S-4.082 *Hormone therapy: physiological complexity belies therapeutic simplicity*

La complejidad de la acción de las hormonas femeninas

Autores: Turgeon JL, McDonell DP, Martin KA, Wise PM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Science* 2004;304:1269-73

Calificación: *Informativo*

Comentario: Los autores descubren que las hormonas femeninas tienen un complejísimo mecanismo de acción, y con ello intentan explicar los resultados del ensayo clínico WHI (*Women's Health Initiative*). Al revisar el mecanismo íntimo de acción se demuestra nuestro desconocimiento, pues ignoramos casi todo acerca de su efecto sobre los genes y su regulación. No se entienden cosas tan simples como que por vía oral modifiquen el perfil lipídico y por vía dérmica no lo alteren. De todo ello no se deduce que las mujeres necesiten "hormonas sexuales de tercera generación". Lo lógico es valorar si necesitamos algún tipo de hormona.

Referencias bibliográficas: 51

Revisor: MPF

S-4.083 *Conjugated equine estrogens and incidence of probable dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women. Women's Health Initiative Memory Study*

La terapia hormonal en el climaterio no disminuye la incidencia de demencia

Autores: Shumaker SA, Legault C, Kuller L, Rapp SR, Thal L, Lane DS, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2004;291:2947-58

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: El ensayo clínico WHI (con estrógenos y progesterona) tuvo que detenerse, en 2002, tres años antes de lo previsto, por el aumento de cánceres de mama y de complicaciones cardiovasculares, pero dio mucho de sí, como demuestra este trabajo. A esos resultados se añaden los del mismo ensayo sólo con estrógenos, que hubo que detener en 2004 por aumento del número de ictus. En lo que respecta a salud mental, se siguieron a más de 7.000 mujeres en ambos estudios, desde 1995. Los estrógenos no disminuyen ni la incidencia de demencia ni la de deterioro de la capacidad intelectual. De hecho, la incidencia aumenta ligeramente en ambos grupos. Los estrógenos, pues, no protegen contra el deterioro mental.

Referencias bibliográficas: 50

Revisor: MPF

S-4.084 *Conjugated equine estrogens and global cognitive function in postmenopausal women. Women's Health Initiative Memory Study*

Las hormonas sexuales femeninas disminuyen la claridad mental de las ancianas

Autores: Espeland MA, Rapp SR, Shumaker SA, Brunner R, Manson JE, Sherwin BB, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2004;291:2959-68

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Las hormonas sexuales femeninas disminuyen la función cognitiva en las mujeres de 65 años y más. Cuando

se analiza la salud mental de las mujeres sometidas a tratamiento hormonal en el climaterio, se descubre el efecto adverso del mismo en las ancianas. El trabajo forma parte del ensayo clínico WHI, y no deja lugar a dudas. Se siguió a 3.000 mujeres sólo con estrógenos, durante una media de 5,4 años. El efecto fue mayor en las mujeres con menor talla intelectual al comienzo del estudio. No hubo diferencias, respecto al efecto adverso, entre los estrógenos solos o combinados con progesterona.

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: MPF

S.4085 *Estrogen and dementia. Insights from the Women's Health Initiative Memory Study*

Demencia y estrógenos

Autores: Schneider LS

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2004;291:3005-7

Calificación: *Bueno*

Comentario: El editorialista comenta los dos artículos previos del WHI. En ellos se presentan los resultados en el grupo de mujeres tratadas sólo con estrógenos, por tener hecha una histerectomía (en cuyo caso los estrógenos no pueden aumentar la incidencia de cáncer de útero). Son un grupo especial de mujeres, con más uso previo de hormonas sexuales en la menopausia, y menos cultura. Pero el ensayo clínico está bien hecho y realizado, y todo sugiere que no se deben emplear las hormonas sexuales femeninas en el climaterio para disminuir la incidencia de demencia (ni para mejorar el perfil cognitivo).

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: MPF

S-4.086 *Knowledge and beliefs of primary care physicians, pharmacists and parents on antibiotic use for the pediatric common cold*

Antibióticos no deseados

Autores: Cho HJ, Hong SJ, Park S

Revista/Año/Vol./Págs.: *Soc Sci Med* 2004;58:623-9

Calificación: *Bueno*

Comentario: La prescripción excesiva e inadecuada de antibióticos es un problema. En este estudio realizado en Corea se observa que médicos, farmacéuticos y pacientes creen que su uso en el catarro común disminuye las complicaciones. Los médicos perciben que el paciente espera antibióticos con mucha frecuencia (73%) (lo que suele conllevar su prescripción), pero estos dicen que sólo los pidieron expresamente en el 2%. ¿Por qué no preguntamos directamente a los pacientes si esperan o no recibir antibióticos para su motivo de consulta actual, sobre todo cuando no sean necesarios?

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: MARL

S-4.087 *Seguridad de los fármacos antipsicóticos durante el embarazo*

Autores: Mendoza G, Aguilera C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(12):475-6

Calificación: *Bueno*

Comentario: Los fármacos antipsicóticos no son de uso frecuente en el embarazo (al contrario de lo que está ocurriendo con ellos en los ancianos, a pesar de sus problemas y falta de indicación). Pero cuando hacen falta, hay que usarlos. Los antipsicóticos “típicos”, como clorpromazina y haloperidol se consideran relativamente seguros; respecto a los “atípicos” (de comercialización más reciente, como olanzapina, risperidona, zipraxidona, etc.) su información es escasa, y se aconseja reservarlos como alternativa para las pacientes que no responden o no toleran los “típicos”.

