

Con la colaboración de



S-2.690 *Income inequality and population health*

(La desigualdad económica no se correlaciona con la mortalidad)

Autores: Makenbach JP

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2002;324:1-2

Calificación: Muy bueno

Comentario: En este editorial un holandés comenta los artículos que publica el *British* acerca del efecto de la desigualdad económica en la salud. En su conjunto demuestran que fue un estudio mal hecho el que permitió concluir que hay asociación entre la desigualdad y la mortalidad. Los datos se confirman para EE.UU., como único país occidental en el que sucede. No está muy claro; parece que no hay duda respecto al impacto del nivel económico individual en la mortalidad y en la morbilidad, pero que otra cosa muy distinta es el impacto de la desigualdad (no ya de la pobreza, sino de la injusta distribución de la riqueza, que no es exactamente lo mismo).

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: MPF

S-2.691 *Income inequality, individual income, and mortality in Danish adults: analysis of pooled data from two cohort studies*

(En Dinamarca los pobres mueren más y antes, con independencia de la desigualdad)

Autores: Osler M, Prescott E, Gronbaek M, Christensen U, Due P, Engholm G
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2002;324:13-6

Calificación: Bueno

Comentario: Estos autores daneses estudian la mortalidad de 25.728 ciudadanos de Copenhague que han participado en dos estudios de salud sobre población general, con un seguimiento medio de unos 13 años, desde el final de los años setenta. La mortalidad global fue mayor en las zonas con mayor desigualdad económica, pero si se corrige por factores de riesgo individuales, desaparece esta asociación ecológica. Incluso después de corregir, persiste el impacto de la clase social sobre la mortalidad, de modo que los pobres mueren antes. El impacto de la desigualdad puede desaparecer, parece, por efecto del sistema de cobertura social.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: MPF

S-2.692 *Vitamin A intake and hip fractures among postmenopausal women*

(El retinol en exceso aumenta la probabilidad de fractura de cadera)

Autores: Feskanich D, Singh V, Willett WC, Colditz GA
Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2002;287:47-54

Calificación: Muy bueno

Comentario: Este trabajo demuestra que las vitaminas tienen efectos adversos, como sabemos desde que las estudiamos. Los autores, de la Escuela de Salud Pública de Harvard (EE.UU.), han utilizado los datos de seguimiento de las enfermeras del Nurses' Health Study (72.337 enfermeras gringas, con un seguimiento de 18 años). Las mujeres que tomaban suplementos de vitamina A, de retinol, tuvieron más fracturas de cadera. El retinol disminuye la densidad del hueso femoral y aumenta el riesgo de fracturas del mismo. En Europa son las mujeres suecas y noruegas las que se encuentran a la cabeza de la ingesta de retinol y fractura de cadera.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: MPF

S-2.693 *Efficacy of rofecoxib, celecoxib and acetaminophen in osteoarthritis of the knee. A randomized trial*

(El rofecoxib disminuye más el dolor que el paracetamol)

Autores: Geba PG, Weaver AL, Polis AB, Dixon ME, Schnitzer TJ

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2002;287:64-71

Calificación: Informativo

Comentario: Los ensayos clínicos, por bien realizados que estén, terminan demostrando que el producto del patrocinador es el mejor, como ha demostrado una revisión de la cuestión. En este caso sucede lo mismo, por lo que el rofecoxib (25 mg/día) demuestra su ventaja sobre el paracetamol (4.000 mg/día) y el celecoxib (200 mg/día). Se estudiaron 382 pacientes distribuidos al azar y seguidos durante 6 semanas para valorar el efecto del medicamento en el dolor de la artrosis de rodilla. Incluso con un período de tiempo tan breve, más del 50% de los pacientes, en todos los grupos, tuvo al menos un efecto adverso.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MPF

S-2.694 *Ánalisis de la influencia del cumplimiento terapéutico farmacológico y grado de control de la hipertensión arterial mediante monitorización ambulatoria*

Autores: Márquez E, Casado JJ, Martínez M, Moreno JP, Fernández A, Villar J, Castillo JR

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2001;116(Supl 2):114-21

Calificación: Bueno

Comentario: En este estudio realizado en un centro de salud de Huelva, a diferencia de otro previo, sí se observó relación entre cumplimiento terapéutico y grado de control de los pacientes hipertensos. Los pacientes cumplidores (81,8%) tenían cifras de presión arterial más bajas. El estudio comentado previamente era transversal y éste fue prospectivo, con intervención encaminada a controlar la TA, medir el cumplimiento y la realización de MAPA inicial y a los 2 meses. Es lógico pensar que esto influyó de forma importante en el mayor grado de cumplimiento y de control.

Referencias bibliográficas: 56

Revisor: MARL

S-2.695 *Estudio de intervención sobre el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial*

Autores: Raigal Y, Gil VF, Linares J, Asensio MA, Piñeiro F, Merino J
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2001;116(Supl 2):122-5

Calificación: Bueno

Comentario: Ensayo clínico realizado en el centro de salud de Villajoyosa (Alicante) en el que se demuestra que la intervención educativa en la consulta programada encaminada a que los pacientes hipertensos cumplan el tratamiento es eficaz. El cumplimiento en el grupo de intervención fue un 26,4% mejor que en el de no intervención, consiguiéndose también un mejor grado de control si se considera éste como cifras menores de 160/90 en los pacientes mayores de 65 años (en pacientes de esta edad parece que se aceptan mal las recomendaciones que señalan un buen control con cifras menores de 140/90).

