenientes de las medidas preventivas bien fundadas.

**Referencias bibliográficas:** 78

**Revisor:** MPF

### S-3.921 *Quimioprofilaxis en el siglo XXI. Algunos problemas del uso de medicamentos para la prevención primaria de enfermedades*

**Autores:** Gervas J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *FMC* 2003;10:680-3

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Quimioprofilaxis alude a tuberculosis, a prevención con isoniacida, pero el autor insiste en que el término es muy actual, por el continuo bombardeo de recomendaciones sobre el uso de medicamentos en la prevención primaria y secundaria de enfermedades. El texto está cuajado de ejemplos en los que dicho uso carece de base científica. Además, señala los cinco problemas básicos en torno a la prevención primaria: aceptar que vivir tiene el riesgo de morir, valorar el efecto cascada de toda intervención, no transformar situaciones en en-

fermedades, rechazar el paternalismo y hacer prevención cuaternaria.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** MPF

### S-3.922 *Información en Atención Primaria: cómo enseñar a separar la ganga de la mena*

**Autores:** Gervas J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Tribuna Docente Med Fam* 2003;4(5):17-25

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** El autor aprovecha su experiencia en el campo de los sistemas de información para elaborar un texto que ayude al tutor de residentes de familia en su trabajo en esta área. Lo importante es que los residentes dejen de sentirse agobiados con aquello de "la explosión de la información". Y, al tiempo, que aprendan a ser rigurosos con cosas tan sencillas como definir la clase social de los pacientes atendidos. Sin olvidar que lo que hay que tener es las ideas claras pues el riesgo es que la informática complique las cosas, pues abre el camino por el que circulan los descerebrados que publican tantos artículos vacíos (pero, eso sí, llenos de *p* y de asteriscos).

**Referencias bibliográficas:** 45

**Revisor:** MPF

### S-3.923 *Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2002*

**Autores:** Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, Lou S, Divisón JA, Santos JA, et al, en representación del Grupo HTA/SEMergen y de los investigadores del estudio PRESCAP 2002.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(5):165-71

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Estudio realizado en el ámbito de Atención Primaria, en el que han participado 3.426 médicos y 12.754 pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico de más de 3 meses de duración. Estaban bien controlados el 36,1% (PA <140/90 mmHg o <130/80 si diabetes); si sólo se considera la PA diastólica lo estaban el 73,1%. Estuvieron mejor controlados los del turno de tarde y los que habían tomado la medicación antihipertensiva ese día, y peor si había ingesta elevada de alcohol, sedentarismo, obesidad y/o <65 años. El 56% estaban con monoterapia: de ellos el 56,1% con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II), el 15,3% con diuréticos y el 8,7% betabloqueantes.

**Referencias bibliográficas:** 35

**Revisor:** MARL

### S-3.924 *Incidence and consequences of falls among elderly people living in the community*

**(Incidencia y consecuencia de las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad)**

**Autores:** Salvá A, Bolibar I, Pera G, Arias C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(5):172-6

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Artículo publicado en inglés en Medicina Clínica, realizado en Mataró (Barcelona). A lo largo de un año, el 32,1% de los mayores de 65 años sufrieron una caída, más frecuentes a más edad, actividad física reducida, deterioro físico y cogniti-

vo, caídas previas y procesos crónicos asociados. En el 71,1% la caída tuvo repercusiones físicas, el 21,7% precisó asistencia sanitaria y el 7,7% sufrieron fracturas. Siendo tan frecuentes y las consecuencias que conllevan, es fundamental intentar prevenir las caídas en los ancianos: eliminación de obstáculos, mejora condiciones psicofísicas, y no aumentar su posible torpeza y desatención con fármacos innecesarios.