Referencias bibliográficas: 21
Revisor: MARL

S-4.088 *Diferencias entre sexos en la mortalidad a un mes y a un año tras síndrome coronario agudo*

Autores: Bodí V, Sanchis J, Llacer A, Núñez J, Fácila L, Pellicer M, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2004;122(15):566-9
Calificación: Bueno

Comentario: Diversos estudios han señalado una mayor mortalidad en las mujeres con cardiopatía isquémica, que a veces se ha atribuido a un déficit de tratamiento. Pero en este estudio realizado en Valencia, a pesar de recibir el mismo tratamiento, las mujeres con infarto y elevación de ST se mueren más que los hombres, no por ser mujeres, sino por un peor perfil clínico basal (mayor edad, insuficiencia cardíaca) y por una menor tasa de reperfusión. Las mujeres suelen tener mayor tendencia a la hipercoagulabilidad, espasmo coronario, disfunción diastólica y parece que se mueren menos prehospitalariamente; hechos que aumentan su mortalidad hospitalaria, sin que sean tratadas de forma distinta

Referencias bibliográficas: 11
Revisor: MARL

S-4.089 *Urticaria crónica e infección por Helicobacter pylori*

Autores: Vázquez M, Bermejo F, Boixeda D, Martín C, López P, Boixeda P, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2004;122(15):573-5
Calificación: Bueno

Comentario: ¿Existe alguna relación entre la urticaria crónica idiopática (UCI) y la infección por *Helicobacter pylori*? La verdad es que no lo sabemos, pero se ha observado que la erradicación de *H. pylori* se asocia en distinta frecuencia con la mejoría de la urticaria (del 13% al 100% según los estudios). En este trabajo realizado en el Ramón y Cajal de Madrid, el 74,6% de 55 pacientes infectados por *H. pylori* y con UCI mejoraron de sus síntomas cutáneos tras el tratamiento erradicador. Aunque hagan falta más estudios, tendremos que tener estos hechos en cuenta en los pacientes con UCI.

Referencias bibliográficas: 17
Revisor: MARL

S-4.090 *Patient empowerment or the emperor's new clothes*

Más participación del paciente

Autores: Salmon P, Hall GM

Revista/Año/Vol./Págs.: J R Soc Med 2004; 97:53-6
Calificación: Muy bueno

Comentario: Ahora está de moda lo de la “responsabilización del paciente” (“dar poder al paciente”, como dicen los entendidos). La cosa tiene su gracia y buen sentido, en cuanto busca que el paciente participe en el proceso de decisión. Por

ejemplo, sobre las alternativas en el tratamiento de algunos cánceres. O mediante el autocontrol del dolor con un sistema automático de inyección de analgésico. Pero todo ello no da más responsabilidad al paciente (ni siquiera mejor resultado sanitario) si se impone. Lo lógico es compartir con el paciente nuestra ignorancia, y no dejarle solo en el momento de la decisión.

Referencias bibliográficas: 31
Revisor: JG

S-4.091 *Teenage pregnancy rates: high compared with where and when?*

Alta tasa de embarazos en adolescentes en el Reino Unido

Autores: Lawlor DA, Shaw M

Revista/Año/Vol./Págs.: J R Soc Med 2004; 97:121-3

Calificación: Bueno

Comentario: El embarazo en las chicas de 15 a 19 años (o menores) es normalmente no deseado e inesperado. Hasta cierto punto es un indicador de una atención primaria mal organizada. A los ingleses les duele salir siempre entre los peores cuando se habla de esta cuestión. Los autores se defienden demostrando que Canadá, EE.UU. y Nueva Zelanda tienen peores resultados. Y también tienen peores resultados Ucrania y Armenia. Parece que les consuela que “sólo” dan mala imagen cuando se comparan con los países europeos desarrollados.

Referencias bibliográficas: 10
Revisor: JG

S-4.092 *Why do doctors use treatment that do not work?*

La inercia en el uso de tratamientos peligrosos (e innecesarios)

Autores: Doust J, del Mar C

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004; 328:474-5

Calificación: Muy bueno

Comentario: Nos parece que el uso antiséptico de las sanguijuelas y de las sangrías es cosa antediluviana. Y la historia de su costoso rechazo es parecida a la historia de la dificultad para demostrar que, por ejemplo, las hormonas aumentan la mortalidad en la mujer climatérica. Lo recuerdan los autores de este editorial, australianos. Muchas de las intervenciones médicas son perjudiciales. Por ejemplo, los equipos de apoyo psicológico tras las situaciones traumáticas. O la escayola tras la fractura de escafoides. O el flúor para los huesos (aumenta la densidad ósea, y al tiempo las fracturas).