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: MARL

S-2.696 *Tendencias de la prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial entre 1986 y 1996: estudio MONICA-Cataluña*

Autores: Sans S, Paluzie G, Balañá L, Puig T, Balaguer-Vintró I
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2001;117:246-53

Calificación: Muy bueno

Comentario: Entre 1986 y 1996 la prevalencia de HTA en Cataluña permaneció estable para la población de 25-64 años, disminuyendo ligeramente la PA sistólica (2-4 mmHg) y sin cambios en la PA diastólica. La prevalencia de HTA (PA \geq 140/90) fue del 15% en ambos sexos (si se tuviese en cuenta las cifras de PA \geq 160/95, la prevalencia sería del 8% en varones y del 10% en mujeres). En este período ha aumentado el conocimiento de la HTA, los hipertensos tratados y el grado de control (52% bien controlados al final del período). Disminuyó el uso de bloqueadores beta y diuréticos y aumentó el de IECA, como se observa en la mayoría de estudios.

Referencias bibliográficas: 45

Revisor: MARL

S-2.697 *Ser y no ser del síndrome del intestino irritable*

Autores: Moreno-Osset E
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2001;117:257-9

Calificación: Bueno

Comentario: El síndrome de intestino irritable suele diagnosticarse por exclusión. Los criterios de Roma II junto con algunas exploraciones complementarias permitirían un diagnóstico positivo, aunque con algunas limitaciones. Estos criterios son: malestar o dolor abdominal durante al menos 12 semanas en los últimos 12 meses que tienen dos de estos rasgos: a) mejorar con la defecación; b) asociar su inicio a un cambio en la frecuencia de defecaciones, y/o c) asociar su inicio a un cambio en la forma de las heces; como síntomas complementarios: distensión abdominal, eliminación rectal de moco excesiva, sensación de evacuación incompleta.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: MARL

S-2.698 *Social inequalities in ischaemic heart and cerebrovascular disease mortality in men: Spain and France, 1980-1982 and 1988-1990*

(El riesgo de morir por causa cardiovascular en trabajadores españoles y franceses)

Autores: Lostao L, Regidor E, Aiach P, Domínguez V
Revista/Año/Vol./Págs.: Social Science Med 2001;52:1879-87

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los estudios sobre desigualdad social y de salud con frecuencia no son concluyentes. En este trabajo, sin embargo, se demuestra cómo en una década el grupo de mayor riesgo de muerte cardiocirculatoria en varones de 25 a 64 años cambia, y pasa de los profesionales y técnicos a los trabajadores manuales. Además, los autores insisten en la importancia de desagregar las cifras para estudiar aparte los administrativos y campesinos. Los cambios se deben, probablemente, a la transferencia de la epidemia de tabaquismo y a la menor actividad física de los trabajadores manuales.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

S-2.699 *The reprofessionalisation of community pharmacy? An exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and General Practitioners in the United Kingdom*

(Un nuevo rol para los farmacéuticos)

Autores: Edmuns J, Calnan MW

Revista/Año/Vol./Págs.: Social Science Med 2001;53:943-55

Calificación: Bueno

Comentario: Una vez se han acabado las fórmulas magistrales, el papel del farmacéutico está por definir. El problema es internacional, por lo que resulta interesante este trabajo llevado a cabo por sociólogos en el Reino Unido. Lo mejor es que se basa en entrevistas realizadas a médicos y farmacéuticos que participaron en siete proyectos pilotos en los que se valoró la oportunidad de atribuir nuevas responsabilidades a las farmacias. Los médicos están encantados con que los farmacéuticos "colaboren" para mejorar el proceso de las recetas de crónicos o el cumplimiento, pero son muy celosos de que no se ocupen espacios clínicos, que creen que les pertenecen como monopolio.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

S-2.700 *The death of the personal doctor*

(La muerte del médico de cabecera)

Autores: Adam R, Guthrie B

Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2001;6:129-30

Calificación: Bueno

Comentario: Este editorial se centra en la necesidad de valorar el punto de vista de los pacientes respecto a la continuidad de la atención. Las organizaciones sanitarias disminuyen progresivamente la importancia de una relación personal con un médico conocido, el médico de cabecera. Es absurdo, ya que los pacientes creen que es importante, por lo que resulta impopular "matar" al médico personal. Es cierto que en algunas circunstancias de urgencia prima la rápida atención pero, en general, se prefiere la continuidad.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-2.701 *Money or your life? The health wealth trade off in pharmaceutical regulation*

(La bolsa o la vida: la vida como criterio de comercialización de los nuevos medicamentos)

