

## S-4.130 *Short-term menopausal hormone therapy for symptom relief. An updated decision model*

**El cálculo matemático justifica dos años de parches en el climaterio muy molesto**

**Autores:** Col NF, Weber G, Stiggelbout A, Chuo J, D'Agostino A, Corso P.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med 2004;164:1634-40

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Ya hay información empírica para proceder a dar respuesta al uso racional de los parches hormonales en la menopausia, como hacen los autores, estadounidenses y holandeses. A partir de datos en la literatura simulan el efecto de dos años seguidos de tratamiento en mujeres de 50 años con síntomas climatéricos, mediante un modelo de Markov. Cuando no hay molestias, el tratamiento hace más daño que bien. Si las molestias son intensas merece la pena, pues consigue hasta ocho meses de dicha calidad. El tener mayor riesgo coronario disminuye la justificación del tratamiento, excepto cuando los síntomas climatéricos decrecen en más del 12% la calidad de vida.

**Referencias bibliográficas:** 67

**Revisor:** MPF

## S-4.131 *Las nuevas guías internacionales sobre hipertensión arterial. Concienciación frente a protocolización*

**Autores:** Pérez FJ.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Invest Clin 2004;7:184-5

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El autor, granadino, es capaz de ver las ventajas de la guía norteamericana, sencilla y práctica, con respecto a la europea, pero mantiene todos los tópicos respecto a la hipertensión. Considera la hipertensión como enfermedad, cree que el objetivo es bajar la tensión y que no hay límite en el beneficio de bajada tal, prefiere transformar lo normal en patológico, etc. Por desgracia, además, no hace una declaración explícita a favor de la recomendación gringa de empezar con diuréticos, e incluso no dice nada acerca de las desventajas de los calcio-antagonistas, y supone que es cierta la ventaja de los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II).

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** MPF

## S-4.132 *La evolución codificada*

**Autores:** Freeland SJ, Hurst LD.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Invest Ciencia 2004;333:60-7

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Las matemáticas tienen usos múltiples, y en este artículo se demuestra su versatilidad. Los autores emplean simulaciones numéricas para estudiar el comportamiento del código genético, un asunto que sólo comprendemos a medias. El artículo es muy agradable de leer, y aclara muchas cosas. La evolución no se fosilizó en un código genético que tiene el mismo fundamento en todos los seres vivos, pues se

conocen al menos 16 variaciones del código "normal". No obstante, todas ellas se basan en codones de tres nucleótidos cuya estructura básica ha perdurado los tres mil millones de años de la vida en la Tierra.

**Referencias bibliográficas:** 4

**Revisor:** MPF

## S-4.133 *Estrogen replacement therapy and coronary heart disease: a quantitative assessment of the epidemiologic evidence*

**La eficacia de los estrógenos en la menopausia para disminuir la patología cardiovascular**

**Autores:** Stampfer MJ, Colditz GA.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Internat J Epidemiol 2004;33:445-53

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Este artículo se publicó en Preventive Medicine, en 1991. Se reimprime para dar lugar a un ejercicio de debate científico en torno a los errores de los epidemiólogos (S-4.158, S-4.159, S-4.160, S-4.161, S-4.162). Los firmantes (Escuela de Salud Pública de Harvard), dejaron claro que no había dudas acerca del beneficio de las hormonas "sustitutivas" en la prevención de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres durante el climaterio. Emplearon técnicas de metaanálisis y demostraron una reducción a la mitad de la incidencia de dichas enfermedades. Concluyeron que las pruebas científicas "sugieren firmemente que las mujeres en tratamiento hormonal sustitutivo tienen un riesgo menor de enfermedad cardiovascular".

**Referencias bibliográficas:** 41

**Revisor:** MPF

## S-4.134 *Reposo en cama o deambulación precoz como tratamiento de la fase aguda de la trombosis venosa profunda: revisión sistemática y metaanálisis*

**Autores:** Trujillo AJ, Martos F, Perea E.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2004;122(17):641-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La deambulación precoz en la fase aguda de la trombosis venosa profunda (TVP) puede favorecer la emigración del trombo y la producción de embolia pulmonar; pero el reposo es un factor pro-trombótico. Habitualmente se recomienda reposo absoluto los primeros días de una TVP, sin que exista "demostración" de que sea mejor que la deambulación precoz, como se señala en esta revisión sistemática (sólo se encontraron 3 estudios, con 296 pacientes), en la que no se encontró un aumento de embolia pulmonar entre los pacientes con TVP que iniciaron la deambulación entre los días 0-2. Pero como tantas veces, hacen falta más estudios.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** MARL

## S-4.135 *Características de la hospitalización evitable en España*

**Autores:** Alfonso JL, Sentis J, Blasco S, Martínez I.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2004;122(17):653-8

**Calificación:** Buena

**Comentario:** Lo ideal sería que cada paciente sea atendido y se dé respuesta a sus necesidades en el mínimo nivel sanitario que pueda hacerlo. Según este estudio, el 15,8% de todos los ingresos en los hospitales españoles en el 2000 habrían sido "evitables" con una atención primaria de calidad. Ese porcentaje depende de los ingresos que se consideren "evitables", de la accesibilidad a la atención primaria y su calidad, de las características de la población y de la organización del sistema sanitario. Desde luego no es atribuible sólo a una atención primaria deficiente. La oferta hospitalaria influye en una mayor hospitalización evitable.