Referencias bibliográficas: 12
Revisor: JG

S-4.093 *Absence of evidence is not evidence of absence*

Los resultados negativos dicen poco acerca de lo estudiado

Autores: Alderson P

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004; 328:476-7

Calificación: Bueno

Comentario: Los ensayos clínicos son más complicados de lo que parece. Tanto de realizar como de interpretar. El autor de este editorial, inglés del Centro Cochrane, valora la tan manida conclusión de resultados negativos cuando no se demuestra diferencia “estadísticamente” significativa entre los grupos control y experimental. La cosa no es sencilla. Si se valoran los intervalos de confianza, los resultados pueden ir desde el

resultado positivo real al negativo cierto. Decir que no hay diferencias sirve para poco. Excepto si antes de empezar se ha definido qué valores tienen importancia clínica.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-4.094 *Carotid endarterectomy*

El paciente necesita saber el resultado del cirujano vascular que le vaya a hacer una endarterectomía carotídea

Autores: Barnett HJM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004; 363:1486-7

Calificación: Bueno

Comentario: Hace 50 años se publicó en el *Lancet* el primer caso de endarterectomía carotídea para prevenir ictus. El editorialista comenta el artículo siguiente (S-4.095) en el que se demuestra el beneficio de la acción en menores de 75 años, con una reducción de más del 70% de la luz carotídea. Lo importante es que el paciente y su médico de cabecera sepan la tasa de ictus y muertes que tiene el cirujano que haga la operación. Si en vez del 3% sube al 8%, todo cambia. Un caso, pues, de auténtica necesidad de transparencia en lo que se refiere a resultados sanitarios.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-4.095 *Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: randomised controlled trial*

La endarterectomía carotídea: útil pero peligrosa

Autores: MRC Asymptomatic Carotid Surgery Trial (ACST) Collaborative Group

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004; 363:1491-502

Calificación: Bueno

Comentario: Tratar a pacientes asintomáticos exige una gran certeza en el beneficio del tratamiento. Hasta ahora ha habido dudas acerca de la endarterectomía carotídea, por los riesgos de la operación. En este trabajo se ofrecen los resultados de cinco años de seguimiento en un ensayo clínico con 3.120 pacientes asintomáticos con estenosis carotídea de más del 60%, entre 1993 y 2003. Participaron 30 países, España entre ellos. El riesgo de ictus pasa del 2% anual al 1%. El riesgo de ictus o muerte con la operación es del 3% (con buenos cirujanos).

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-4.096 *Beyond randomised versus observational studies*

Los ensayos clínicos tienen que mejorar su validez externa; o pasar a estudios observacionales

Autores: Canto J, Horwith RI

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004; 363:1660-1

Calificación: Bueno

Comentario: La investigación que necesitamos es la que ayuda a tomar decisiones. Pero hoy lo que prima es la investigación bien hecha, aunque no sirva para nada. Los autores comentan dos trabajos sobre ensayos clínicos y estudios observacionales y dejan claro que no tiene sentido considerar como "patrón" de investigación el ensayo clínico. Los defectos son tantos, que no es extraño que los resultados de los estudios observacionales sean comparables. Proponen mejorar los en-

sayos clínicos para aumentar su validez externa (selección de muestras de interés clínico, precisión en los resultados, y posibilidad de reproducirlos).

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-4.097 *Hungarian government confronts "tipping" practices*

En Hungría las "propinas" suponen un suculento sobresueldo

Autores: Condon C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004; 363:1776-7

Calificación: Informativo

Comentario: La forma de pago a los médicos es más importante de lo que creemos. En cualquier caso, si cobran muy poco pueden suceder cosas raras. Así, como comenta el periodista, que el dinero negro forme parte de los ingresos. Es el caso en Hungría, y en Polonia, y en Grecia, y en muchos otros países. Lo que cuenta este texto de los médicos húngaros es para avergonzarse. Con "propinas" forzadas pueden llegar a ganar diez veces más que con el sueldo. A costa de los que no pueden (el salario medio es de 430 euros, y por un acto de cirugía menor pueden pedirse hasta 145 como propina).

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-4.098 *How does the quality of care compare in five countries?*

Con más dinero no se obtiene más calidad médica

Autores: Hussey PS, Anderson GF, Osborn R, Feek C, McLoughlin V, Millar J, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Affairs* 2004; 23:89-99

Calificación: Excelente

Comentario: Es difícil comparar la calidad de los cuidados médicos entre distintos países (en verdad, es difícil comparar la calidad en cualquier situación). Los autores lo intentan con éxito y comparan Australia, Canadá, EE.UU., Nueva Zelanda y el Reino Unido. Los ingleses salen malparados en la tasa de supervivencia tras cáncer. Nueva Zelanda y EE.UU., en las muertes por asma entre los 5 y 39 años. Canadá, en la tasa de supervivencia tras infarto. Todos tienen algo que aprender y enseñar, al tiempo.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

S-4.099 *There is no perfect health system*

Para mejorar la calidad no basta con mejorar el acceso a los servicios

Autores: McGlynn EA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Affairs* 2004; 23:100-2

Calificación: Excelente

Comentario: Es raro que un comentario de un trabajo experimental esté tan bien o mejor que el trabajo comentado. Pero éste es el caso. La autora, de la Rand, de California hace unas consideraciones preciosas acerca del artículo previo (S- 4.098). La cuestión, destaca, no es gastar más, pues EE.UU. gasta más que nadie en salud y no obtiene los mejores resultados. Tampoco es mejorar el acceso. La cuestión de fondo es trabajar mejor. Sobre todo, ser capaces de ofrecer lo mejor al salvar las barreras entre niveles y entre médicos. Parece sencillo.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-4.100 *The continued need for independent research on prescription drugs*