Autores: Maynard A, Cookson R

Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2001;6:186-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: La industria farmacéutica utiliza varios sistemas de control para determinar que sus productos sean eficaces, de calidad y seguros. Para conseguirlo se le ofrecen múltiples ventajas, como aprobación de nuevos medicamentos con ensayos clínicos en los que se enfrentan a placebos, no a los medicamentos ya existentes. Esta situación de privilegio se complicará en un futuro próximo, pues se les empieza a exigir que demuestren la eficiencia de los nuevos medicamentos. Es decir, que mejoren la salud frente a otros medicamentos, a un coste que facilite el logro de mayor equidad. Todo un reto.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-2.702 *The future of family medicine: research*

(El futuro de la medicina de familia: investigación)

Autores: Herbert CP

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Fam Pract* 2001;50:581-3

Calificación: Muy bueno

Comentario: En este editorial un canadiense reflexiona acerca del futuro de la medicina de familia y de la investigación sobre esta. Destaca la necesidad de estudiar cosas importantes, como la relación entre médico y paciente. Y también lograr que se oigan las voces de los pacientes y de la comunidad, tantas veces ignorada. Es un texto corto y sustancioso, en el que se critican con fina ironía las excesivas expectativas de la genética y de la medicina basada "en pruebas", así como la creencia en una atención perfecta, sin admitir ni el más mínimo riesgo.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-2.703 *The future of family medicine: clinical practice*

(El futuro de la medicina de familia: clínica)

Autores: Spann SJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Fam Pract* 2001;50:584-5

Calificación: Informativo

Comentario: En este editorial un gringo reflexiona acerca de la prestación de la atención clínica. Parte del mundo horrendo en que se encuentra el médico de familia estadounidense, quien se ve comido por las igualas (*managed care organizations*), por los programas de atención a pacientes crónicos (*disease management program*), por los especialistas y por las enfermeras. La solución la encuentra en la historia clínica electrónica y en el uso de la red y del correo electrónico por parte de los pacientes. Dibuja un futuro de telemedicina que le parece real. Veremos.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

S-2.704 *Reinventing family practice again*

(El futuro de la medicina de familia: innovación)

Autores: Ewigman B

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Fam Pract* 2001;50:586-7

Calificación: Bueno

Comentario: En este comentario se hace una valoración de los dos editoriales previos. El autor se inclina por una visión optimista que logrará transformar las nuevas tecnologías y nuevas formas de organización en útiles con los que mejorar la calidad de la atención y el resultado sanitario. La palabra clave es innovación, que no ha de faltar si queremos ser médicos generales. Discrepa con el editorialista canadiense y cree que la medicina basada "en pruebas" es parte del futuro, de la mejor aplicación de la información. En todo caso, el texto vale la pena porque pone las cosas en su sitio: no son buenos tiempos, pero los hubo peores.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-2.705 *Variaciones sobre la función del sueño*

Autores: Horne J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Mundo Científico* 2001;226:48-51

Calificación: Bueno

Comentario: Nuestros pacientes padecen insomnio y lo tratamos con medicamentos. Pero, ¿es necesario dormir? Este texto deja claro que las ratas mueren a los catorce días de la privación del sueño; les baja la temperatura, se les cae el pelo y mueren por causas desconocidas. El hombre no muere por la privación del sueño, pero toda su actividad se enlentece, el pensamiento se hace más rígido, aumenta la distracción, disminuye la búsqueda de soluciones innovadoras a los problemas, se reduce el vocabulario y se controlan peor las situaciones de cambios rápidos.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-2.706 *Priorities among recommended clinical preventive services*

(Ordenación de las actividades preventivas)

Autores: Coffield AB, Maciosek MV, McGinnies JM, Harris JR, Calde-well MB, Teutsch SM, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Prev Med* 2001;21:1-9

Calificación: Excelente

Comentario: Los estadounidenses creen que la "revisión periódica de salud" ("el chequeo") tiene alguna utilidad, en contra de toda experimentación. Pero en este caso agrupan y estudian las recomendaciones de prevención (no terciaria; por ejemplo, evitar las cegueras en diabéticos) de la revisión, y otras, determinan su impacto y su coste, y las listan según su resultado global. De 30 recomendaciones estudiadas sólo 13 tienen estudios de coste-efectividad. La lista final es interesantísima; el máximo, 10 puntos, se lo lleva la vacunación en la infancia; el mínimo, 2 puntos, el cribaje para rubéola en las mujeres fértiles y la revacunación del tétanos en adultos.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-2.707 *Barriers to prenatal care in Europe*

(Las razones del retraso de la atención prenatal en Europa)

Autores: Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M, Study Group on Barriers Incentives Prenatal Care Europe

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Prev Med* 2001;21:52-9

Calificación: Informativo

Comentario: La atención prenatal se ha impuesto, convirtiendo el embarazo en una patología. Si estuviera bien hecha, de algo podría servir. Los autores aceptan su bondad genérica y estudian el acceso tardío a la atención prenatal (después de la semana 15). Parten de que la falta de atención prenatal es de menos del 0,5%, por lo que estudian la falta y el acceso tardío. Las razones más frecuentes de las mujeres fueron "no es un problema médico", "no supe que estaba embarazada", y "sé lo que hay que hacer". El problema afecta más a adolescentes, multíparas y a mujeres con bajo nivel cultural.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-2.708 *Returning to the past. Respiratory illness, vaccines and hand-washing*

(Hay que lavarse las manos para disminuir la incidencia de las infecciones respiratorias altas)

Autores: Gaydos J

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Prev Med 2001;21:150-1

Calificación: Bueno

Comentario: En EE.UU. tienen problemas con la producción de vacunas, puesto que ofrecen pocos beneficios a la industria farmacéutica. Desde problemas de abastecimiento de la vacuna contra el tétanos y la difteria, al cese de la producción de una vacuna empleada en soldados contra los adenovirus 4 y 7. En este editorial se comenta un artículo sobre un programa para valorar la ausencia de vacuna contra los adenovirus en un establecimiento militar, que demostró claramente que lavarse las manos cuando están sucias, antes de comer y después de ir al servicio, disminuye las enfermedades respiratorias altas.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-2.709 *Apomorfina para la impotencia*

Autores: Martínez García ML

Revista/Año/Vol./Págs.: Sendagaiak 2001;14:23-4

Calificación: Informativo

Comentario: La impotencia es un trastorno frecuente y de fuerte impacto, por lo que su tratamiento responde a una necesidad. Sin embargo, la medicación no se incluye entre las cubiertas por el sistema sanitario, cosa incomprensible. Está bien, no obstante, que al alprostadiol y al sindenafilo se añada la apomorfina sublingual. Se vende en comprimidos de 2 y 3 mg; la eficacia es dosis dependiente, como los efectos adversos; no se debe pasar de 9 mg al día. El efecto máximo se obtiene a los 20 minutos de su administración.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-2.710 *Promoting patient safety in primary care. Research, action and leadership are required*

(Cómo disminuir los errores y peligros de la atención primaria)

Autores: Wilson T, Pringle M, Sheikh A

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2001;323:583-4

Calificación: Bueno

Comentario: ¿Cómo evitar errores en medicina general? Los autores piensan que muchos errores se pueden evitar, y que para conseguirlo se necesita: a) investigación, sobre información existente (alertas, urgencias y otros) y sobre información a obtener; b) toma inmediata de decisiones respecto a problemas clave que no necesitan mayor investigación, pues están claros, y c) implicación de los líderes y creadores de opinión en la cuestión de la mejora que facilite la evitación de errores.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-2.711 *Quality of Cochrane reviews: assessment of sample from 1998*

(Las revisiones Cochrane no son perfectas, por supuesto)

Autores: Olsen O, Middleton P, Ezzo J, Gotzsche PC, Haddawy V, Herxheimer A, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2001;323:829-33

Calificación: Bueno

Comentario: La "medicina basada en pruebas" es una religión, con sacerdotes y fieles. Tienen su Biblia, claro, la "Biblioteca Cochrane" (lo traducen como la "Librería Cochrane", de "Cochrane Library"). Lo que publica la biblioteca es palabra de Dios. En fin. En este trabajo se analizan 53 revisiones de la biblioteca y se encuentran fallos graves en 15 (29%). Los fallos siempre tienden a favorecer la intervención estudiada. Lo evaluaron pares de revisores de la Cochrane, y no se analiza el índice kappa del acuerdo entre ambos. Una pena.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-2.712 *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?*

(El copago retrasa tratamientos y aumenta su coste)

Autores: Whitehead M, Dahlgren G, Evans T

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2001;358:833-6

Calificación: Excelente

Comentario: Las reformas inglesas se han expandido por el mundo como veneno. Han fracasado en el propio Reino Unido, pero siguen siendo atractivas en el mundo entero, desde la comunidad autónoma de Madrid hasta Uganda, pasando por Argentina. La imposición del copago y de la "competencia" lleva a la privatización y a dificultar el acceso a los servicios necesarios de salud. Cuando las cosas están al límite se llega al último escalón, al hospital, y la familia se arruina para correr con los gastos. O se acude a comprar medicamentos sin receta.

Referencias bibliográficas: 44

Revisor: JG

S-2.713 *Public health: a neglected counterterrorist measure*

(Contra el terrorismo, salud)

Autores: Horton R

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2001;358:1112-3

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los jefes de estados terroristas, como Israel y EE.UU., hablan de "la guerra contra el terrorismo"; es esperable en ellos, pero increíble que los gobiernos europeos les sigan. La idea misma de la guerra contra el terrorismo es absurda, como destaca el editorialista, director del *Lancet*. El objetivo finito y concreto de una guerra no existe contra el terrorismo. Sólo la búsqueda de sociedades más justas, más sanas y estables puede llegar a controlar el terrorismo. La salud debe ser un objetivo básico en la ayuda a terceros países. La salud pública debería incorporarse, junto con los derechos humanos, en el desarrollo de sociedades justas no violentas.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-2.714 *Peer review and quality: a dubious connection?*

(La revisión por pares, otra falacia científica)

Autores: Enserink M

Revista/Año/Vol./Págs.: Science 2001;293:2187-8

Calificación: Informativo

Comentario: La revisión por pares es un mito más, una falsedad aceptada como verdad. Los directores de las revistas científicas mantienen un sistema a científico de la misma forma que los médicos clínicos mantenemos nuestras falsas creencias y rutinas. "La revisión por pares es buena aunque nadie pueda demostrar que lo sea." Glorioso, como el médico que prescribe antibióticos en bronquitis y bronquiolitis. Es especialmente nauseabundo que se siga defendiendo el secreto, el anónimo de los revisores, aunque sea inútil, como ha demostrado su eliminación en el *British Medical Journal*.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-2.715 *The land between Mendelian and multifactorial inheritance*

(De la herencia mendeliana a la herencia multigénica)

Autores: Burghes AHM, Vaessin HEF, Chapelle A

Revista/Año/Vol./Págs.: Science 2001;293:2213-4

Calificación: Bueno

Comentario: En genética ha habido éxitos científicos y clínicos cuando se trata de problemas relacionados con la herencia mendeliana; es decir, problemas dependientes de un solo gen (si es dominante; de ambas copias, si es recesivo). La cuestión se complica hasta límites insospechados con enfermedades en las que la genética es sólo parte del problema y, además, dependen de más de un gen (herencia poligénica). En este editorial se comentan los resultados genéticos sobre el síndrome de Bardet-Biedl, en el que hay herencia recesiva (mendeliana) con un modificador de la penetrancia (poligénica).

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-2.716 *Triallelic inheritance in Bardet-Biedl syndrome, a Mendelian recessive disorder*

(Genética del síndrome de Bardet-Biedl)

Autores: Katsanis N, Ansley SJ, Barano JL, Eichers ER, Lewis RA, Hoskins BE, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Science 2001;293:2256-9

Calificación: Informativo

Comentario: Algunas enfermedades raras, hereditarias, como la neuropatía de Charcot-Marie-Tooth tipo 1 y el síndrome de Bardet-Biedl dependen de varios alelos; en la primera, son tres alelos de un mismo gen los necesarios para que se manifieste la enfermedad. En el síndrome de B-B son también tres, pero dos genes; la mutación de un gen es condición necesaria, pero no suficiente, pues se precisa la de otro para que se exprese el fenotipo. Mecanismos de este estilo podrían ayudar a explicar la base genética de enfermedades multicausales, como el asma.

Referencias bibliográficas: 34

Revisor: JG

S-2.717 *Medical myths: today's perspectives*

(Ejemplos de falacias en medicina)

Autores: Flaherty RJ, Friedland DJ, Paauw DS

Revista/Año/Vol./Págs.: Patient Care 2001;35(17):34-48

Calificación: Muy bueno

Comentario: De vez en cuando hay quien se anima a revisar las falsedades diarias que han enfangado la actividad clínica. En este caso se documenta que es inútil y/o peligroso: a) poner la dosis de insulina según la última cifra de glucemia; b) realizar una TAC sistemáticamente antes de la punción lumbar; c) no suministrar narcóticos al paciente con dolor abdominal agudo; d) confiar en la actividad terapéutica del placebo; e) suministrar vitamina B₁₂ vía intramuscular en la anemia perniciosa; f) evitar los bloqueadores beta en la insuficiencia cardíaca; g) utilizar antibióticos en la sinusitis aguda; h) ocluir el ojo en caso de lesión corneal y, por último, i) recomendar reposo en el dolor lumbar y en los esguinces de tobillo.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

S-2.718 *Developing an optimal approach to global drug safety*

(Uso racional y correcto de los medicamentos)

Autores: Balkrishnan R, Furberg CD

Revista/Año/Vol./Págs.: J Intern Med 2001;250:271-9

Calificación: Bueno

Comentario: Los medicamentos tienen, al mismo tiempo, ventajas e inconvenientes. Los autores revisan los esfuerzos para evitar sus inconvenientes, o al menos para que sean conocidos los riesgos de forma que puedan decidir los gestores, profesionales clínicos, pacientes e industriales. Lo importante es examinar el proceso entero de atención y localizar y reorganizar los procesos que incluyen "errores en potencia" para disminuir sistemáticamente los errores acaecidos. No basta con transmitir la información; hay que asegurarse de que se recibe y de que se transforma en algo práctico y concreto.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-2.719 *Alcoholismo en varón de 32 años: ¿nuestra ayuda puede ser perjudicial?*

Autores: Sevillano T, Gonçalves F

Revista/Año/Vol./Págs.: Med General 2001;37:745-8

Calificación: Bueno

Comentario: Los casos clínicos relevantes en medicina general son múltiples. Los autores de este texto presentan uno frecuente, de un alcohólico que consigue una pensión, en contra de la opinión de su médico. A veces, las ayudas no traen más que perjuicios. El caso está relatado en primera persona e incluye una reflexión personal que se agradece, pues los relatos de casos clínicos en primaria no pueden imitar los de hospital. El paciente logra su pensión, y su evolución se agrava, lo que es un mal resultado sanitario.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-2.720 *Desagreganting health statistics*

(¿Blancos y negros, o ricos y pobres?)

Autores: Terris M

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Public Health Policy* 2001;14:14-22

Calificación: Excelente

Comentario: Esta reimpresión permite leer un trabajo clásico sobre una irracionalidad gringa: la presentación de estadísticas sanitarias según la raza. El autor deja claro que no hay fundamento ninguno para atribuir morbilidad específica al color de la piel. Para ser claro, la piel puede ser un proxy de la clase socioeconómica, pero, entonces, ¿por qué no publicar estadísticas sanitarias según clase social, según educación, o según ingresos económicos? Una paradoja no resuelta, por aquello del uso políticamente correcto de las palabras.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-2.721 *Ambulatoriy care sensitive hospitalizations and emergency visits: experiences of Medicaid patients using federally qualified health centers*

(Una fuente continuada de atención primaria disminuye las urgencias)

Autores: Falik M, Needleman J, Wells BL, Korb J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2001;39:551-61

Calificación: Muy bueno

Comentario: En EE.UU. los centros de salud sirven para los pobres. Entre los pobres existen beneficiarios Medicaid. En este trabajo se compararon los ingresos y las consultas a urgencia por morbilidad sanitariamente evitable entre pacientes pobres de beneficio atendidos en los centros de salud o por médicos particulares. Los que acuden regularmente a los centros de salud tienen menos consultas urgentes y menos ingresos por morbilidad sanitariamente evitable. Lo importante es tener una fuente continuada de cuidados sanitarios.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-2.722 *El deber de no abandonar al paciente*

Autores: Borrell F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A, Álvarez T, para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2001;117:262-73

Calificación: Bueno

Comentario: A partir de casos concretos que hacen referencia a la atención a un accidentado, visitas domiciliarias por médicos distintos cada día, demanda abusiva de atención domiciliaria y desconfianza en el médico de cabecera, se analiza el tema de la no prestación de atención al paciente por el médico y los intentos, frecuentes en algunos casos, de "quitarnos de encima" al paciente por comodidad nuestra. Se destaca la necesidad de ser auténticos médicos de referencia de nuestros pacientes y priorizar las necesidades del paciente a nuestra comodidad. El no abandonar al paciente, salvo en situaciones excepcionales, es un deber.

Referencias bibliográficas: 57

Revisor: MARL

S-2.723 *Asma inducida por ácido acetilsalicílico*

Autores: Vallano A, Pedrós C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2001;117:274-5

Calificación: Informativo

Comentario: En los pacientes en que el uso de ácido acetilsalicílico (AAS) induzca asma tenemos algunas alternativas en caso de que sea necesario utilizar analgésicos, antiinflamatorios o antiagregantes. En el primer caso podemos utilizar paracetamol o salicilatos no acetilados; si precisan tratamiento antiinflamatorio, se evitarán los AINE, usando glucocorticoides; si se necesita antiagregación, pueden ser tratados con clopidogrel o ticlopidina. También puede plantearse la desensibilización previa al AAS.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: MARL

S-2.724 *Prevalencia de malnutrición entre ancianos institucionalizados en la Comunidad Valenciana*

Autores: Hernández A, Royo R, Martínez ML, Graña J, López A, Morales M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2001;117:289-94

Calificación: Muy bueno

Comentario: Por unos u otros factores, la institucionalización de la población anciana cada vez es más frecuente. En esta población es muy frecuente la malnutrición, como se objetiva en este estudio realizado en la Comunidad Valenciana en el que, utilizando datos fundamentalmente antropométricos, se consideró que presentaba malnutrición el 26,9% de los ancianos. A pesar de ser una cifra elevada, es inferior a la de otros estudios. La causa tiene que ver más con la falta de apetito y la pérdida de la capacidad gustativa que con la falta de oferta de una dieta adecuada.

Referencias bibliográficas: 48

Revisor: MARL

S-2.725 *Modelos probabilísticos de mortalidad para pacientes hospitalizados en unidades convencionales*

Autores: Rué M, Roqué M, Solá J, Maciá M, y Grupo de trabajo de medida de la gravedad de la Corporació Sanitària Parc Taulí

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2001;117:326-31

Calificación: Bueno

Comentario: Para evaluar la calidad de la atención es necesario medir resultados. El resultado se ve influido por las características del paciente y de la atención prestada. Las variables que más se relacionan con la mortalidad de los pacientes hospitalizados según los resultados de este trabajo son: edad, ingreso urgente, insuficiencia cardíaca o respiratoria crónica, hepatopatía crónica, neoplasia o demencia, cifras de hemoglobina y creatinina. Los índices de gravedad basados en diagnósticos y procedimientos que figuran en el informe de alta son insuficientes para poder interpretar las diferencias en las tasas de mortalidad hospitalarias.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: MARL

S-2.726 *Natural history of prostate cancer. Epidemiological considerations*

(Historia natural del cáncer de próstata)

Autores: Miller GJ, Torkko KC

Revista/Año/Vol./Págs.: Epidemiol Rev 2001;23:14-8

Calificación: Bueno

Comentario: En este trabajo dos epidemiólogos de Colorado (EE.UU.) revisan las características histológicas y epidemiológicas del cáncer de próstata. No es un trabajo excepcional, pero ayuda a tener una idea objetiva; por ejemplo, destaca la enorme cantidad de carcinomas "dormidos" que sólo se encuentran en autopsias, no en clínica. Insisten en el escaso valor del PSA (sólo en menos de un tercio de los que tienen más de 4,0 mg/ml se encuentra cáncer). Y también comentan lo infrecuente de la mutación de los genes supresores del cáncer en el carcinoma de próstata.

Referencias bibliográficas: 52

Revisor: JG

S-2.727 *Prostate cancer early detection: a clinical perspective*

(Detección precoz del cáncer de próstata)

Autores: Grossfeld GD, Carroll PR

Revista/Año/Vol./Págs.: Epidemiol Rev 2001;23:173-80

Calificación: Bueno

Comentario: Hay quien está a favor de la detección precoz del cáncer de próstata pero sabe encontrar las pegas a tal propuesta. Así lo han hecho los dos urólogos californianos que firman este trabajo, pues son decididos defensores de la detección precoz, aunque exponen los puntos débiles de su propuesta (el más llamativo, que no hay ensayos clínicos que demuestren la utilidad de la detección precoz). Dan, además, algunos consejos prácticos, como no determinar el PSA hasta mes y medio después de la manipulación de la próstata, o multiplicar por dos el valor del PSA si se está tomando finasteride, para saber la verdadera cifra.

Referencias bibliográficas: 91

Revisor: JG

S-2.728 *Screening for prostate cancer in the UK*

(La detección precoz es inútil en el cáncer de próstata)

Autores: Donovan JL, Frankel SJ, Neal DE, Handy FC

Revista/Año/Vol./Págs.: Epidemiol Rev 2001;23:763-4

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los autores son ingleses, de variado pelaje (sociólogo, epidemiólogo, cirujano y urólogo), y sin embargo se han puesto de acuerdo para firmar un editorial que deja clara la incertidumbre de los beneficios del diagnóstico precoz del cáncer de próstata. No somos capaces de distinguir los cánceres agresivos de los que evolucionan lentamente, por ejemplo. Lo malo es que no ayuda demasiado explicarle al paciente los problemas de la determinación del PSA, sin síntomas (el 10% de los varones entre 50 y 69 años tienen el PSA alto, pero sólo un cuarto tendrá cáncer confirmado, y algunos cánceres se perderán).

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-2.729 *Sponsorship, authorship, and accountability*

(Quien paga, manda)

Autores: Davidoff F, DeAngelis CD, Drazen JM, Hoey J, Hogaard L, Horton R, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2001;358:854-6

Calificación: Excelente

Comentario: De vez en cuando ves un artículo en una buena revista firmado por alguien que tú conoces y sabes de buena tinta su falta de solidez intelectual. ¿Cómo se logra el milagro? El patrocinador se encarga de todo (la industria farmacéutica, en general). Lo que sucede es que la investigación y los ensayos clínicos están cada vez más en manos de los patrocinadores. Los firmantes de este comentario son directores de distintas revistas (*Lancet* y demás) que quieren evitar la publicación de resultados preparados y elaborados por la industria en ensayos clínicos de puro interés comercial, con investigadores que sólo ponen el nombre.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-2.730 *Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care. I: how it works*

(Ajuste por morbilidad del pago por capitación)

Autores: Majeed A, Bindman AB, Weiner JP

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2001;323:604-7

Calificación: Informativo

Comentario: Este texto es muy didáctico, pero no añade nada nuevo. Permite obtener argumentos para defender la introducción de un pago por capitación corregido por necesidad. Los autores defienden los ACG (Adjusted Clinical Groups), de la Johns Hopkins, como método para perfeccionar el pago por capitación según la morbilidad de los pacientes y el uso esperado de los servicios sanitarios. La cuestión de fondo es corregir la igualdad falsa del pago *per capita* y lograr evitar el rechazo por el médico general de los pacientes con polipatología al pagar mejor por estos pacientes.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-2.731 *DNA microarrays in medical practice*

(Sondas múltiples de ADN)

Autores: Altman T

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2001;323:611-5

Calificación: Bueno

Comentario: Con lo que se nos viene encima, vale la pena estar al día en genética. El autor hace una revisión personal, como dice (pasando, pues, de las "revisiones estructuradas" tipo Cochrane), fruto de su trabajo en medicina molecular. El texto vale la pena, pues explora los variados usos de las sondas múltiples de ADN. Lo básico es la determinación simultánea y rápida de miles de genes. Por ejemplo, para caracterizar el material genético del bacilo tuberculoso sin necesidad de cultivarlo, en menos de 24 horas; para distinguir entre la leucemia aguda mieloide y linfoide; o para caracterizar a un paciente genéticamente.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-2.732 Eradication of Helicobacter pylori and risk of peptic ulcers in patients starting long-term treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs: a randomized trial

(La infección por *Helicobacter pylori* aumenta las úlceras por AINE)

Autores: Chan FKL, To KF, Wu JCY, Yung MY, Kwok T, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2002;359:9-13

Calificación: Bueno

Comentario: Este trabajo está hecho en China, en Hong Kong, con 102 pacientes que necesitaban AINE por 6 meses y que tenían infección por *Helicobacter*. Se empleó el diclofenaco, 100 mg diarios (muy gastroresivo, pues). En el grupo al que se trató inicialmente con omeprazol y antibióticos para tratar al *Helicobacter*, se erradicó el germen en el 90% de los casos. A lo largo del tratamiento con diclofenaco hubo úlcera gastroduodenal en 5 pacientes de los 51 con el *Helicobacter* tratado, y en 15 de los 49 del grupo control. Mejor restringir el uso de los AINE.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MPF

S-2.733 Role of Helicobacter pylori infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis

(El *Helicobacter* potencia/es potenciado por los AINE para producir úlceras)

Autores: Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2002;359:14-22

Calificación: Bueno

Comentario: Los metaanálisis ayudan a hacerse idea de cuestiones sin resolver, o contradictorias, como logran los autores canadienses (de la MacMaster), respecto a la úlcera péptica. La infección por *Helicobacter* multiplica por 61 el riesgo de úlcera péptica; la ingesta de AINE multiplica, a su vez, por 3,5 esta probabilidad. El riesgo de hemorragia por la úlcera aumenta 1,8 si hay infección por *Helicobacter*, y 4,9 con la ingesta de AINE; si coinciden ambas, el riesgo de sangrado se multiplica por 6,1. Los autores revisaron 25 estudios.

Referencias bibliográficas: 84

Revisor: MPF

S-2.734 Efecto de una intervención educativa sobre la adherencia al tratamiento antibiótico en población infantil en atención primaria

Autores: Silvestre C, Notivol P, Bermejo B, Ramalle E, García E, Martínez S, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Enfermería Clin 2001;11:110-6

Calificación: Bueno

Comentario: Además de prescribir mal y en exceso (hasta siete veces más que otros países europeos), nuestros pacientes no siguen las pautas recomendadas (58% de cumplimiento). Los autores, navarros, estudiaron el cumplimiento antibiótico en pediatría en 1997, y al ver que en dos centros sólo alcanzaba el 21% (23 de 109 niños de 0 a 10 años), decidieron hacer una intervención reglada a través de la enfermera pediátrica en 1998. La enfermera veía a los padres del niño, les explicaba el tratamiento y les daba un folleto. El cumplimiento ascendió al 43% en los 68 casos estudiados.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-2.735 Emergency contraception and family physicians. An ounce of prevention when it really counts

(Contracepción de emergencia en Canadá)

Autores: Dunn S

Revista/Año/Vol./Págs.: Can Fam Physician 2001;47:1159-60

Calificación: Muy bueno

Comentario: La editorialista comenta que en Canadá, en 1998, hubo 110.000 abortos provocados, cerca del 33% respecto a partos. Es decir, fracasó toda la prevención de los embarazos no deseados. La cuestión es tremenda, pues tenemos desde los preservativos hasta los DIU, pasando por la contracepción de urgencia. A esta última se dedica el editorial, que destaca que debe llamarse "contracepción de urgencia", para destacar su uso excepcional, no rutinario. También destaca que las mujeres saben poco acerca de dicho método, y que en cualquier caso, no es fácil acceder a él en las 72 horas de rigor.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-2.736 Role of diagnostic labeling in antibiotic prescription

(El diagnóstico sirve para justificar el tratamiento con antibióticos)

Autores: Hutchinson JM, Jelinski S, Hefferton D, Desaulniers G, Parfrey PS

Revista/Año/Vol./Págs.: Can Fam Physician 2001;47:1217-24

Calificación: Bueno

Comentario: ¿Qué es antes, el diagnóstico o el tratamiento? La pregunta no es baladí, sino central respecto al uso de antibióticos, y los autores, canadienses, intentan responderla. Para ello analizan las historias clínicas de 73 médicos de familia (el 76% de los seleccionados al azar) durante 2 días de trabajo. En el 22% de los casos se diagnosticó una infección, y las infecciones respiratorias alcanzaron el 76% del total. Los médicos más prescriptores de antibióticos diagnostican más infecciones respiratorias (65 contra 31%).

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-2.737 Introducción de rofecoxib en atención primaria: influencia sobre la prescripción del grupo de antiinflamatorios no esteroides

Autores: Morales JC, Fernández LC

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Farm 2001;3:344-9

Calificación: Bueno

Comentario: Este trabajo, realizado en Andalucía, distrito de Jerez/Sanlúcar (unos 300.000 habitantes) demuestra la rapidísima introducción de rofecoxib, un AINE que inhibe selectivamente la ciclooxygenasa-2. La dosis diaria definida por cada mil habitantes y día de rofecoxib supuso el 10% del total de los AINE en sólo 6 meses en la red no reformada y el 3% en la red reconvertida. Aumentó el gasto, y la prescripción total de AINE (el diclofenaco sigue siendo el más recetado).

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG