

## S-4.466 *El incremento en la prescripción de antidepresivos*

**Autores:** Ortiz A, Lozano C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2005;35:152-5

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** El primer firmante de este excelente trabajo ha hecho la tesis doctoral, que no cita, sobre la prescripción de psicotropos sin diagnóstico que lo justifique. En este trabajo los autores hacen un comentario en torno a la prescripción de antidepresivos, que se basa sobre todo en el cambio de la etiqueta, del diagnóstico, de ansiedad (en torno a la receta de tranquilizantes) a la de depresión (en torno a la receta de antidepresivos). Muchas veces, el diagnóstico justifica el tratamiento. Además, con ello no disminuyen ni las bajas por causa psiquiátrica ni los suicidios, así que habría que mejorar el uso de antidepresivos.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** MPF

## S-4.467 *Decidiendo juntos ganaremos efectividad*

**Autores:** Gené J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2005;35:175-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Este texto está escrito por uno de los clásicos de la Atención Primaria española, sobre la decisión compartida en la consulta del médico general. Quitando el título, lo demás está bien y sirve de recordatorio de una forma de trabajo que no desean todos los pacientes, pero que cada vez es más necesaria, incluso por la legislación (sobre la autonomía del paciente). Los pacientes pueden entender muy bien cosas como las que cita el autor, sobre riesgo absoluto (con alendronato diario durante diez años el riesgo de una fractura por osteoporosis pasa de 1,4% al 0,7%), con lo que se le puede dejar la decisión en las manos.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** MPF

## S-4.468 *The puzzle of aspirin and sex*

**(La aspirina, buena para la prevención primaria de infartos en los varones y de ictus en las mujeres)**

**Autores:** Levin RI

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med. 2005;352:1366-8

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El ácido acetilsalicílico en dosis bajas (alrededor de 75 mg al día) reduce el 44% la incidencia de infarto de miocardio en varones mayores de 50 años sin isquemia coronaria, y el autor comenta un artículo en el que se discute la conveniencia de su uso en las mujeres. El problema es que la incidencia del infarto de miocardio es mucho mayor en los varones, por lo que el uso en prevención primaria en las mujeres no consigue el mismo objetivo. Lo que sí logra es la disminución de los ictus, pero su utilización con tal fin es algo que no está todavía bien probado. Como tantas cosas, queda a criterio de la paciente y de su médico.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** MPF

## S-4.469 *"Practice makes perfect"...or does it?*

**(A más años de experiencia, peor calidad del trabajo clínico)**

**Autores:** Weinberger SE, Duffy FD, Cassiel CK

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med. 2005;142:302-3

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Hubo un tiempo en que la experiencia era un grado, pero nunca más, como discuten los editorialistas al comentar un trabajo sobre años de experiencia clínica y calidad de la atención prestada por médicos. Lo importante es lograr mantener y actualizar los conocimientos, de forma que tener años de práctica no signifique peor trabajo sino lo contrario. Para ello nada más importante que ser conscientes de los resultados que evidencian que el 70% de los estudios al respecto demuestran una asociación negativa entre años de experiencia clínica y calidad de atención. Lo dicho, "a fuer de viejo te doy consejo, nunca sigas mi consejo".

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** MPF

## S-4.470 *Evolución secular y por autonomías de la frecuencia de tratamientos de fertilidad, partos múltiples y cesáreas en España*

**Autores:** Martínez-Frías, ML, Bermejo E, Rodríguez E, Dequino G y Grupo Periférico del ECEMC

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2005;124(4):132-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En España en los últimos 25 años se ha producido un aumento de partos múltiples, tratamientos de fertilidad y partos por cesárea, relacionado con la edad media en la que se tiene el primer hijo (actualmente 31 años), con importante variabilidad interautonómica. Las cesáreas han pasado del 13,6% en el periodo 1987-1990 al 25,1% en 2001-2002, siendo en el último periodo del 10,5% en Aragón y del 34,4% en Extremadura. Demasiados cambios y variabilidad como para que puedan justificarse sólo por las necesidades clínicas de las pacientes. Quizá un reflejo más de la medicalización, el intervencionismo y la variabilidad en la actual medicina defensiva.

**Referencias bibliográficas:** 29

**Revisor:** MARL

## S-4.471 *Mejora de la forma física como terapia antienviejecimiento*

**Autores:** Castillo MJ, Ortega FB, Ruiz J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2005;124(4):146-55

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Artículo en el que se concluye que el ejercicio físico, practicado de manera regular y de forma apropiada, es la mejor herramienta para retrasar y prevenir las consecuencias del envejecimiento y mejorar el estado de salud. El estado de forma física es quizá el mejor predictor de expectativa y calidad de vida. Por tanto, prescribamos la realización de ejercicio físico, sobre todo el que aumente la capacidad aeróbica, la fuerza, y mejore la coordinación general y la motilidad articular. Por ejemplo, caminar y

realizar ejercicios de estiramientos y algunos tendentes a incrementar la fuerza.