Se necesita más investigación comparada de fármacos

Autores: Hoadley JF

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Affairs* 2004; 23:244-9

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La mayoría de los países del mundo no tienen una verdadera política farmacéutica. Como mucho aseguran a sus ciudadanos que los medicamentos aprobados parecen no ser perjudiciales, de acuerdo con algún pequeño ensayo clínico. Se salvan Australia y Noruega. El autor se refiere a EE.UU. Comenta que en Oregón han comparado los nuevos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) con los antiguos (ibuprofeno) y que la conclusión es que lo mejor es lo antiguo. Falta buena información para elegir entre alternativas y para desarrollar una política farmacéutica prudente y lógica. Lo mismo que aquí, en España.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-4.101 *The disparity in access to new medication by type of health insurance. Lessons from Germany*

En los seguros privados se receta más sumatriptán que en los seguros públicos

Autores: Krobot KJ, Miller WC, Kawfman JS, Christensen DB, Preisser JS, Ibrahim MA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2004; 42:487-91

Calificación: *Bueno*

Comentario: Los países como Alemania, Holanda e Irlanda, con sistema de seguridad social (sistema de salud tipo Bismarck), tienen grandes disparidades según clase social. Este trabajo, en Alemania, compara el sistema obligatorio con el voluntario (empleados públicos, autónomos y clase alta). En el sistema obligatorio, en 1994 había un presupuesto cerrado para medicamentos. La probabilidad de recibir sumatriptán como tratamiento era el doble en lo privado que en lo obligatorio (los médicos cobraban el doble a estos pacientes privados).

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-4.102 *Questioning the claims from Kaiser*

Kaiser contra el Servicio Nacional de Salud inglés: 0-1

Autores: Talbot-Smith A, Gnani S, Pollock AM, Pereira Gray D

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract* 2004; 54:415-21

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Hay gente que compara peras con manzanas y le publican el artículo. Sucedió con un trabajo sobre el Sistema Nacional de Salud inglés y la HMO Kaiser en EE.UU. Lo publicó el *British*, y concluía demostrando el mejor resultado de la Kaiser. Los autores, ingleses, reexaminan los datos y concluyen que no hay color, a favor del sistema inglés. El trabajo está bien hecho. Sobre todo, ayuda a poner en su sitio a una experiencia de asistencia gestionada (Kaiser) con un sistema global que atiende hasta a pobres y a maleantes.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-4.103 *Treatment of skin papillomas with topical α -lactalbumin oleic acid*

Los papilomas no se resisten a la α -lactoalbumina

Autores: Gustafsson L, Leijonhufvud I, Aronsson A, Mossberg AK, Svansson C

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2004; 350:2663-72

Calificación: *Bueno*

Comentario: Los papilomas (las verrugas) son muy frecuentes, y resistentes. Los provoca un virus, el mismo que se transmite sexualmente y en el cuello del útero puede provocar cambios neoplásicos. El papilovirus transforma las células epiteliales, y con ello surge el papiloma. Los autores, suecos, demuestran que la lactoalbúmina humana mata las células epiteliales degeneradas y respeta las sanas, con lo que cura el papiloma. Hacen un ensayo clínico con 40 pacientes (y 166 papilomas). En el grupo experimental se reducen 88 de 92 papilomas, y en el control 15 de 74. El efecto duró incluso dos años.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-4.104 *Progress on new vaccine strategies for the immunotherapy and prevention of cancer*

Más sobre las vacunas contra el cáncer

Autores: Berzofsky JA, Terabe M, Oh S, Belyakov IM, Ahiers JD, Janik JE, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Clin Investigation* 2004; 113:1515-25

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Las vacunas contra los agentes infecciosos han sido un claro éxito terapéutico. De ahí la insistencia en encontrar vacunas contra otros agentes, como los antígenos tumorales. Los autores, gringos, hacen una extensa revisión del problema, que va desde el fundamento bioquímico a los ensayos clínicos en marcha. La esperanza es todavía débil, pero hay resultados prometedores. Se buscan antígenos que expresen las células cancerígenas, como la tirosinasa en los melanomas; también, los genes alterados. Y vacunas que eviten la reacción defensiva de las células tumorales.

Referencias bibliográficas: 125

Revisor: JG

S-4.105 *Capacidad funcional y problemas socio-asistenciales de los ancianos del Área de Salud de Cáceres*

Autores: Corrales D, Palomo L, Maargariño MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Primaria* 2004; 33:426-33

Calificación: *Bueno*

Comentario: Los ancianos tienen necesidades no cubiertas, por su situación socio-familiar y médica. Los autores, cacereños, estudian el estado de salud de los mayores de 71 años, con exclusión de los pacientes ingresados o encamados a domicilio. El cuadro que dibujan no es terrible, pero impresionante. Así, en el 98% de los domicilios hay barreras arquitectónicas. A cambio hasta el 83% mantiene una vida social activa con familiares y vecinos. Tiene comorbilidad más del 70% de los ancianos, lo que es verdaderamente crucial. En fin. Queda mucho por hacer si queremos que estos ancianos sigan viviendo en su domicilio.