**Referencias bibliográficas:** 26

**Revisor:** MARL

### S-3.925 *Propuesta y validación del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado*

**Autores:** Sánchez J, de Dios J, Jiménez JJ, Delgado AE, López B, Bueno A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(5):177-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Propuesta de un Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado, de elevada validez interna, que clasifica como inadecuadas las urgencias que pueden atenderse en el ámbito de la Atención Primaria. Se incluye dicho protocolo, que valora diversos criterios de gravedad, tratamiento, intensidad diagnóstica, y los aplicables sólo a pacientes que acuden espontáneamente. El problema con las consultas inadecuadas a urgencias es qué hacer con ellas, máxime teniendo en cuenta la generación de excesivas expectativas en la población, su deseo de solución inmediata, los déficits en el sistema sanitario, etc.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** MARL

### S-3.926 *Does universal comprehensive insurance encourage unnecessary use?*

**(La cobertura sanitaria no aumenta el uso innecesario)**

**Autores:** Roos NF, Forget E, Walld R, MacWilliam L

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CMAJ* 2004; 170:209-14

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Es frecuente oír a colegas desesperados con la demanda que "lo que hay que hacer es cobrar cada vez que vengan". Quizá. Tal vez sí, si lo que se quiere es disminuir la demanda. Tal vez no, si lo que se quiere es mejorar la salud. Los autores, canadienses, demuestran otra vez la ley de cuidados inversos. O los pobres usan poco las consultas médicas, o los ricos lo hacen en exceso (si se corrige por estado de salud). En conjunto el gasto lo hacen unos pocos, muy enfermos, en los hospitales. La mayor parte de la población está sana y provoca poco gasto sanitario.

**Referencias bibliográficas:** 37

**Revisor:** JG

### S-3.927 *Adverse events among medical patients after discharge from hospital*

**(Tras el alta hospitalaria hasta un cuarto de los pacientes padecen efectos médicos adversos)**

**Autores:** Foster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CMAJ* 2004; 170:345-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Ir a urgencias es peligroso, e ingresar mucho más. Si el paciente tiene un problema importante puede que los beneficios superen los perjuicios. ¿Y salir del hospital? Salir del hospital es también peligroso. Los autores siguen a 328 de los 361 pa-

cientes dados de alta de Medicina Interna en un hospital docente canadiense, durante 14 semanas de 2002. Los siguen después hasta 3 meses, y demuestran que 76 (23%) pacientes tienen un efecto adverso médico, y que en la mitad (38) se podría haber evitado. Hubo incapacidad permanente (3%) e incluso muerte (3,7%), pero lo más común fueron síntomas sin incapacidad (68%).

**Referencias bibliográficas:** 22

**Revisor:** JG

### S-3.928 *Optimal duration of antibiotic therapy for uncomplicated urinary tract infection in older women: a double-blind randomized controlled trial*

**(En la cistitis bastan tres días de tratamiento con antibióticos)**

**Autores:** Vogel T, Verreault R, Gourdeau M, Morin M, Grenier-Goselin L, Rochette L

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CMAJ* 2004; 170:469-73

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La infección del tracto urinario no complicada es de tratamiento incierto. Desde no hacer nada a prescribir nitrofurantoina (lo mejor), o trimetropin-sulfametoxazol (lo más conveniente) o ciprofloxacimo (lo más frecuente). Los autores hacen un ensayo clínico, 250 mg oral, 2 veces al día, 3 días frente a 7 días. La tasa de curación en mujeres de 65 años y más fue del 18% contra 93% (3/7 días). Lo bonito hubiera sido compararlo con no hacer nada, salvo aliviar los síntomas claro.

**Referencias bibliográficas:** 22

**Revisor:** JG

### S-3.929 *Social integration and mortality: a prospective study of French employees of Electricity of France-Gas of France. The GAZEL cohort*

**(La integración social disminuye la mortalidad)**

**Autores:** Berkman LF, Melchior M, Chastang JF, Niedhammer I, Leclerc A, Goldberg M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Epidemiol* 2004; 159:167-164

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los estudios médicos científicos se centran en lo que interesa, muchas veces tontorrón e insulso, pero que permite obtener financiación. Así interesa poco la clase social o la integración en la comunidad. En este trabajo francés, con colaboración gringa, se analiza la asociación entre integración social y mortalidad. Los trabajadores más integrados (casados, con relaciones frecuentes con amigos y familiares, y pertenecientes a asociaciones varias) se mueren menos (la no integración multiplica por 4,42 la probabilidad de morir, que baja a 2,7 si se corrige por factores diversos). Hay salud, pues, fuera del sistema sanitario.

**Referencias bibliográficas:** 34

**Revisor:** JG

### S-3.930 *A validation study of patient interview data and pharmacy records for antihypertensive, statin, and antidepressant medication use among older women*

**(Los pacientes recuerdan bien el uso de antihipertensivos y de hipolipemiantes, pero no el de antidepressivos)**

**Autores:** Boudreau DM, Daling JR, Malone KE, Gardner JS, Blough DK, Heckbert SR

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Epidemiol* 2004; 159:308-17

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Cuando le preguntamos a los pacientes nos fiamos de su memoria; pero la memoria falla, como sabemos por nosotros mismos. Los autores están siguiendo a mujeres de 65 a 79 años con cáncer de mama, y comparan sus respuestas respecto al uso de medicinas con mujeres control (212 contra 191) y datos de farmacia. Las pacientes recuerdan bastante bien el uso de antihipertensivos, en los 6 meses (92%) los dos años (90%) y los ocho años previos (80%). Respecto a uso de estatinas 83,75% y 67%. Para antidepresivos es un fracaso.

**Referencias bibliográficas:** 35

**Revisor:** JG

### S-3.931 *Considering schizophrenia from a prevention perspective*

(La prevención de la esquizofrenia)

**Autores:** *Compton MT*

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Prev Med 2004; 26:178-85*

**Calificación:** *Informativo*

**Comentario:** Sabemos poco sobre el cerebro, y menos sobre las enfermedades mentales. Por eso es un atrevimiento escribir sobre prevención y factores de riesgo en esquizofrenia. Lo hace un residente de salud pública y le dan un premio por ello. El artículo da información abundante acerca de esa epidemiología que encuentra asociación entre comerse los mocos y el deseo de engañar al marido. Y luego atribuye causalidad a la asociación. Está bien leerlo, no obstante, para saber hasta dónde pueden llegar los epidemiólogos en su estulticia (que no locura).

**Referencias bibliográficas:** 114

**Revisor:** JG

### S-3.932 *If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it?*

(El suicidio como problema de salud pública)

**Autores:** *Knox KL, Conwell Y, Caine ED*

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Public Health 2004; 94: 37-45*

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** En China hay más suicidios entre las mujeres que entre los hombres, al contrario que en los países europeos. ¿Por qué? Nadie lo sabe, pero es importante aclararlo si queremos hacer algo efectivo para disminuir la incidencia del suicidio. No es una enfermedad, sino una consecuencia violenta de una decisión previa. Tiene que ver con la depresión, la violencia y la integración social. Los autores revisan a fondo lo poco que sabemos sobre la prevención del suicidio. Yo creo que lo mejor es la educación, el trabajo, la justicia y el fomento de la integración social.

**Referencias bibliográficas:** 123

**Revisor:** JG

### S-3.933 *Relationship between continuity of care and diabetes control: evidence from the Third National Health and Nutrition Survey*

(La continuidad mejora el control de la glucemia en diabéticos)

**Autores:** *Mainous AG, Koopman RJ, Gill JM, Baker R, Person WS*

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Public Health 2004; 94: 66-70*

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** En EE.UU. es casi imposible lograr longitudinalidad de la atención (atención por el mismo médico) por lo que, como mucho, se aspira a conseguir continuidad (atención en el mismo lugar, y con una historia clínica única). Los autores analizan los datos de 1.400 diabéticos adultos encuestados y examinados en el curso de la Encuesta Nacional de Salud. Se demuestra una asociación entre continuidad y buen control de la diabetes (glucemia), pero no hay relación con el control de la tensión ni de los lípidos. El tener el mismo médico no añade nada, pues basta tener el mismo centro de cuidados.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

### S-3.934 *Confirming "truth": more evidence of a successful tobacco countermarketing campaign in Florida*

(Difundir las verdaderas intenciones de la industria tabaquera disminuye el tabaquismo en adolescentes)

**Autores:** *Nieder-deppe J, Farrelly MC, Hariland ML*

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Public Health 2004; 94: 255-7*

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Las "campañas" comunitarias suelen servir sólo a los efectos de hacer propaganda de las buenas intenciones de los que las desarrollan. Es decir, son inútiles (como poco) respecto a la salud. Pero, como en todo, hay excepciones. Por ejemplo, la que presentan los autores, con adolescentes de Florida. El mensaje fue sencillo: 1/ las compañías tabaqueras mienten (el tabaco crea adictos y no es beneficioso en ningún aspecto) y 2/ las tabaqueras se dirigen especialmente a los adolescentes, para viciarlos. Con ello se ha logrado que los adolescentes fumen menos, empiecen más tarde, y tengan las cosas claras. Un éxito ¿no?

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** JG

### S-3.935 *Helicobacter pylori infection and gastric cancer. For want of more outcomes*

(La infección por *Helicobacter* aumenta la probabilidad de tener cáncer de estómago)

**Autores:** *Parsonnet J, Forman D*

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA 2004; 291:244-5*

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** La infección por *Helicobacter pylori* ha dejado de estar de moda, y pronto la olvidaremos. Sin embargo, *H. pylori* se asocia al desarrollo de cáncer de estómago, un cáncer cada vez menos frecuente en España, pero muy frecuente en los países pobres. Los editorialistas, inglés y gringo, comentan un trabajo chino en el mismo número, un ensayo clínico de erradicación de *H. pylori* y seguimiento durante 8 años, para valorar la aparición de cáncer de estómago. No se encontró menor incidencia con la erradicación. Pero el asunto no está resuelto, por el bajo poder estadístico en el estudio. En fin, un campo más a desarrollar.

**Referencias bibliográficas:** 13

**Revisor:** JG

### S-3.936 *Cancer vaccine research inches forward*

(Vacunas contra cánceres)

**Autores:** *Mitka M*

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA 2004; 291:520-2*

**Calificación:** *Informativo*

**Comentario:** Las vacunas son el mejor ejemplo de prevención primaria, junto al consejo antitabaco del médico general. Las vacunas contra el cáncer parecen cosas de charlatanes, y lo son en muchos casos. Pero, por ejemplo, la vacuna contra la hepatitis B es, de facto, una vacuna contra el cáncer de hígado. Y la nueva vacuna en estudio contra el virus del papiloma humano es una vacuna contra el cáncer de cuello de útero. Hay en estudio otras 13 vacunas, con otro enfoque, para lograr mejorar la respuesta inmunitaria ante las células cancerosas. Se pretende estudiar estas vacunas en situaciones menos desesperadas en las que se han empleado hasta ahora. Es una promesa.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** *JG*

### S-3.937 *Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study*

(Las hormonas "terapéuticas" sustitutivas en la menopausia aumentan la incidencia de cáncer de mama)

**Autores:** *Million Women Study collaborators*

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet 2003; 362:419-27*

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** El uso de la terapia hormonal en la menopausia es un encarnizamiento terapéutico médico imperdonable, pues nunca hubo dudas científicas acerca de su peligrosidad. Pero los ginecólogos (y médicos generales "colaboradores necesarios") nunca pedirán perdón. Este trabajo inglés demuestra que, respecto al cáncer de mama, la terapia hormonal en la menopausia provocó unos 20.000 casos adicionales en la última década en el Reino Unido, en mujeres de 50 a 64 años. ¿No irá nadie a la cárcel?

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** *JG*