Referencias bibliográficas: 100

Revisor: MARL

### S-4.472 *Efectividad de la gabapentina en el tratamiento de la espasticidad: estudio aleatorizado, a doble ciego y controlado con placebo*

Autores: Formica A, Verger K, Sol JM, Morralla C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)*. 2005;124(3):81-5

Calificación: Bueno

**Comentario:** La gabapentina está indicada para el tratamiento anticonvulsivo y para el dolor neuropático en algunas circunstancias. En este estudio se valora su efectividad en caso de espasticidad en pacientes con lesión de motoneurona superior y se concluye que es eficaz y segura, a dosis de 2.700 a 3.600 mg/día. Aunque el número de pacientes incluidos en el estudio fue bajo (15 en el grupo de intervención y 15 en el de control) y la duración del mismo corta (10 semanas), es importante poder vislumbrar la efectividad de un fármaco en una situación clínica difícil.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MARL

### S-4.473 *Evolución del control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003*

Autores: Coca A.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Hipertensión*. 2005;22(1):5-14

Calificación: Bueno

**Comentario:** Estudio observacional en el que participan 200 médicos de Atención Primaria a nivel nacional y que recoge información de 3.337 pacientes. En 2003, el 97,8% de los pacientes estaba con tratamiento farmacológico (IECA 36%, ARAII 34%, calcioantagonistas 19%, diuréticos 27%, betabloqueantes 16% y alfabloqueantes 4%). El 58,6% de los pacientes tiene cifras iguales o inferiores a 140/90 mmHg (si se es estricto y se contabilizan sólo los que tienen menos, son un 38,8%). En la mayoría de los hipertensos no controlados (84,6%) no se adoptó ninguna medida para mejorar el control. Parece que somos permisivos con cifras ligeramente por encima de las recomendadas. Por algo será. Siguen utilizándose poco los diuréticos, y parece que mucho IECA y ARAII.

Referencias bibliográficas: 70

Revisor: MARL

### S-4.474 *The message is rarely simple: the J-curve and beyond*

(Más allá de la dicotomía)

Autores: Rockhill B

Revista/Año/Vol./Págs.: *Int J Epidemiol*. 2005;34:44-5

Calificación: Bueno

**Comentario:** En la revista *International Journal of Epidemiology* se incluyen críticas y comentarios a los artículos, a continuación de los mismos. Este comentario acerca de otro texto tiene interés científico, pero el autor en lo político pretende, además, dar lecciones de democracia y salud pública a los ingleses. Sostiene, y tiene razón, que las cosas no son sencillas, ni en la prevención clínica ni en la prevención poblacional. Por ejemplo, los suplementos alimentarios de ácido fólico contribuirán a diagnosticar con retraso la anemia perniciosa, con más daño neurológico, a cambio de disminuir los casos de espina bífida.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

### S-4.475 *The Groningen Protocol. Eutanasia in severely ill newborns*

(Una guía para dar ayuda en la decisión de la eutanasia en recién nacidos)

Autores: Verhagen E, Sauer PJJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med*. 2005;352:959-62

Calificación: Excelente

**Comentario:** La vida no es un valor en sí mismo. Hay ocasiones extremas en que otros valores se imponen, como dignidad y defensa de la vida de otros. Por ello la eutanasia tiene su espacio en medicina, al menos *de facto*. Los autores, holandeses, elaboran un cuestionario que ayuda en la decisión en los casos de recién nacidos (unos 600 de los 1.000 niños muertos en el primer año, de los 200.000 que nacen anualmente en Holanda). Por supuesto, toda muerte por eutanasia en Holanda sólo puede ser legal cuando el médico no certifica, pues no es muerte natural, sino que lo comunica al forense, quien examina cada caso con el fiscal.

Referencias bibliográficas: 3

Revisor: JG

### S-4.476 *Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS 5570 (St John's wort): randomised controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine*

(El extracto de hipérico es tan eficaz como la paroxetina, y mejor tolerado)

Autores: Szegedi A, Kohnen R, Dienel A, Kieser M

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2005;330:505-6

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Los tratamientos con plantas son muy populares entre la población. Desde luego no se puede ignorar su existencia, ni sus riesgos y beneficios. En este trabajo alemán se recogen los resultados de un ensayo clínico en el que se comparó el hipérico con la paroxetina, en pacientes con depresión mayor. El hipérico obtuvo mejores resultados que la paroxetina, con menos efectos adversos. Ello significa que sabemos poco de la depresión, que las hierbas son útiles, que los antidepresivos son sólo algo mejor que el placebo, o que ya tenemos otro ensayo clínico bien hecho tipo los que demuestran la eficacia de la oración.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

### S-4.477 *Community genetics or public health genetics?*

(Salud pública o salud comunitaria, en lo genético)

Autores: Makenbach JP

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:179-80

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Las palabras significan lo que queremos que signifiquen, no algo por sí mismas. Por eso es tan importante la manipulación política de las palabras, como bien sabemos todos por experiencia. En este breve y sustancioso editorial se comenta la disputa entre los que hablan de salud pública genética y los que hablan de salud comunitaria genética. Los primeros se sienten atacados, pero el autor admite la crítica, siendo uno de ellos, pues la salud pública tiene que dejar de ser paternalista, y deber pensar en los individuos, en los pacientes. El fin no justifica los medios, tampoco en genética.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

## S-4.478 *Primary care for children in the 21st century*

(La atención a los niños, en peligro en el Reino Unido)

**Autores:** Hall D, Sowden D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2005;330:430-1

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** En Europa los niños dependen del médico general en todos los países de pago por salario (desde Portugal a Suecia) y por capitación (Dinamarca, Holanda, Italia y Reino Unido). En España, ya sabemos como estamos. En este editorial se sugiere que los niños deberían ser para los pediatras, en el Reino Unido, si los médicos generales no cumplen con su trabajo de seguimiento del niño sano y demás actividades de dudoso fundamento científico. Sugieren un pediatra general para niños y adolescentes. Una interesante discusión científica para la que no hay muchos datos y sí muchas pasiones.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

## S-4.479 *Bat rabies in the United Kingdom*

(Primera muerte por rabia transmitida por murciélago en el Reino Unido)

**Autores:** Smith A, Morris J, Crowcroft N

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2005;330:491-2

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La rabia es una enfermedad tremenda, pues mata a todos los pacientes, pero se puede prevenir incluso después de su transmisión. Lo único, pues, es ser prudentes y actuar rápidamente. Lo recuerdan los editorialistas al comentar la primera muerte por rabia en el Reino Unido en los últimos 100 años. La de un naturalista estudioso de los murciélagos en Escocia. Es un problema que también afecta a España. El consejo es sencillo y fácil de transmitir a la población: no toque ni juegue con ningún murciélago. Si es un profesional que tenga que trabajar con ellos, vacúnese.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** JG

## S-4.480 *Association between hormone replacement therapy and subsequent stroke: a meta-analysis*

(La terapia hormonal en la menopausia se asocia a más ictus)

**Autores:** Bath PW, Gray LJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2005;330:342-5

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Puesto que las mujeres que reglan tienen menos probabilidad de ictus que las mujeres climatéricas y que los varones, lo lógico es pensar que las hormonas sexuales femeninas protegen contra los accidentes cerebrovasculares. Pero una cosa es la teoría y otra la práctica. Los autores estudian todos los ensayos clínicos al respecto, 28, con 39.769 pacientes, y hacen un metaanálisis. El resultado es claro, pues el uso de la terapia hormonal se asocia a más ictus, y a peor pronóstico de los mismos (muerte e invalidez). El aumento de la frecuencia se debe a los ictus isquémicos.

**Referencias bibliográficas:** 5

**Revisor:** JG

## S-4.481 *Recent development in gene transfer: risk and ethics*

(Los riesgos de la terapia génica, y la necesidad de seguimiento a largo plazo de los pacientes)

**Autores:** Kimmelman J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2005;330:70-82

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Las enfermedades monogénicas se prestan al intento de transferencia del gen sano, para reparar el defecto. La cosa parece sencilla, pero se han demostrado complicaciones graves, como transferencia de los vectores a células germinales y desarrollo de leucemias. El autor de esta revisión es canadiense, y hace un buen trabajo al explorar todo tipo de problemas. Lo básico es que los genes se insertan en virus, que actúan de vectores transportadores. Y no sabemos bien el comportamiento de dichos virus. Se precisa, pues, el seguimiento a largo plazo de los pacientes.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

## S-4.482 *Detection by screening mammography is a powerful independent predictor of survival in women diagnosed with breast cancer*

(Los cánceres de mama diagnosticados en el cribaje son los no agresivos)

**Autores:** Johnson A, Shekhar J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Breast. 2005;14:79

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El cribaje de cáncer de mama mediante la mamografía goza de gran predicamento, aunque su base científica sea endeble. Uno de los argumentos en su defensa es equiparar cáncer diagnosticado en el cribaje a muerte evitada por ese cáncer. Pero, como demuestran las autoras en esta breve carta, los cánceres que se diagnostican por el cribaje son mucho menos agresivos que los cánceres que se diagnostican fuera del mismo (en mujeres jóvenes, en las poblaciones que no participan). Lo importante es la agresividad del tumor, su capacidad de crecer. Y esa es menor en los cánceres diagnosticados con el cribaje.

**Referencias bibliográficas:** 3

**Revisor:** JG

## S-4.483 *Classification of BRCA1 missense variants of unknown clinical significance*

(El valor predictivo de los alelos del gen BRCA1, respecto al cáncer de mama y de ovario)

**Autores:** Phelan CM, Dapic V, Tice B, Favis R, Kwan E, Barany F et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Med Genet. 2005;42:139-46

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** La genética avanza a trompicones, con mucho eco en los periódicos, pero poco impacto en la práctica. Las cosas están cambiando, no obstante, y pronto lo veremos en nuestras consultas. Por eso es interesante este artículo de genética pura, dedicado al estudio de variantes del gen BRCA1, a las que luego intentan asignar una probabilidad de cáncer de mama y ovario mediante el estudio de su presencia en casos reales. El gen BRCA1 tiene mecanismo de acción desconocido, pero actúa como supresor del cáncer. Algunos de sus alelos inactivados se asocian a mayor probabilidad de cáncer de mama y de ovario.

**Referencias bibliográficas:** 58

**Revisor:** JG

## S-4.484 *Saying goodbye to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain?*

(El trabajo en solitario del médico general, muy satisfactorio para el paciente)

**Autores:** Hombergh P, Engels Y, Hoogen H, Doremalen J, Bosh W, Grol R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Fam Pract.* 2005;22:20-7

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Hay especialistas en Medicina de Familia que más parecen especialistas en Centros de Salud. Es decir, que no conciben la Medicina General si no es en "equipo". A ellos les vendría bien leer este artículo holandés, donde comparan 303 indicadores entre consultorios con un solo médico o con varios (en Holanda el 40% de los médicos generales trabajan en solitario). Hay mejor equipamiento en el grupo, pero nada más (ni mejor ni más variedad de servicios). Los pacientes prefieren al médico en solitario. En ambos consultorios la jornada del médico general es de 55 horas semanales.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

## S-4.485 *Electrocardiogram interpretation in general practice*

(Los médicos generales, con más especificidad y menos sensibilidad que la interpretación automática del ECG)

**Autores:** Jensen MSA, Thomsen JL, Jensen SE, Lauritzen T, Engberg M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Fam Pract.* 2005;22:109-13

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los médicos generales solemos acertar cuando decimos que algo es normal, y fallar respecto a la presencia de la enfermedad. Es decir, tenemos más especificidad que sensibilidad (y, consecuentemente, más valor predictivo negativo que positivo). Los autores, daneses, lo confirman comparando la valoración del electrocardiograma (ECG) en la población (media de edad de 41 años) por la máquina, el médico general, y dos cardiólogos. A los médicos generales se les escapan algunos falsos negativos, por falta de énfasis en el segmento ST, en las Q y en la inversión de la T.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG

## S-4.486 *Diagnostic discordance: we cannot agree when to call knee pain "osteoarthritis"*

(La artrosis según el médico general y su paciente)

**Autores:** Peat G, Greig J, Wood L, Wilkie R, Thomas E, Croft P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Fam Pract.* 2005;22:96-102

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Hay muchas cosas que damos por hechas, como el diagnóstico de artrosis en los adultos en los que hay dolor de rodilla. Pero pueden equivocarse el médico y el paciente que por su cuenta emplea tal etiqueta. Los autores, ingleses, estudian la presencia de artrosis en 45 pacientes mayores de 50 años que han consultado por dolor de rodilla. Cuando se hace un diagnóstico según protocolos y examen a fondo, y se pregunta a los pacientes, y se buscan los diagnósticos en sus historias, no hay acuerdo mayor que el azar respecto a la concordancia. Cada cual va por su lado.

**Referencias bibliográficas:** 43

**Revisor:** JG

## S-4.487 *Flash in the pan?*

(El problema de la obesidad en EE.UU.)

**Autores:** Butler D, Pearson H

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Nature.* 2005;433:794-6

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** La obesidad es expresión de una milenaria necesidad de comer, de cuando comer era un milagro. Ahora es fácil, al menos en los países desarrollados. En EE.UU. el 75% de la población es obesa, y la obesidad es allí un problema de salud pública, claro. Su ministro de sanidad ha propuesto un cambio de dieta, para lograr el ajuste entre las calorías que se queman y las que se ingieren. Lo malo es que eso se deja a la voluntad personal, pero los productos industriales cada vez llevan más grasa y azúcar, de forma que la decisión personal se convierte casi en la de un héroe (y la de un rico, por el precio de verduras y frutas).

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-4.488 *Food FAQs*

(De la teoría al menú diario)

**Autores:** Schnelder A, Butler B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Nature.* 2005;433:798-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Es difícil resolver el problema de la obesidad, pues sabemos poco acerca del éxito de las distintas propuestas. Una cosa es tener idea de la dieta correcta, y otra transformar ese conocimiento en pautas prácticas que sirvan para hacer el menú diario. Los autores comentan estas cuestiones, a propósito de la propuesta del ministro de sanidad estadounidense (S-4.487). Otra cuestión es saber dónde está el modelo de mejor dieta, que parece se encontraba en los países mediterráneos en los años sesenta del pasado siglo. De eso queda poco hoy, con tanto precocinado y sanjacobos.

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** JG

## S-4.489 *Researchers probe the real effect of placebos*

(El placebo y las expectativas del paciente)

**Autores:** Katsnelson A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Nature Med.* 2005;11:105

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** No hay ningún medicamento tan eficaz como el propio médico (tomado en dosis prudentes). Por eso no asombra que el efecto placebo siga despertando interés. En esta nota se comentan varios estudios al respecto, que demuestran, por ejemplo, que la morfina logra la mitad de su efecto si el paciente desconoce su administración. Por eso se propone preguntarle al paciente si sabe lo que está tomando (en los ensayos clínicos), y hacer un diseño con cuatro grupos (dos en que se les di-ce que toman el medicamento o el placebo y es verdad, y dos en que se les engaña). En fin, un asunto no resuelto.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-4.490 *Cholesterol, racial variation and targeted medicines*

(La mejora de la comprensión del metabolismo del colesterol y la genética)

Autores: Topol EJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Nature Med.* 2005;11:122-3

Calificación: Bueno

**Comentario:** Nuestro desconocimiento es tal que no resulta extraño que nos pasemos dando palos de ciego incluso en cosas muy frecuentes. Por ejemplo, no sabemos bien de qué dependen los niveles de colesterol en sangre, aunque parezca mentira. El autor comenta un artículo publicado en el mismo número de la revista, sobre las mutaciones de un gen, el PCSK9 involucrado en la hipercolesterinemia familiar. Son dos mutaciones que producen un codón de parada, y una proteína mal formada. Con ello se disminuye el nivel de colesterol LDL en sangre. Estas mutaciones son más frecuentes en negros.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

## S-4.491 *Biological Freudianism and the quest for understanding of the social origins of health*

(La biología freudiana, la interacción de las causas de enfermedad y su efecto a largo plazo)

Autores: Moore W

Revista/Año/Vol./Págs.: *Int J Epidemiol.* 2005;34:18-20

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Entendemos poco la enfermedad, sus causas y mecanismos. Por eso es importante esta reflexión, de una australiana, sobre el trabajo de Dubos, un microbiólogo muy interesado por la ecología y el estudio de las causas del enfermar, del que reproduce la revista un texto de 1966. Dubos animó a utilizar experimentos para valorar la interacción de, por ejemplo, nutrición e infección y de los efectos combinados físicos y psíquicos (biología freudiana). Es muy cierto que una forma de disminuir las infecciones es nutrir mejor, sobre todo durante el período prenatal y de lactancia. Se ha investigado poco sobre todo ello.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

## S-4.492 *Escasa aplicación de las medidas de prevención en los pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad coronaria en España*

Autores: Rodríguez L, Maicas C, Alcalá M, Velázquez M, Gil B

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Clin Esp.* 2005;205:14-8

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Los pacientes con enfermedad coronaria demostrada (por ejemplo, tras infarto) son mal tratados. Lo demuestran los autores, en un trabajo patrocinado por Danval Senvier, a partir de 628 pacientes de 140 cardiólogos. Es interesante comprobar que los cardiólogos lo hacen tan mal como los médicos generales. Así, el 19% de los pacientes fumaban; y tenían controlada la hipertensión el 15%; y controlados los lípidos el 7,5%. Eso sí, al menos los cardiólogos no le tienen miedo a los bloqueadores beta, que empleaban en el 41% de los pacientes.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

## S-4.493 *As Gelsinger case ends, gene therapy suffers another blow*

(Más leucemias por la terapia génica)

Autores: Couzin J, Kaen J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Science.* 2005;307:1028

Calificación: Informativo

**Comentario:** La terapéutica con genes está tomando impulso (S-4.481), pero nadie controla muy bien el proceso y los efectos secundarios. En esta brevísima noticia se da cuenta de la sentencia en EE.UU. que condena a los investigadores e instituciones que participaron en la terapia génica de Gelsinger, de 18 años. También comenta un tercer caso (éste tratado con 9 meses) de leucemia en el ensayo francés de terapia génica en lactantes con inmunodeficiencia grave ligada al cromosoma X. Los franceses han parado el estudio. Y en EE.UU. se han puesto límites a los ensayos clínicos al respecto.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

## S-4.494 *In search of fewer independent risk factors*

(Menos factores de riesgo, por favor)

Autores: Brotman DJ, Walker E, Lauer MS, O'Brien RG

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med.* 2005;165:138-45

Calificación: Excelente

**Comentario:** Cada año se publican 1.100 artículos sobre "factores de riesgo independientes", como describen los autores. El número ha crecido desde que apareció en 1975, con 2 artículos ese año. En esta excelente revisión se deja claro lo de siempre: que los factores de riesgo son sólo asociaciones estadísticas, que los factores de riesgo no son necesarios, que los factores de riesgo no son suficientes, y que los factores de riesgo no son causales. La culpa la tienen los análisis multivariantes, y los que transforman los factores de riesgo en enfermedades (sirva la hipertensión de ejemplo de dicho error). Un texto muy fácil de leer, otro más sobre esta plaga de los factores de riesgo.

Referencias bibliográficas: 50

Revisor: MPF

## S-4.495 *Impact of influenza vaccination on seasonal mortality in the US elderly population*

(La vacunación antigripal en los ancianos, de efecto dudoso para disminuir la mortalidad por gripe)

Autores: Simonsen L, Reichert TA, Viboud C, Blackwelder WC, Taylor RJ, Miller MA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med.* 2005;165:265-72

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** La vacuna antigripal no disminuye la mortalidad por gripe en los ancianos, concluye este estudio, muy bien hecho, y con gran impacto (S-4.464). Estudian el problema revisando la evolución de la mortalidad por neumonía y gripe en la temporada gripal durante 33 años, de 1968 a 2001. Demuestran que las muertes disminuyen, pero sobre todo por la inmunidad que produjo la gripe de 1968 de la cepa A(H3N2). La difusión de la vacunación entre ancianos, a partir de 1980 no ha disminuido la mortalidad. Parece que los estudios descriptivos al respecto han sobrevalorado la eficacia de la vacunación antigripal.

Referencias bibliográficas: 38

Revisor: MPF

## S-4.496 *Ethics and sample size*

**(Los estudios con muestras pequeñas no incumplen los requisitos éticos)**

**Autores:** Bacchetti P, Wolf LE, Segal MR, McCulloch CE  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Epidemiol. 2005;161:105-10  
**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los autores, estadounidenses, revisan con elegancia una cuestión que siempre hemos aceptado, que los estudios con muestras pequeñas pueden tener problemas éticos por exponer a los pacientes a una situación experimental, con mucha probabilidad de que no sirva para nada. La cuestión crítica es que el riesgo para el paciente participante es siempre el mismo, si está bien llevado el estudio. Y el valor científico depende del diseño, y menos del tamaño. De hecho, al crecer llega un momento en que el aumento es un despilfarro, pues no añade nada en lo científico, y aumenta el número de pacientes expuestos a la situación experimental.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** MPF

## S-4.497 *Tailoring warfarin induction doses to reflect individual and disease-specific factors*

**(En los ancianos, dosis bajas de anticoagulantes)**

**Autores:** Ageno W, Squizzato A, Dentali F, Crowther M  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med. 2005;118:143-4  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los algoritmos se emplean cuando faltan conocimientos y sentido común, como bien demuestran los autores al comentar sus resultados y los de otros respecto al inicio de la anticoagulación. Sobre todo falta conocimiento, en este caso, pues no sabemos controlar la dosificación si no es determinando el INR. Lo que queda claro es que en los ancianos es mejor empezar por dosis bajas, que permiten iniciar el tratamiento sin tener que determinar el INR a diario. Pero se necesitan estudios que permitan valorar la importancia de la edad, de la enfermedad de base y de la comorbilidad para anticoagular con más seguridad.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** MPF

## S-4.498 *Coste-efectividad de una intervención basada en las recomendaciones de la Global INitiative for Asthma (GINA), mediante un sistema informatizado de apoyo a la decisión clínica: un ensayo con aleatorización de médicos*

**Autores:** Plaza V, Cobos A, Ignacio JM, Molina J, Bergoñon S, García F, et al  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2005;124(6):201-6  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** A pesar de las limitaciones de las guías de buena práctica clínica, su utilización suele considerarse beneficiosa. Pero lo más frecuente, en general, es que se conozcan poco y se apliquen menos. Por eso son bien recibidos estudios como este, encaminados a implantar la utilización de las recomendaciones de la Global INitiative for Asthma (GINA), demostrándose que mejoran la situación del enfermo y es coste efectiva respecto a la práctica clínica habitual. Para ello se utilizó un sistema informático que facilitaba la clasificación del asma según gravedad y proponía recomendaciones terapéuticas al médico, complementado con educación de los pacientes.

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** MARL

## S-4.499 *Valor de la posturografía en ancianos con caídas de repetición*

**Autores:** Lázaro M, Cuesta F, León A, Sánchez C, Feijoo R, Montiel M, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2005;124(6):207-10

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La posturografía es una prueba que se realiza con el posturógrafo, y aunque no lo parezca, no tiene nada que ver con el aparato urinario. Es una plataforma que recoge estímulos de presión a través de sensores, en el que se realizan pruebas para valorar el equilibrio estático y dinámico de las personas (bipedestación, movimiento, etc.). En los pacientes con antecedentes de caídas se comprueba que la anulación de los estímulos visuales y propioceptivos (sobre todo juntos) disminuye su estabilidad y favorece nuevas caídas. Algo que se ve en la clínica, pero que además se puede constatar y medir.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** MARL

## S-4.500 *Concordancia de la determinación de la presión arterial en el brazo y en el antebrazo de pacientes obesos*

**Autores:** Vinyoles E, Pujol E, de la Figuera M, Tajada C, Montero P, García D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2005;124(6):213-4

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La determinación de la presión arterial (PA) en obesos con manguito estándar sobrevalora las cifras reales. Cuando no se dispone de manguito para obesos (lo que es frecuente), a veces se ha planteado tomar la PA en el antebrazo. En este estudio, realizado en el CAP La Mina (Barcelona), se valora la concordancia entre la PA en brazo y antebrazo, concluyendo que las cifras del antebrazo son superiores a las del brazo en una media de 5,5 mmHg para la PA sistólica y 1,53 mmHg para la diastólica, por lo que se desaconseja (pero si no hay más remedio, porque el manguito no nos da, debemos recordar que existe una ligera sobreestimación).

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** MARL

## S-4.501 *Entre el consenso y la evidencia científica*

**Autores:** Asua J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit. 2005;19(1):65-70

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Lo habitual en la práctica clínica cotidiana es que exista bastante incertidumbre a la hora de tomar decisiones, para las que no siempre existe "evidencia científica" suficiente respecto a qué es lo mejor o lo más indicado. En esas situaciones, con frecuencia, se busca el consenso de expertos que hayan utilizado la mejor información posible para dar recomendaciones. En este artículo se aborda el tema, facilitando un listado de comprobación del grado de adecuación de una conferencia de consenso, con el fin de comprobar su rigor metodológico (tener un objetivo claro, que se haya revisado la literatura, no tenga sesgos, sea claro y aplicable, etc.). Por desgracia bastantes conferencias de consenso tienen múltiples deficiencias, con frecuencia interesadas.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** MARL

## S-4.502 *Estrogen treatment for urinary incontinence*

**(La terapia hormonal sustitutiva se asocia a más incontinencia urinaria)**

**Autores:** DuBeau CE

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA. 2005;293:998-1001

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La terapia hormonal sustitutiva es un ejemplo para muchas cosas, pero sobre todo para no repetir los errores cometidos. Cada vez sabemos más sobre sus efectos secundarios. En este editorial se comenta un artículo incluido en el mismo número de la revista en el que se presentan los resultados del *Women Health' Initiative*, un ensayo clínico, que demuestran la asociación entre el uso de estrógenos en la menopausia y el aumento de la incidencia y de la gravedad de la incontinencia en las mujeres. La autora dedica gran parte del editorial a dar vueltas a la plausibilidad científica de estos resultados.

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** JG

## S-4.503 *Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors*

**(La informática para recetas genera sus propios errores)**

**Autores:** Koppel R, Metlay JP, Cohen A, Abaluck B, Localio AR, Kimmel SE

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA. 2005;293:1197-203

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Hay quien cree que los sistemas informáticos mejorarán nuestra práctica clínica, pero es difícil que lo hagan si no somos capaces de hacerlo por nosotros mismos. Los autores, de Pensilvania (EE.UU.) hacen un estudio bonito de los problemas que surgen con el uso de sistemas electrónicos de prescripción. Entrevistan a fondo al personal, hacen grupos focales, y ven cómo lo utilizan en vivo y en directo. Listan 22 tipos de errores asociados al uso de la prescripción electrónica, desde pantallas que sólo dan historia parcial farmacológica, a interpretación errónea de la información.

**Referencias bibliográficas:** 60

**Revisor:** JG

## S-4.504 *Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patients outcomes*

**(Los programas informáticos de ayuda a la decisión mejoran el proceso, pero no se sabe si el resultado)**

**Autores:** Garg AX, Adhikari NKJ, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA. 2005;293:1223-38

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los que venden programas informáticos de ayuda a la decisión siempre los loan. Pero, ¿lo demuestran con ensayos clínicos, al menos? Para contestar a esta preguntan los autores, canadienses, analizan las 100 publicaciones que encuentran al respecto. Los programas de ayuda a la decisión mejoran el proceso, sobre todo en lo que se refiere a "recuerdos" (el 76%), y menos a dosis en recetas (el 66%). La salud del paciente mejora en el 13% de los ensayos clínicos en que se usa. Todos los resultados son mejores si el estudio lo hacen los que desarrollaron el programa.

**Referencias bibliográficas:** 128

**Revisor:** JG

## S-4.505 *Computer technology and clinical work. Still waiting for Godot*

**(El dificultoso camino de la teoría a la práctica en las aplicaciones informáticas)**

**Autores:** Wears RL, Berg M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA. 2005;293:1261-3

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los que ya somos viejos llevamos más de treinta años oyendo los cantos de sirena de la historia clínica electrónica, de la receta electrónica y demás. No cabe duda de que ha sido útil todo ello a los que viven del mismo, algunos políticos incluidos. Como los autores comentan en su editorial sobre los dos trabajos anteriores, queda mucho por hacer; sobre todo en el campo de la práctica, de cómo introducir en clínica diaria todos esos artilugios que nos venden como maravillosos.

**Referencias bibliográficas:** 32

**Revisor:** JG

## S-4.506 *Will the right to the protection of health be a real one in the future European Union?*

**(Reclaman el derecho a la salud, como podrían reclamar el derecho a la felicidad, o el derecho a la inteligencia, o el derecho a la belleza personal corporal)**

**Autores:** Reverte-Cejudo D, Sánchez-Bayle M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Epidemiol Community Health. 2005; 59:181

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** La salud, como la felicidad, la inteligencia, la belleza y otros bienes no nos "caen del cielo", pero hay quien cree que tiene derecho a ello. Naturalmente, los redactores de la Constitución Europea, que está en proceso de aprobación, han incluido el "derecho a la protección y promoción de la salud y a servicios sanitarios", no el "derecho a la salud". Pero hay grupos dispuestos a reclamar "el derecho a la salud", como los firmantes, de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Es un derecho de difícil justificación.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-4.507 *Can we evaluate population screening strategies in UK general practice? A pilot randomised controlled trial comparing postal and opportunistic screening for genital chlamydial infection*

**(El cribaje de las clamidias, posible en la consulta y por correo postal)**

**Autores:** Senok A, Wilson P, Reid M, Scoular A, Craig N, McConnachie A, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Epidemiol Community Health. 2005;59:198-204

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Parece que vale la pena el cribaje de las clamidias en jovencitas promiscuas. Los autores hacen un estudio precioso para valorar las dificultades de llevar a cabo el cribaje en medicina general. Demuestran que es muy costoso en tiempo y en dinero, que tiene problemas éticos complicados con la legislación europea y que es difícil lograr la participación. Como era de esperar, hay más resultados positivos en el cribaje según oportunidad en la consulta, y más participación en el cribaje por correo postal. En cualquier caso, no es sencillo.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** JG

### S-4.508 *Electronic alerts to prevent venous thromboembolism among hospitalized patients*

(Eficaz uso de recuerdos electrónicos en la historia clínica para evitar tromboembolismo en pacientes hospitalizados)

**Autores:** Kucher N, Koo S, Quiroz R, Cooper JM, Paterno MD, Soukonnikov B, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med.* 2005;352:969-77

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los pacientes hospitalizados tienen mayor riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda y el tromboembolismo consecuente. Los autores emplean un programa de ordenador para generar alerta en las historias electrónicas de pacientes con mayor riesgo (con cáncer, hipercoagulabilidad, antecedentes de tromboembolismo, tratamiento con hormonas, cirugía mayor y demás). El aviso contribuye a que los médicos tomen medidas preventivas y a que disminuyan las trombosis venosas profundas y las embolias pulmonares. Lo prueban con un ensayo clínico. Parece que vale la pena, pues.

**Referencias bibliográficas:** 29

**Revisor:** JG

### S-4.509 *Electronic medical alerts, so simple, so complex*

(El salto de la teoría a la práctica en las aplicaciones informáticas)

**Autores:** Duriex P N

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med.* 2005;352:1034-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Lo difícil no es demostrar algo en las condiciones ideales de un ensayo clínico o un laboratorio. Lo difícil es demostrar su utilidad en la clínica cotidiana. Por eso el autor, francés, de este editorial aplaude el artículo sobre la efectividad de una nota de recuerdo en la historia clínica para disminuir la incidencia de trombosis venosa y de sus complicaciones (S-4.508). Además, hace una crítica correcta a dicho ensayo clínico, pero insiste en que demuestra tanto la mejora del proceso (uso de la prevención) como del resultado (menos trombosis venosas profundas y menos embolias pulmonares).

**Referencias bibliográficas:** 10.

**Revisor:** JG

### S-4.510 *What can the UK and the USA health systems learn from each other?*

(El difícil aprendizaje de la innovación en la organización de servicios)

**Autores:** Quam L, Smith R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ.* 2005;330:530-3

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La investigación de servicios es una área poco desarrollada. Trata del impacto de la forma de organización en el resultado y el coste sanitario. Por ejemplo, ¿cómo pagar a los médicos de forma que mejore la salud de los pacientes? En este trabajo se comparan los EE.UU. con el Reino Unido, para sugerir que ambos pueden aprender entre sí, y al hilo se consideran las dificultades para difundir la innovación en la organización de servicios. Por ejemplo, sobre formación continuada que sea eficaz, algo que todavía falta, pero al menos en el Reino Unido se pide que cada médico tenga un plan personal al respecto.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG

### S-4.511 *30 years' follow up of randomised studies of adjuvant CMF in operable breast cancer: cohort study*

(Vale la pena la quimioterapia breve en el cáncer de mama agresivo)

**Autores:** Bonadonna G, Moliterni A, Zambetti M, Daidone MG, Pilotti S, Gianni L, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ.* 2005;330:217-20

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los medicamentos oncológicos son de los más caros y más dudosos, evaluación tras evaluación. Por eso da gusto leer este trabajo italiano, de seguimiento durante 30 años de una cohorte de mujeres con cáncer de mama, tratadas con cirugía más quimioterapia (ciclofosfamida, metotrexate y fluorouracilo). La quimioterapia se asocia a menos recidivas y menos muertes. Es igualmente efectiva la quimioterapia de seis y de doce ciclos. El pronóstico fue peor con tres o más ganglios afectados.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** JG

### S-4.512 *Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening: cohort study*

(El cribaje del cáncer de mama, eficaz en Copenhagen)

**Autores:** Olsen A, Njor SN, Vejborg I, Schwartz W, Dalgaard P, Jensen MB, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ.* 2005;330:220-2

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los cribajes tienen buena prensa y malos hechos. De ahí las dudas respecto a muchos, incluyendo el cribaje del cáncer de mama con mamografía. Los autores siguen a las mujeres de Copenhagen a las que se les ofreció el cribaje, y a las que aceptaron. Hace un estudio comparativo, aprovechando que en otras áreas de Dinamarca no se implantó el cribaje. Demuestran la disminución de un 25% de la mortalidad por cáncer de mama, asociada a la implantación del cribaje. No es un ensayo clínico, pero está bien hecho.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** JG

### S-4.513 *Reduction in mortality from breast cancer*

(La disminución de la mortalidad por cáncer de mama: el cribaje y la quimioterapia)

**Autores:** Jones AL

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ.* 2005;330:205-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Hasta ahora la mortalidad por cáncer de mama en la población ha disminuido muy poco, pese a los cribajes y los mejores tratamientos. El editorialista, inglés, comenta los dos trabajos previos (S-4.511, S-4.512) acerca de la disminución de la mortalidad por cáncer de mama, tanto por el uso complementario de la quimioterapia tras la cirugía, en Italia, como por el efecto del cribaje con mamografía, en Dinamarca. No son grandes estudios, pero sí son muy optimistas, pues confirman que algo se puede hacer. El autor se inclina por un mayor efecto de la quimioterapia que del cribaje, siempre de eficacia más dudosa.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** JG