**Referencias bibliográficas:** 26

**Revisor:** MARL

## S-4.136 **Nueva revisión de los requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: ¡atención a la ética!**

**Autores:** Pulido M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(17):661-3

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Recientemente se han revisado los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos Presentados a Revistas Biomédicas (habitualmente conocidas como "normas de Vancouver") y en este editorial se informa de ello y de la disponibilidad de su traducción en la página [www.doyma.es](http://www.doyma.es), así como de algunos aspectos relativos a autoría de los artículos, proceso editorial, confidencialidad o publicación redundante. No existen cambios importantes en los aspectos formales de la elaboración de manuscritos, destacándose las cuestiones que pretenden una mayor honradez, transparencia y entendimiento entre todos a través de las publicaciones científicas.

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** MARL

## S-4.137 **Seguridad de los fármacos antiepilépticos durante el embarazo**

**Autores:** Rebordosa C, Aguilera C.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(17):675-6

**Calificación:** Buena

**Comentario:** Cualquier fármaco antiepiléptico es potencialmente teratogénico. Los hijos de madres epilépticas tienen un riesgo de malformaciones congénitas de 2-3 veces superior a la población general. Los antiepilépticos pueden ser teratogénicos, pero su no utilización aumenta el riesgo de convulsiones, con el consiguiente posible daño materno y fetal. Por ello sí se recomienda el tratamiento antiepiléptico de las mujeres epilépticas embarazadas con el fármaco o fármacos que mejor controlen la enfermedad, asociados a ácido fólico durante el período periconcepcional y vitamina K al final del embarazo y neonato.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** MARL

## S-4.138 **Can treating depression improve disease outcomes?**

**La mejora de la depresión no mejora otras enfermedades coexistentes**

**Autores:** Jackson JL, Dezee K, Berbano E.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2004; 140:1054-5

**Calificación:** Buena

**Comentario:** No sabemos bien cómo se distingue el cuerpo del alma (o de la mente) si es que tal distinción es posible. Lo que es cierta es la asociación entre patología orgánica y mental, un tipo de comorbilidad muy interesante. Los autores de este editorial comentan un trabajo publicado en el mismo número sobre el efecto de tratar la depresión en pacientes diabéticos (se da la asociación en el 59% de los casos). Los

pacientes mejoraron de su depresión con tratamiento antidepressivo, pero no mejoraron de su diabetes. Ello no evita, claro, la exigencia del tratamiento de la depresión, que mejora la calidad de vida de los diabéticos.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** JG

## S-4.139 **Response, partial response and nonresponse in primary care treatment of depression**

**La depresión es una enfermedad que resiste al tratamiento**

**Autores:** Corey-Lisle PK, Nash R, Stang P, Swindle R.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Arch Intern Med* 2004; 164:1197-204

**Calificación:** Buena

**Comentario:** El tratamiento de la depresión es de poca eficacia, con tricíclicos o con inhibidores de la recaptación de serotonina. En este ensayo clínico "práctico" (médicos y pacientes sabían qué medicamento se utilizaba: fluoxetina, paroxetina o sertralina) se valora la revisión al cabo de seis meses. El resultado es similar al de los ensayos clínicos clásicos: hay un 23% de curaciones. El 46% sigue igual y el 32% sólo obtienen una ligera mejoría. Es un trabajo de Lilly, pero ayuda a entender que no es fácil tratar la depresión.

**Referencias bibliográficas:** 36

**Revisor:** JG

## S-4.140 **Over the counter pain reliever and aspirin use within a sample of long-term cyclo-oxygenase 2 users**

**Uso y abuso de analgésicos y antiinflamatorios**

**Autores:** Cox ER, Frisse M, Behm A, Fairman K.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Arch Intern Med* 2004; 164:1243-5

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** En la práctica clínica las cosas pueden ser muy diferentes respecto a la teoría de, por ejemplo, los ensayos clínicos. En este trabajo se estudia la utilización de aspirina, paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) básicos (ibuprofeno y naproxeno) en pacientes que toman inhibidores de la COX-2 (i-COX-2), en una población gringa de un seguro para trabajadores y jubilados. De los 525 en tratamiento con i-COX-2 contestan a una encuesta telefónica 325. Casi la mitad toman aspirina como cardioprotector, el 43% toma paracetamol para el dolor y el 10% otro AINE. Es decir, se prescribe un i-COX-2 para disminuir el riesgo de hemorragia (en teoría) y se toman gastroerosivos por otras causas.

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** JG

## S-4.141 **Experiencia y valoración de la rotación de un farmacéutico residente por el Servicio de Pediatría**

**Autores:** Jornet S, Vuelta M, Martín D, Gallart MJ, Allué X.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Acta Pediatr Esp* 2004; 62:184-8

**Calificación:** Buena

**Comentario:** Hay muchos médicos en contra de la atención farmacéutica, pues consideran que los farmacéuticos invaden ámbitos de actuación de los médicos. Por ello es interesante este análisis del trabajo de un residente de farmacia hospitalaria por el Servicio de Pediatría, en Tarragona. En las 11 semanas de la rotación hubo 90 intervenciones farmacéuticas, 11 recomendaciones y se encontraron 31 errores de medicación (nueve errores reales, en el paciente, de los que el farmacéutico determinó ocho).

**Referencias bibliográficas:** 13

**Revisor:** JG

## S-4.142 *High fear-avoiders of physical activity benefit from an exercise program for patients with back pain*

**En la lumbalgia, la rehabilitación sienta mejor a los que temen desencadenar el dolor**

**Autores:** Moffett HAK, Carr H, Howarth E.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Spine* 2004; 29:1167-73

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** El dolor de espalda, tan frecuente y tan mal entendido. Los autores, ingleses, han montado un programa de rehabilitación para ayudar a recuperarse a los pacientes, de 8 sesiones de una hora de duración (dos sesiones por semana). En este trabajo analizan a los pacientes con dolor lumbar según tengan miedo al dolor (y por eso se mantienen rígidos) o tengan depresión. El programa de rehabilitación ayuda a corto y a largo plazo más a los que tienen más miedo. Los deprimidos sólo mejoran a corto plazo. Conviene, pues, explorar a los pacientes con lumbalgia respecto a miedos y temores.

**Referencias bibliográficas:** 33

**Revisor:** JG

## S-4.143 *Plainning for epidemics. The lessons of SARS*

**Las epidemias y las reacciones a las epidemias**

**Autores:** Weinstein RA.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2004; 350:2332-4

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Las enfermedades infecciosas no nos han abandonado nunca, por más que las vacunas, los antibióticos y la higiene hayan cambiado su incidencia e historia. El autor de este editorial comenta el problema del SARS en Toronto (Canadá), que se documenta en otro artículo de la misma revista. En Toronto, por cada paciente con SARS hubo 10 casos potenciales, 100 contactos, y 1.400 "sanos preocupados". Es decir, como en la Edad Media, hace más daño el pánico que el germen. La lección es que hay que estar preparados, pues el SARS, o cualquier epidemia infecciosa, puede reaparecer sin avisar. Y el SARS es poco contagioso.

**Referencias bibliográficas:** 1

**Revisor:** JG

## S-4.144 *De las variaciones en la práctica médica a la investigación de resultados y la toma de decisiones compartidas*

**Autores:** Peiró S, editor.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Barcelona: Edittec*, 2004

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Las variaciones de la práctica clínica son una especie de misterio que no hay forma de aclarar. Tal vez no sea un misterio, sino el resultado normal del buen trabajo clínico. Excepto cuando son inexplicables, increíbles, y exageradas. Este libro recoge las ponencias presentadas en la II Reunión Internacional de Investigación de Resultados en Salud. Se ha publicado con ayuda de Novartis. Es un texto muy bueno, con autores como el propio editor (Salvador Peiró, con el capítulo más interesante), Ricard Meneu, John Wennberg, Angela Coulter, Vicente Ortún, Xavier Bofill y demás tribu.

**Referencias bibliográficas:** *Libro*

**Revisor:** JG

## S-4.145 *El projecte AUPA Barceloneta (el CAP Barceloneta/Serveis Mèdics, 1993-2003*

**El centro autogestionado de la Barceloneta (Barcelona), descripción y epitafio.**

**Autores:** Segura A.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Barcelona; Generalitat de Catalunya (Institute*

*d'Estudis de la Salut), Monografia n° 12; 2004*

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** Tenemos un sistema sanitario rígido donde los haya. Ni en Finlandia nos ganan a rigidez, pese a tener frontera con Rusia. Por eso es un placer leer esta monografía, escrita por un salubrista inteligente (los hay), acerca de una experiencia insólita y poco conocida, en Barcelona. Es la autogestión sin algaradas. Con cosas tan sencillas como consulta inmediata con enfermera (que filtra y resuelve la demanda que ya no entra ni a demanda). O con contratos con los farmacéuticos de oficina de farmacia para que controlen a hipertensos y diabéticos (y pago a los farmacéuticos).

**Referencias bibliográficas:** 70

**Revisor:** JG

## S-4.146 *Inadverted intradermal administration of tetanus toxoid-containing vaccines instead of tuberculosis skin tests*

**Errores en la administración de vacunas**

**Autores:** *Anónimo.*

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2004; 292:1171

**Calificación:** *Informativo*

**Comentario:** Dicen los japoneses que un error es un tesoro (si uno modifica las circunstancias que lo hicieron posible). Nuestro refrán dice que más vale aprender en cabeza ajena. De ello va este artículo, que comenta el aumento de errores en la vacunación conforme se multiplican las vacunas, su composición y presentación. En este caso concreto se da cuenta de la declaración de errores en los que se inyectan vacunas antitetánicas intradérmicamente (para hacer el Mantoux) en lugar de PPD. La reacción inflamatoria consiguiente lleva a Mantoux positivo, tratamiento con isoniazida y demás.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-4.147 *Consumer-driven health care. Lessons from Switzerland*

**El sistema sanitario suizo como ejemplo**

**Autores:** Herzlinger RE, Parsa-Parsi R.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2004; 292:1213-20

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** En el mundo desarrollado hay países que llaman la atención por su organización sanitaria. Por ejemplo, EE.UU. con más de 40 millones sin ningún seguro ni atención, y Suiza, por su liberalismo (pequeña cobertura de la población total). En este texto se presenta una visión optimista del sistema suizo, con una mala atención sanitaria pero un buen resultado en salud. Los suizos "compran" su seguro, con una cesta básica obligatoria. Pero, por ejemplo, se ofrece a los no fumadores un seguro 20% más barato que para fumadores. Al cabo, los que más ventajas obtienen son mujeres de clase alta, aunque el sistema funciona bien si se compara con EE.UU.

**Referencias bibliográficas:** 70

**Revisor:** JG

## S-4.148 *The Swiss health system. Regulated competition without managed care*

**Los inconvenientes del sistema sanitario suizo**

**Autores:** Reinhardt UE.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2004; 292:1227-31

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** La visión de la realidad nacional puede sesgar la interpretación de los hechos. Ésta es la conclusión que se saca al leer el comentario de un estadounidense al artículo previo (S-4.147). Ya las cosas no se ven con tanto optimismo. El sistema sanitario suizo es uno de los más regresivos del mundo, por el gran coste para el bolsillo indivi-

dual, y por los grandes pagos en el punto del servicio. Desde luego, Suiza gasta menos en sanidad que EE.UU. (11% contra 14% del Producto Interior Bruto), pero mucho más que otros países ricos como Francia (10%), Holanda (9%) o Japón (8%). Es un sistema caro, pero los suizos están encantados.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** JG

## S-4.149 *Gene delivery goes global*

### Un ejemplo de terapia génica en un modelo de enfermedad de Duchenne

**Autores:** Thomas CE.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Nature Med* 2004; 10:782-3

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La terapia genética sigue siendo una promesa incluso en las enfermedades monogénicas conocidas ya hace 100 años. Pero puede que las cosas mejoren, como comenta el autor respecto a un estudio con ratones defectuosos con distrofia muscular tipo Duchenne, publicado en el mismo número. Consiguen la síntesis de un gen para producir distrofina, y lo implantan en plásmidos. Inyectan los plásmidos por vía venosa, junto a un producto permeabilizador de las paredes vasculares. Con ello logran la introducción y expresión del gen en todas las células musculares de los ratones, y la reversión parcial de la enfermedad.

**Referencias bibliográficas:** 7

**Revisor:** JG

## S-4.150 *Is the placebo powerless? Update of a systematic review with 52 new randomized trials comparing placebo with no treatment*

### El placebo es ineficaz, excepto en el dolor

**Autores:** Hrobjattsson A, Gotzsche PC.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Intern Med* 2004; 256:91-100

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La enfermedad se vive de forma muy diferente según la distinta personalidad de los pacientes (y de sus familias). De ahí la influencia de cosas absurdas, como el placebo. ¿Es útil el placebo? Los autores, daneses, ya habían revisado el problema (114 ensayos clínicos de placebo contra nada). Añaden ahora otros nuevos ensayos clínicos, y revisan en total 156, con 11.737 pacientes. El placebo es inútil, excepto quizá respecto al dolor y a las fobias. El mito de la utilidad del placebo parece eso, un mito.

**Referencias bibliográficas:** 59

**Revisor:** JG

## S-4.151 *Suspicion of pulmonary embolism in outpatients: nonspecific chest pain is the most frequent alternative diagnosis*

### La sospecha de embolia pulmonar

**Autores:** Bernard S, Bounameaux H, Perneger T, Perrier A.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Intern Med* 2004; 256:153-60

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En la embolia pulmonar lo característico es una disnea brusca de inexplicable etiología. Puede haber otros signos y síntomas, pero es difícil diagnosticarla si no hay antecedentes de interés. Los autores, suizos, estudian a 1.090 pacientes remitidos a urgencias por sospecha de embolia pulmonar y valoran el proceso diagnóstico. Tuvieron embolismo pulmonar 321 (28%), diagnosticado con tomografía axial computarizada (TAC) pulmonar, determinación del dímero D y ecografía venosa inferior. Lo más frecuente fue dolor torácico inespecífico, en 334 pacientes (31%): en pacientes jóvenes, mujeres, con disnea de menos de 20, taquicardia de menos de 100 y sin antecedentes de interés.

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** JG

## S-4.152 *Contemplating ACTION: long-acting nifedipine in stable angina*

### Como siempre, bloqueadores beta en la patología coronaria

**Autores:** Psaty B, Furberg CD.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2004; 364:817-8

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Hay muchos médicos y pacientes que creen en la hipertensión como enfermedad, no como asociación estadística (factor de riesgo) con alguna enfermedad como ictus. En este editorial, dos gringos perseguidos por sus estudios que demostraron la peligrosidad de los bloqueadores de los canales del calcio (nifedipino y cía), comentan ACTION. Éste es un ensayo clínico de uso del nifedipino en pacientes con angina que no cede con bloqueantes beta. La conclusión es la de siempre, dejar a los bloqueantes del calcio para tercera línea. ¿Por qué seguirán insistiendo si ya lo sabíamos?

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** JG

## S-4.153 *New insight into sudden infant death syndrome multifactorial*

### La muerte súbita del lactante: un síndrome multifactorial

**Autores:** Opdal SH, Rognum TO.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2004; 364:825-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Nadie compra su vida, y nacemos para morir. Pero si hay algo que llame la atención es la muerte súbita de un lactante. Resulta inexplicable: se acuesta sano y amanece muerto. Los autores, noruegos, revisan la posible etiología de este síndrome de muerte súbita y destacan su triple componente: a) alteración cerebral e inmunológica, con énfasis en una modificación serotoninérgica, b) alteración genética, demostrada en 21 casos en una comunidad amish (mutación homocigótica del gen TSPYL, en el cromosoma 6) y c) desencadenantes, como dormir boca abajo, una madre fumadora o infección por B.pertussis.

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** JG

## S-4.154 *Overcoming health-systems constraints to achieve the Millenium Development Goals*

### Más Atención Primaria y mejores sistemas de salud para el mundo desarrollado

**Autores:** Travis P, Bennett S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder AA, et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2004; 364:900-6

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** En 2000, 189 países de la ONU firmaron un acuerdo para erradicar la pobreza en 2015. Parece que caminamos en dirección contraria, al destruir países como Irak para robar el petróleo en nombre de la lucha contra el terrorismo. Los autores se centran en los tres objetivos en salud de los ocho de la iniciativa global, y revisan la oportunidad de lograrlos (control de la mortalidad infantil y de la materna, y de enfermedades infecciosas como sida, paludismo y otras). Lo bonito es que demuestran que es mejor una política global, con Atención Primaria fuerte, que una política sectorial (vertical) para ir resolviendo problema a problema. Es decir, quieren sistemas sanitarios de calidad. Parece lógico, ¿no?

**Referencias bibliográficas:** 34

**Revisor:** JG

## S-4.155 **Community-based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century**

### Los epidemiólogos y las necesidades de la población

**Autores:** Leung MW, Yen IH, Minkler M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Int J Epidemiol* 2004; 33:499-506

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Los epidemiólogos suelen vivir en torres de marfil, ajenos a la vida, enterrados entre los números. Suelen creer que la verdad está en los métodos estadísticos. Así les va. Los autores de este artículo son estadounidenses preocupados por lograr "investigación transformadora", o investigación que facilite la acción. Es una idea de los cuarenta, de un alemán, Kurt Lewin, que no termina de calar. Los epidemiólogos y salubristas no necesitan más rigor metodológico (que también), sino participar y hacer participar a la comunidad en los problemas a estudiar y en la resolución de los mismos. Otra visión, no cabe duda.

**Referencias bibliográficas:** 74

**Revisor:** JG

## S-4.156 **The people know best**

### La población en el diseño, realización y selección de estudios epidemiológicos

**Autores:** Calnan M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Int J Epidemiol* 2004; 33:506-7

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** Los epidemiólogos de salón se sienten satisfechos con la contemplación de su propio ombligo. Triste imagen desde el punto de vista de un Virchow. Dicha contemplación lleva a que la investigación epidemiológica no llegue a ningún sitio ni produzca cambios que mejoren la salud de la población. De todo ello habla el comentarista del artículo previo (S-4.155), un inglés que promueve el desarrollo de una "epidemiología popular". De una epidemiología en que se compartan proyectos con representantes sociales y de la comunidad en torno a la cuestiones relevantes para la salud de la población. Un mundo diferente al que estamos acostumbrados.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** JG

## S-4.157 **Undercover and overloaded**

### El difícil diagnóstico diferencial de la disnea

**Autores:** Wang A, Bashore TM.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2004; 351:1014-9

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Es difícil pasar consulta y no cometer errores; de hecho, es imposible. Los pacientes "de libro" no se ven en la realidad, de forma que hay que aceptar la incertidumbre al ser médico clínico. Los autores, gringos, presentan la resolución de un caso clínico. Es un paciente obeso con disnea, tos y edemas tibiales bilaterales. Va empeorando a lo largo de nueve meses en que le hacen de todo: análisis, radiografías, TAC, TAC espiral, tomografía de emisión positrónica, tratamiento para apnea del sueño y demás. Al final se demuestra que tiene una pericarditis constrictiva, y cura con una pericardiotomía.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** JG

## S-4.158 **Hormones and heart disease: do trials and observations studies address different questions?**

### Las razones de la sinrazón del uso de las hormonas en la menopausia

**Autores:** Stampfer M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Int J Epidemiol* 2004;33:454-5

**Calificación:** *Informativo*

**Comentario:** No es fácil reconocer el error, y no lo hace el autor, uno de los dos firmantes del clásico metaanálisis que ahora se emplea como modelo de lo que no hay que hacer (S-4.133). Desde luego termina admitiendo lo innegable, que las hormonas son peligrosas en el climaterio y no las deberían utilizar las mujeres. Pero no da su brazo a torcer, y saca estudios en animales y laboratorios que apoyan el efecto beneficioso de las hormonas femeninas, y argumenta acerca de diferencias de edad y demás. En fin, los típicos argumentos de los ginecólogos que siguen recetando indiscriminadamente las hormonas a las mujeres indefensas.

**Referencias bibliográficas:** 13

**Revisor:** MPF

## S-4.159 **The HRT story: vindication of old epidemiological theory**

### El efecto Rosenthal y la terapia hormonal substitutiva

**Autores:** Vandenbroucke JP.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Internat J Epidemiol* 2004;33:456-7

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** El autor, holandés, publicó un trabajo en 1995 en el que criticaba el exceso de beneficio que se atribuía a la terapia con hormonas sexuales femeninas. En este trabajo aprovecha para ajustar cuentas con todos los que se equivocaron, y destaca la enorme influencia de los efectos esperados en la evaluación de los efectos conseguidos (el efecto Rosenthal, que no cita como tal). Los investigadores y los médicos (y las mujeres) esperaban el beneficio del tratamiento hormonal, así que obtuvieron el beneficio sin perjuicio. La realidad no existe, sino que se interpreta, y la interpretación no es neutral pues depende de las expectativas.

**Referencias bibliográficas:** 13

**Revisor:** MPF

## S-4.160 **Observation versus intervention: what's different?**

### Los errores en el análisis de los estudios sobre la eficacia de la terapia hormonal sustitutiva

**Autores:** Barret-Connor E.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Internat J Epidemiol* 2004;33:457-9

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Elizabeth Barret-Connor, la firmante de este artículo, aconsejó en contra cuando en junio de 1990 la Food and Drug Administration (FDA) gringa respondió positivamente a la petición de la industria farmacéutica para incluir en los prospectos de las hormonas sexuales femeninas empleadas en la terapia hormonal substitutiva que estaban indicadas para prevenir la patología cardiovascular. Basó su negativa en la ausencia de ensayos clínicos. Ahora ajusta cuentas con elegancia y revisa los distintos aspectos del error epidemiológico que llevó a recomendar el tratamiento hormonal para casi todas las mujeres postmenopáusicas.

**Referencias bibliográficas:** 14

**Revisor:** MPF

## S-4.161 **Hazards of studying women: the oestrogen/progesterone dilemma**

### Agente, huésped y ambiente, los tres clásicos en el tratamiento hormonal substitutivo

**Autores:** Kuller LH.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Internat J Epidemiol* 2004;33:459-60

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Son millones la mujeres tratadas con hormonas sexuales en el climaterio, como destaca el autor. Y ello plantea un problema de

salud pública por la morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y médicamente provocada: ictus, tromboembolismo pulmonar, infartos de miocardio, cáncer de mama, demencia y demás. No somos inocentes. Los autores que realizaron el metaanálisis (S-4.133) dejaron claro que no se podía deducir "causalidad" entre hormonas sexuales y menos patología cardiovascular, pero concluyeron con aquello de que hay pruebas aplastantes e indudables en favor del papel positivo de la terapia hormonal sustitutiva en la prevención de la patología cardiovascular en las mujeres menopáusicas. Ése era el mensaje que se quería transmitir, y el que se transmitió.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** MPF

## S-4.162 *Hormone replacement therapy and coronary heart disease: four lessons*

### Cuatro lecciones de un error

**Autores:** Pettiti D.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Int J Epidemiol* 2004;33:461-3

**Calificación:** Excepcional

**Comentario:** La firmante de este artículo demostró que las mujeres tratadas con la terapia hormonal sustitutiva morían menos de accidentes y muertes violentas. Como no había explicación plausible lo empleó para chotearse de los que sostenían algo tan imposible como el efecto preventivo de dicha terapia respecto a la patología cardiovascular. Ahora escribe un artículo excepcional y señala cuatro lecciones de ese error que ya criticó: a) no estés ciego ante lo contradictorio, b) los mecanismos de acción de los medicamentos son complejos, c) no tengas expectativas ni ideas preconcebidas, y d) mantén un sano escepticismo incluso ante lo evidente.

**Referencias bibliográficas:** 33

**Revisor:** MPF

## S-4.163 *Evaluación cognitiva del anciano. Datos normativos de una muestra poblacional española de más de 70 años*

**Autores:** del Ser T, García MJ, Sánchez F, Frades B, Rodríguez A, Bartolomé MP, et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(19):727-44

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La evaluación del deterioro cognitivo en el anciano con los test habituales que utilizamos está muy influida por el nivel de escolarización. En este estudio realizado con la población anciana de Leganés, se establecen los datos normativos de una serie de pruebas neuropsicológicas para cuatro subgrupos de edad y dos de nivel cultural, que pueden ser muy útiles para establecer con rigor el diagnóstico de demencia y de deterioro cognitivo leve en cada uno de los subgrupos. Aunque no disponemos de tratamiento específico en las demencias; los inhibidores de la acetilcolinesterasa en fases precoces pueden reducir el deterioro cognitivo y funcional, aunque de forma muy discreta.

**Referencias bibliográficas:** 51

**Revisor:** MARL

## S-4.164 *Efectividad comercial de la industria farmacéutica. Rentabilidad para la industria y valor para los clientes*

**Autores:** Mur J, Vilardell M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(19):753-7

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Artículo sobre las estrategias promocionales de la industria farmacéutica y la relación con el médico. En los últimos años lo habitual ha sido la promoción homogénea y estándar a través de extensas redes de ventas, pero se observa una disminución del retorno de la inversión promocional y una saturación de la visita médica (se recuerdan

menos del 10% de visitas, un 20% de médicos no recibe delegados, sólo un 30% considera a los visitantes una fuente importante de información, y la mayoría creen necesario un cambio de estilo y contenido). Se aboga por cambios importantes en la estrategia comercial y por una personalización de la visita que aporte información y servicios útiles.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** MARL

## S-4.165 *Análisis de los costes de la enfermedad de Alzheimer en función del deterioro cognitivo y funcional*

**Autores:** López S, Garre J, Turon A, Hernández F, Expósito I, Lozano M, et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(20):762-72

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Estudio prospectivo observacional en el que se determinan los costes de atención médica y sociosanitaria en pacientes ambulatorios con enfermedad de Alzheimer. Como es lógico, a mayor deterioro cognitivo y funcional y a mayor carga del cuidador, mayor coste, variando de 419 € al mes en los casos más leves a 1.150 € en los casos de más deterioro. Gran parte de este coste recae en las propias familias a través de la atención que prestan, estimado en unas 77 horas mensuales de ayuda para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

**Referencias bibliográficas:** 56

**Revisor:** MARL

## S-4.166 *Inappropriate prescribing for elderly Americans in a large outpatient population*

### No recetas ni amitriptilina ni diacepán a los ancianos

**Autores:** Curtis LH, Ostbye T, Sendersky V, Hutchison S, Dans PE, Wright A, et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Arch Intern Med* 2004; 164:1621-5

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los medicamentos tienen contraindicaciones e interacciones que los médicos desconocemos en muchos casos. Es cierto y terrible. Se demuestra una y otra vez. En este caso, de EE.UU., con las recetas de 1999, de 765.423 ancianos, de edad media 74 años. Se les recetó al menos un medicamento inapropiado al 21%, y dos o más al 4%. Entre los más frecuentes, amitriptilina y diacepán. Los resultados coinciden con otros muchos estudios que demuestran lo mismo. Somos profesionales de dura cerviz, no cabe duda.

**Referencias bibliográficas:** 36

**Revisor:** JG

## S-4.167 *Mifepristone-induced early abortion and outcome of subsequent wanted pregnancy*

### La RU486 no altera embarazos posteriores

**Autores:** Chen A, Yuan W, Meirik O, Wang X, Wu S, Zhou L, et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Epidemiol* 2004; 160:110-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El aborto será cada vez más una cuestión personal, ni social ni médica. Lo digo por la eficacia de la mifepristona (RU486), la píldora que provoca el aborto sin casi riesgos. En este trabajo, chino, se compara el resultado del embarazo tras un aborto con mifepristona, quirúrgico, o sin aborto previo. No hay diferencias ni respecto al éxito del embarazo, ni al peso de los niños ni a las complicaciones. Parece que el uso de la mifepristona como abortivo en una mujer nulípara no conlleva efectos adversos para el siguiente embarazo y parto.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

## S-4.168 **Mala conducta científica en la comunicación de resultados biomédicos, ¿costumbre consagrada por el uso o laxitud de la ética?**

**Autores:** San Román CM, Alcalá-Zamora J, Guil M, Fernández S, Lain JM, Peláez S.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Rev Clin Esp* 2004; 204:393-7

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Los científicos (médicos y otros) publican todo lo que pueden. Aunque para publicar tengan que duplicar y fragmentar los trabajos. Los autores, andaluces y madrileños, se dieron casualmente cuenta de la duplicación de los resúmenes presentados en distintas reuniones de médicos internistas. Así que han hecho una base de datos de las comunicaciones y ponencias en distintos congresos de Medicina Interna y áreas afines (infecciones, hipertensión y demás). En el de internistas de Andalucía, de 2001, el 12% de los trabajos estaban duplicados y el 7 fragmentados. De los 36 grupos que presentaron trabajos el 47% hizo algún tipo de fraude.

**Referencias bibliográficas:** 32

**Revisor:** JG

## S-4.169 **Life without numbers in the Amazon**

### La necesidad del lenguaje para operar con conceptos

**Autores:** Holden C.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Science* 2004; 305:1093

**Calificación:** *Informativo*

**Comentario:** El lenguaje es un misterio que no logramos entender. De hecho, parece que nos domina. Sólo somos capaces de pensar lo que podemos expresar. Es decir, parece que no hay conceptos si no hay palabras para expresarlos. Este comentario del *Science* viene a cuento de un trabajo sobre unos indios de Brasil. Estos indios sólo distinguen entre uno, dos y mucho. Aunque son inteligentes y capaces, no pueden hacer operaciones matemáticas más allá de uno y dos. Si comparan dos grupos de nueces son capaces de decir que uno es grande y otro pequeño pero no que uno es "mayor que el otro". Interesante.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-4.170 **A longitudinal, community-based study of low back pain outcomes**

### El dolor lumbar persiste más si se busca asistencia médica

**Autores:** Jacob T, Baras M, Zeev A, Epstein L.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Spine* 2004; 29:1810-7

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** El dolor de espalda inespecífico es frecuentísimo y de etiología y evolución desconocida. Sabemos que cristaliza y empeora con los estudios médicos (la actividad diagnóstica y terapéutica). En este trabajo se identifican a 555 pacientes con dolor de espalda de inicio reciente, en un pueblo, y se les sigue 2 y 12 meses. Persiste el dolor en el 77% y 78% de la muestra en ambos periodos. La persistencia se asocia a más dolor, a buscar atención médica, a estar desempleado, y a haber tenido el año anterior un disgusto grave (muerte de un familiar cercano, divorcio, desempleo).

**Referencias bibliográficas:** 36

**Revisor:** JG

## S-4.171 **The "myths" of low back pain: status quo in Norwegian general practitioners and physiotherapist**

### Los siete mitos acerca del dolor de espalda han muerto entre los médicos noruegos

**Autores:** Ihlebaek C, Eriksen HR.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Spine* 2004; 29:1818-22

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Años y años de mala práctica clínica han convencido a la población de que el dolor de espalda se debe a esfuerzo, se diagnostica con técnicas radiológicas y de imágenes, mejora con reposo en cama, se beneficia de la cirugía y demás (los 7 mitos de Deyo). Los autores, noruegos, encuestan a tres muestras de población general, fisioterapeutas y médicos generales. En estos dos últimos grupos tienen enterrados los 7 mitos, aunque casi el 10% piensa que vale algo la radiología. Sin embargo, la población general cree en los mitos (hasta el 60% en el valor del diagnóstico por imagen).

**Referencias bibliográficas:** 22

**Revisor:** JG

## S-4.172 **El shock y sus consecuencias**

**Autores:** Landry DW, Oliver JA.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Invest Ciencia* 2004; 333 (junio):47-51

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** El shock es el estado final de muchos pacientes, que mueren tras una hemorragia, un fallo cardíaco, o un problema general (infección, especialmente). Los autores hacen una síntesis precisa del shock y de los mecanismos que participan en su génesis. Demuestran que el problema último es una vasodilatación de las arteriolas. Dicha dilatación se produce por relajación de los miocitos, por tener abiertos los canales de potasio, lo que impide la entrada del calcio. El uso de vasopresina en dosis bajas logra bloquear los canales de potasio, permite el paso intracelular del calcio, la contracción de los miocitos y el aumento de la presión arterial.

**Referencias bibliográficas:** 2

**Revisor:** JG

## S-4.173 **Utilidad de la radiología simple del raquis en la estimación de pérdida de masa ósea**

**Autores:** Romero A, Selles F, Ramírez V, Durán B, Rivas AM, Rodríguez C.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Investigación Clin* 2004; 7:144-9

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** La osteoporosis es una "epidemia silenciosa", como les gusta decir a los que tienen lucro con su diagnóstico y tratamiento. Muy simple de prevenir y tratar: ejercicio, dieta láctea, sol, abandono del tabaco y bifosfonatos (en su caso). Los autores, de Granada, se preguntan si la radiografía de columna tiene relación con la densitometría (absorciometría radiológica de doble energía) en la osteoporosis. Estudian a 104 pacientes con los dos métodos. Cuando en la placa hay osteopenia + acunamiento vertebral + refuerzo cortical hay osteoporosis densitométrica (en calcáneo) en el 75% de los casos. Es decir, parece que sirve.

**Referencias bibliográficas:** 34

**Revisor:** JG

## S-4.174 **Is the inverse care law no longer operating?**

### La reversión de la ley de cuidados inversos

**Autores:** Adams J, White M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:802

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** La "ley de cuidados inversos" dice que a más necesidad de cuidados menos se reciben. Siempre que se ha estudiado se ha demostrado su cumplimiento. Pero los autores, ingleses, comentan un artículo previo en la misma revista que claramente demuestra más recursos sanitarios, y sociales en las zonas más deprimidas, en lo que se re-

fiere a atención primaria. Este hallazgo es congruente con los trabajos de la OCDE que demuestran más acceso a los médicos generales de los más pobres (más de lo que sería necesario, incluso por necesidad) en algunos países, como España.

**Referencias bibliográficas:** 5

**Revisor:** JG

### S-4.175 *Prevalent expression of the immunostimulatory MHC class I chain-related molecule is counteracted by shedding in prostate cancer*

#### La defensa de las células del cáncer de próstata

**Autores:** Wu JD, Higgins LM, Steinle A, Cosman D, Hangk K, Plymate SR.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Clin Invest* 2004; 114:560-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Sabemos poco acerca del cáncer de próstata (y del cáncer en general), por más que sea una enfermedad muy frecuente. Los autores, alemanes y estadounidenses, estudian muestras de sangre de pacientes con cáncer de próstata agresivo (metástasis óseas), y muestras de dichos cánceres. Demuestran que se altera el mecanismo inmunológico que permite destruir las células tumorales que expresan MIC, una proteína de superficie que activa el receptor NK62D. Las células tumorales agresivas producen MIC pero no lo expresan en superficie, por lo que no son destruidas.

**Referencias bibliográficas:** 49

**Revisor:** JG

### S-4.176 *The limits of epidemiology and the Spanish Toxic Oil Syndrome*

#### Revisión del envenenamiento con aceite de colza

**Autores:** Terracini B.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Int J Epidemiol* 2004; 33:443-4

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** La codicia rompe el saco, dice el refrán. Y la codicia de los que legislaron, controlaron, compraron, vendieron y comercializaron el aceite de colza en los años setenta y ochenta parece la causa última del envenenamiento de los españoles en 1981 (el Síndrome Tóxico). En este editorial, un italiano del comité de expertos revisa el proceso completo del caso, y deja claro que fue la eliminación de anilina la que llevó a vender un producto tóxico como "aceite de oliva" (que compraron quienes creen que se venden euros por 90 céntimos). También revisa las dificultades científicas y de comunicación con el público. Y el efecto de otras alternativas etiológicas, como la del director del Hospital del Rey.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

### S-4.177 *Evolución seguida en el programa de vacunaciones en Andalucía y su impacto en el trabajo enfermero*

**Autores:** Lima JS, Lomas M, Fernández I, Ponce JM.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Enfermería Científica* 2004; 266/267:56-68

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En el campo de las vacunas hay poca ciencia, como en casi todo. Los calendarios se cambian y vuelven a cambiar, y se introducen vacunas porque algunos expertos lo creen conveniente, pero con pocos estudios que justifiquen tales cambios y nuevas vacunas. En este caso es el personal de enfermería andaluz el estudiado por los autores, sevillanos. Identifican 15 cambios en el calendario desde 1985 a 2001. Aumentó la cobertura desde el 63% en 1990 al 96% en 2001. Las enfermeras se quejan de que los cambios se avisan poco, y conlleven más posibilidades de error (en la administración y el registro). Pero están contentas con esta labor.

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** JG