Referencias bibliográficas: 35

Revisor: JG

S-4.106 **Necesidades de médicos de familia y pediatras en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid**

Autores: SEMERGEN-Madrid, SMMFYC, CESM-Madrid, SEPE-AP

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev SMMFYC 2004; 1:5-8

Calificación: Informativo

Comentario: La necesidad de médicos generales es indudable, pero desconocemos la adecuación a la población. No sabemos cuántos médicos se necesitan por habitantes. En Madrid se ha legislado para que sean 1.250-2.000 habitantes por médicos de familia y 1.250-1.500 habitantes por pediatra. Los autores utilizan las cifras máximas, y otras mínimas que se negociaron en su momento, para calcular la necesidad normativa de médicos en la Comunidad de Madrid. Tienen en cuenta la dispersión geográfica. Los resultados demuestran un déficit evidente. Otra cosa es que mejore la salud de la población al aumentar el número de médicos.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-4.107 **Benzodiazepinas: prevalência de prescrição e concordância com os motivos de consumo**

Las benzodiazepinas, también prescritas en exceso en Portugal

Autores: Cadilhe S

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Port Clin Geral 2004; 20:193-202

Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes se enganchan con facilidad a las benzodiazepinas, de forma que habría que intentar controlar el inicio de la prescripción. La autora, portuguesa, analiza el uso de benzodiazepinas de 1.000 pacientes mayores de 18 años. Lo interesante es que contrasta la razón de uso según el médico y según el paciente. La concordancia fue muy escasa (11%) cuando se utilizó para el tratamiento de la ansiedad. Como siempre, el uso en mujeres era el doble que en varones. En total el 15% de la muestra tomaba benzodiazepinas. Un uso excesivo

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-4.108 **Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en Atención Primaria.**

Autores: Pérez FJ, Carrera C, López MA, Ausón A, García M, Be-amud M

Revista/Año/Vol./Págs.: Enfermería Clin 2004;70-6

Calificación: Bueno

Comentario: Las enfermeras utilizan el diagnóstico enfermero como forma de organizar su trabajo. Por ahora sólo se estudia el proceso del diagnóstico, no su impacto en la salud del paciente. Los autores, madrileños, estudian un año de trabajo de 372 enfermeras en 39 equipos (719.000 habitantes). El 92% utiliza el diagnóstico de enfermería. Seis diagnósticos copan el 50% (alteración nutrición por exceso, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la movilidad física, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, estreñimiento, y alteración del patrón del sueño).

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: JG

S-4.109 **Los criterios de Ottawa para tobillo: valoración en un servicio de urgencias de Méjico**

Autores: Cuello-García C, Ruiz-Flores A, Ramos-Gómez I, Medina-López ME

Revista/Año/Vol./Págs.: An Pediatr 2004;60:454-8

Calificación: Bueno

Comentario: Los autores son pediatras de Monterrey (Méjico), que evalúan el valor pronóstico de las reglas de Ottawa para las lesiones de tobillo. Estudian a 111 pacientes de 3 a 18 años, en urgencias del hospital, y valoran las reglas según la necesidad de radiografía y el seguimiento del paciente (llamada telefónica al mes de la consulta). Se hizo radiografía en todos ellos, y se comparó con el juicio clínico (90 casos los valoraron enfermeras). Fue del 100% la sensibilidad, y del 100% el valor predictivo negativo. Hubo una prevalencia del 15,3% de fractura significativa (más de 3 mm de grosor en la radiografía, con exclusión de la fractura de Salter Harris tipo I).

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: MPF

S-4.110 **¿Cuál es la importancia de la erradicación bacteriana en el tratamiento de la infección respiratoria?**

Autores: Gonzalo CR

Revista/Año/Vol./Págs.: An Pediatr (Barc) 2004;60:459-67

Calificación: Informativo

Comentario: El objetivo del tratamiento con antibióticos es la erradicación de las bacterias, según sostiene el autor, barcelonés. Algo increíble. Sugiere, también, la eliminación radical de las bacterias del foco de infección y de la nasofaringe en general, cuando se trate de *Streptococcus pneumoniae*, dada la alta tasa de portadores. Más increíble. El texto destaca la necesidad de utilizar parámetros farmacodinámicos, lo que está muy de moda. Por lo menos deja claro que la resistencia a los macrólidos la provocan la azitromicina y la claritromicina con más rapidez que la eritromicina.

Referencias bibliográficas: 77

Revisor: MPF

S-4.111 **Outcomes of hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipino: the VALUE randomised trial**

El amlodipino mejor que valsartán

Autores: Julius S, Kjeldsen SE, Weber M, Brunner HR, Ekman S, Hansson L, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2004;363:2022-31

Calificación: Muy bueno

Comentario: Con el VALUE nos pasará como con el HOT, que será utilizado con todo descaro en contra de los resultados. En este caso, el amlodipino bajó mejor y más tiempo la tensión en el ensayo clínico VALUE, con 15.245 pacientes de 31 países (España incluida), en comparación con el valsartán. No hubo diferencias respecto al resultado cardiovascular. La pena es la comparación con el amlodipino, cuando la medicación idónea son diuréticos y bloqueadores beta. La conclusión es que la cifra de angiotensina II en sangre no es un factor de riesgo cardiovascular en los hipertensos (incluso los seleccionados en VALUE, de alto riesgo).

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: MPF

S-4.112 *Blood pressure dependent and independent effects of antihypertensive treatment on clinical events in the VALUE Trial*

A igual cifra de tensión, el mismo resultado con amlodipino que con valsartán

Autores: Weber MA, Julius S, Kjeldsen SE, Brunner HR, Ekman S, Hansson L, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;363:2049-51

Calificación: Bueno

Comentario: En este análisis se comparan los resultados cardiovasculares en los pacientes del VALUE que alcanzaron un buen control de la tensión en el primer mes de tratamiento. A lo largo de más de cuatro años no hay diferencias respecto a los resultados entre el grupo de amlodipino y el de valsartán, excepto menor hospitalización por insuficiencia cardíaca en el segundo grupo. Los autores concluyen que hay que apoyar un tratamiento agresivo, con hasta 320 mg de valsartán para bajar la tensión sistólica a menos de 140 mmHg cuanto antes. ¡Pobres hipertensos, sin diuréticos que logran su efecto casi con independencia de la cifra de tensión!

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: MPF

S-4.113 *Valsartan treatment of hypertension. Does VALUE add value?*

Los ensayos clínicos con "sartanes"

Autores: Lindholm LH

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;363:2010-1

Calificación: Bueno

Comentario: El editorialista comenta los dos artículos previos (S-4.111 y S-4.112), y los ensayos clínicos realizados con otros sartanes, como LIFE y SCOP. En el LIFE, se comparó losartán con atenolol, pero hasta el 70% de los pacientes tomó además un diurético. Se partió de pacientes con hipertrofia ventricular. No hubo diferencias respecto a infartos ni cifras de tensión. En el SCOP se compararon ancianos hipertensos, candesartán contra placebo. No hubo diferencias, excepto un ligero descenso del número de ictus. El VALUE demuestra que valsartán es como amlodipino. En todos los grupos de sartanes se dio menor incidencia de diabetes. Es decir, que hay que seguir con los diuréticos, lo que no dice el editorialista.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: MPF

S-4.114 *Objetivos del tratamiento antihipertensivo en la población diabética. Una revisión crítica*

Autores: Miguel F, García A, Montero MJ, miembros del Grupo de Información sobre Medicamentos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de Sacyl

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(15):584-91

Calificación: Excelente

Comentario: Artículo muy crítico contra los consensos que recomiendan situar la presión arterial en los diabéticos por debajo de 130/80 mmHg, y contra los estudios que teóricamente los avalan (HOT-DM, UKPDS y ABCD). Parece que las recomendaciones tienen que ver más con las opiniones de los autores que con el análisis directo de los datos de los estudios. Se apunta la influencia de los financiadores en las recomendaciones. Se señala de forma muy lógica la necesidad de individualizar con flexibilidad el tratamiento y aceptar unas cifras por debajo de 140/85 mmHg en los hipertensos diabéticos, acordes a la actual evidencia científica.

Referencias bibliográficas: 61

Revisor: MARL

S-4.115 *Prevención primaria del infarto de miocardio con ácido acetilsalicílico*

Autores: Agustí A, Diogéne E

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(15):592-4

Calificación: Bueno

Comentario: Artículo de revisión en el que se concluye que el ácido acetilalícílico (AAS) a dosis bajas (75-150 mg/d) es útil en la prevención primaria de acontecimientos coronarios en los pacientes sin antecedentes de cardiopatía isquémica pero con riesgo coronario elevado (del 15% o más a los 10 años) y quizá también para un riesgo inferior (7%-14% a los 10 años). En los diabéticos, aunque normalmente se aconseja a todos, parece que faltan evidencias. Su uso aumenta el riesgo de hemorragia intestinal y en menor medida de ictus hemorrágico, pero el balance beneficio/riesgo es favorable. Lo que hace falta es calcular bien el riesgo coronario en nuestro medio y actuar en función de este riesgo, no de factores de riesgo aislados.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: MARL

S-4.116 *Epidemiología del perfil lipídico de la población anciana española: el estudio EPICARDIAN*

Autores: Gabriel R, Saiz C, Susi R, Alonso M, Vega S, López I, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(16):605-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: Estudio observacional sobre el perfil lipídico de los ancianos españoles (mayores de 65 años de 3 áreas geográficas de Ávila, Lugo y Madrid, no institucionalizadas). La prevalencia de hipercolesterolemia sería del 68,9% (valorando como tal cifras de colesterol total (CT) >200 mg/dl), de los que se sabían hipercolesterolémicos el 31% y estaban en tratamiento el 30%. La media de CT fue de 230,3 mg/dl. Con esas cifras de referencia, se considera bajo el grado de control de la hipercolesterolemia en ancianos. La intervención sobre los factores de riesgo cardiovascular en los ancianos es lógica, pero siendo razonables en su valoración conjunta.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MARL

S-4.117 *La medicina actual: luces y sombras*

Autores: Marañón A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(16):623

Calificación: Bueno

Comentario: Reflexión sobre los pros y los contras de la medicina actual. En los logros, los avances científicos que consiguen mejorar de forma importante la salud de la población y la equidad social ante la enfermedad. En los déficits, la sobrecarga del sistema y la no orientación hacia el paciente como persona. La relación médico paciente debe basarse en el respeto, la confianza y el afecto mutuos, y de no ser así, es frecuente la medicina defensiva, no beneficiosa ni para el paciente ni para el sistema. Como dice el autor, es necesario que la poderosa medicina actual basada en la evidencia se amase con una buena dosis de medicina basada en la afectividad. Para ello son necesarios cambios en el sistema, y en los profesionales.

Referencias bibliográficas: 2

Revisor: MARL

S-4.118 *Prognostic importance of comorbidity in a hospital-based cancer registry*

La comorbilidad en los cancerosos, tan importante en el pronóstico como el propio cáncer

Autores: Piccirillo JF, Tierney RM, Costas R, Grove L, Spitznagel EL

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2004; 291:2441-7

Calificación: Excelente

Comentario: Las enfermedades no suelen existir solas (son como las desgracias), por más que la Medicina Basada en Pruebas siga el modelo de "una enfermedad". Es absurdo, por ejemplo, categorizar a los pacientes por el tipo de tumor y su dispersión, e ignorar todo acerca de las enfermedades del paciente. Los autores estudian la evolución de 19.268 pacientes (pierden 1.556, el 8%) con cáncer, y valoran el impacto de la comorbilidad. La complejidad y gravedad de las otras enfermedades resultan más importantes que el propio cáncer. Se necesita esta información para poder decidir sobre el pronóstico del tratamiento del cáncer.

Referencias bibliográficas: 46

Revisor: JG

S-4.119 *Empirical evidence for selective reporting of outcomes in randomized trial. Comparison of protocols to published articles*

Del protocolo la mitad; y de lo publicado, la mitad de la mitad

Autores: Chan AW, Hróbjartsson A, Haahr MT, Gotzsche PC, Altman DG

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2004; 291:2457-65

Calificación: Excelente

Comentario: Los hay con fe de carbonero en los ensayos clínicos (también suelen tener la misma fe respecto a las actividades preventivas). Esa fe se enfriaría si leyese este artículo, de ingleses, daneses y canadienses. Compararon 102 ensayos clínicos aprobados por un comité de ética danés, con los 122 artículos que se publicaron con los resultados de los mismos. Al leer los protocolos todo es perfecto, pero no cuadra con lo publicado; se explica poco o nada el 50% de los resultados sobre eficacia y el 65% sobre daño. Al encuestar a los investigadores, contestan 49 de 102 (48%), y 42 niegan que se haya manipulado la publicación (86%).

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-4.120 *Genetic research and health disparities*

La genética no es lo importante en la desigualdad social en salud

Autores: Sankar P, Cho MK, Condit CM, Hunt LM, Koenig B, Marshall P, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2004; 291:2985-9

Calificación: Excelente

Comentario: La genética se ofrece como la explicación universal a todos los problemas. Por eso es muy interesante este trabajo, que pretende dejar claras la limitaciones de la genética respecto a la desigualdad en salud, pues se centra en la salud según razas. Los autores insisten en que hay algún ejemplo claro de enfermedad genética asociada a grupo racial, pero que las diferencias en salud se deben a otras cosas. La desigualdad social, económica y cultural es la base de la desigualdad racial. La genética no puede explicar, además, las complejas interacciones entre genes

y ambientes. Conviene, pues, templar tanta expectativa genética.

Referencias bibliográficas: 68

Revisor: JG

S-4.121 *Grading quality of evidence and strength of recommendations*

Una propuesta lógica para valorar las guías clínicas

Autores: GRADE Working Group

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2004; 328:1490-4

Calificación: Muy bueno

Comentario: Cada vez hay más protocolos y guías clínicas. Por ello conviene saber evaluarlas, saber valorarlas. Los autores, ingleses, hacen una bonita revisión acerca de cómo graduar la calidad y fuerza de los resultados científicos que se utilizan para hacer las guías clínicas. Lo importante es seleccionar su impacto sobre resultados sanitarios de interés. Además de tener en cuenta el balance entre riesgos y beneficios (que debe constar explícitamente), así como entre ahorros y gastos. Deben incluir normas de implantación y de actualización. En fin, todo un mundo de lógica que suele faltar en protocolos al uso.

Referencias bibliográficas: 2

Revisor: JG

S-4.122 *Vacunas combinadas en el calendario de inmunizaciones sistemáticas. Seguridad de las vacunas hexavalentes*

Autores: Moraga FA, Campins M

Revista/Año/Vol./Págs.: An Pediatr (Barc) 2004; 60:403-5

Calificación: Muy bueno

Comentario: La vacunación infantil tiene un calendario que se amplía sin cesar (S-4.123). Para no convertirlo en un infierno de pinchazos se utilizan vacunas combinadas, con lo que se hace más fácil y cómodo el proceso. Los autores, barceloneses, comentan la alarma en Europa tras la muerte brusca de cinco niños en las 24 horas posteriores a la vacunación con una vacuna hexavalente (difteria, tétanos, tosferina, polio, hepatitis B e Hib). El análisis en profundidad de los casos permitió descartar uno, como muerte súbita del lactante. Respecto a los restantes, no se llegó a ninguna conclusión clara. Parece que las vacunas no tienen nada que ver.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-4.123 *Calendario vacunal de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2004*

Autores: Comité Asesor de vacunas de la Asociación Española de Pediatría

Revista/Año/Vol./Págs.: An Pediatr (Barc) 2004; 60:468-72

Calificación: Bueno

Comentario: Los pediatras tienen una excesiva valoración positiva de las vacunas, pero su propuesta de calendario suele ser más coherente que la que hacen muchas Comunidades Autónomas. En este texto se comenta el calendario vacunal, en el que recomiendan introducir la de la varicela y la del neumococo, lo que todavía está en discusión. Apoyan el cambio de la vacuna oral contra la polio a vacuna inactivada parenteral, lo que parece lógico. No desaconsejan las vacunas hexavalentes, aunque recomiendan profilaxis antipirética. Insisten en separar los pinchazos físicos al menos 2,5 cm.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-4.124 *Pediatric environmental health speciality units in Europe. For when?*

Unidades de Pediatría Ambiental: hay que estar a la moda

Autores: Ortega-García JA, Ferris J, Marco-Macián A, Berbel-Tornero O

Revista/Año/Vol./Págs.: *Eur J Pediatr* 2004; 163:337-8

Calificación: Informativo

Comentario: La capacidad de los médicos de crear "unidades" supera la imaginación. En este caso los autores, valencianos, reclaman la formación de "unidades pediátricas de medio ambiente". El problema al que se refieren es cierto, pues los niños crecen y viven en un ambiente que influye en su salud. Otra cosa es la necesidad de la especialización en dicho campo. Por ejemplo, los contaminantes ambientales deben ser responsabilidad de todos (de muchos profesionales no médicos también). Los interesados pueden dirigirse a www.pehsu.org

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-4.125 *Asociación entre continuidad de la asistencia pediátrica y utilización del servicio de urgencias de pediatría*

Autores: Brousseau DC, Meurer JR, Isenberg ML, Kuhn E, Gorelick MH

Revista/Año/Vol./Págs.: *Pediatrics (ed esp)* 2004; 57:203-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: La continuidad es cosa que apreciamos médicos y pacientes, pues suponemos que con ello mejora el resultado sanitario. Los autores, gringos, estudian el efecto de la continuidad de la atención en los siete primeros meses de vida de los niños, y el uso de urgencias hospitalarias en los doce meses siguientes. Sólo se valoró el uso por niños con tres o más visitas de al pediatra/puericultor. Se demuestra que la continuidad (ser visto por el mismo profesional) se asocia a menos visitas a urgencias, tanto en el primer años de seguimiento, como a más largo plazo.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-4.126 *One year after outbreak, SARS virus yields some secrets*

Al cabo del año no sabemos mucho sobre el SARS

Autores: Enserink M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Science* 2004; 304:1097

Calificación: Informativo

Comentario: El SARS apareció y desapareció sin que se pudiera hacer mucho, excepto aislar a los enfermos y, enterrar a los muertos. De ello hace un año y no sabemos más. Ha habido cuatro brotes más, todos de menor entidad (tres relacionados con el mal control en el laboratorio del virus causal). Parece que hay estudios *in vitro* que demuestran la utilidad del interferón alfa. Lo malo es que las vacunas desarrolladas carecen de utilidad y empeoran la evolución (en hurones). Se cree que lo pueden contagiar ginetas y ratas. En fin, se sabe algo más, pero no mucho.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-4.127 *Parkinson's: divergent causes, convergent mechanisms*

La causa final del parkinson, en la alteración oxidativa de las mitocondrias

Autores: Greenamyre JT, Hastings TG

Revista/Año/Vol./Págs.: *Science* 2004; 304:1120-2

Calificación: Muy bueno

Comentario: Lo del parkinsonismo es plaga que destruye décadas de vida. Por eso es importante la cuestión, aunque no está en el candelero. Los autores de este editorial comentan un artículo sobre la alteración de un gen que conlleva el cambio de una quinasa mitocondrial. En conjunto el parkinson hereditario es menos del 10% del total, pero puede dar muchas claves. Los editorialistas comentan el hallazgo y lo ponen en relación con otros mecanismos, degenerativos y ambientales (manganeso, MPTP) que provocan enfermedad de Parkinson. Todo lleva al daño mitocondrial y la alteración de la cadena oxidativa.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-4.128 *Pop science pulls in public as café culture goes global*

La popularidad de los Cafés Científicos

Autores: Giles J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Nature* 2004; 429:333

Calificación: Informativo

Comentario: De vez en cuando hay milagros, que ayudan a creer en la especie humana. Un milagro frecuente es la curiosidad; otro la solidaridad. Ambos se juntan en los "Cafés Científicos". De ello habla esta nota y un editorial de *Nature*. La cosa empezó con un físico francés, en 1997, y no es más que la popular tertulia española en un popular café. Alguien lo organiza, hace la convocatoria y trae a quien sabe de la cuestión a tratar. Tras una brevísima introducción se pasa a una charla dirigida que permite la participación de todo el mundo. Parece que tienen éxito en Francia, Polonia, Reino Unido y otros países.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-4.129 *VEGF delivery with retrogradely trans ported lentivector prolongs survival in a mouse ALS model*

Es posible transcribir un gen en modelos animales de esclerosis lateral amiotrófica

Autores: Azzouz M, Ralph GS, Storkebaum E, Walmsley LE, Mitrophanous K, Kingsman SM, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Nature* 2004; 429:413-7

Calificación: Bueno

Comentario: La esclerosis lateral amiotrófica es infrecuente, gracias a dios. No sabemos bien su causa (hay alteración del gen SOD1) y no hay tratamiento. Los pacientes mueren al cabo de 5 años. Los autores de este trabajo, belgas e ingleses, ensayan con un modelo de ratones (degeneración neuro-motora por alteración del gen SOD1). Les inyectan intramuscularmente un vector con una glucoproteína del virus de la rabia, y el gen SOD1. A través de los axones se logra la transmisión hasta las neuronas, la expresión de factor de crecimiento endotelial (VEGF), y el aumento de la expectativa de vida de los ratones.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG