

**S-4.658 Monitoring health inequalities through general practice: the Second Dutch National Survey of General Practice**

**(Las desigualdades en salud según clase, constantes y en crecimiento)**

**Autores:** Westert GP, Schevilles FG, Bakker DH, Groenewegen PP, Bensing JM, Zee J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Eur J Public Health. 2005;15:59-65

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Al comparar datos de 2001, de una encuesta a la población (12.000 entrevistas) y del estudio de la actividad del médico general holandés (más de un millón de registros, de 195 profesionales) se puede demostrar la consistencia de la desigualdad en la distribución de enfermedades por clases sociales. Ambas fuentes son coincidentes: la diabetes y el infarto de miocardio tienen más del doble (2,5 y 2,4) de frecuencia en las clases sociales bajas. La sensación de mala salud es más prevalente en inmigrantes pobres no europeos.

**Referencias bibliográficas:** 33

**Revisor:** MPF

**S-4.659 Deaths attributable to obesity**

**(Las dificultades para calcular el impacto de la obesidad en la mortalidad de la población)**

**Autores:** Mark DH

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA. 2005;293:1918-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El editorialista comenta dos trabajos publicados en el mismo número acerca de la mortalidad atribuible a la obesidad, que demuestran que es mucho menor de la previamente calculada. El problema es que en los cálculos se hacen muchas suposiciones, que no siempre tienen justificación empírica. Es cierto que la obesidad es una epidemia, y que repercute en la salud, pero la pobreza de los estudios no permite calcular con certeza su impacto en la mortalidad de la población. La obesidad suele medirse una vez, en el curso de algún estudio, cuando no puede ser lo mismo llevar una obesidad desde la infancia que sólo en la ancianidad.

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** MPF

**S-4.660 How useful is high-sensitivity CRP as a risk factor for coronary artery disease?**

**(Nulo valor de la determinación de la proteína C reactiva como factor de riesgo coronario)**

**Autores:** Hull SK, Collins LJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Fam Pract. 2005;54:268-71

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Alguna guía de hipertensión recomienda la determinación de la proteína C reactiva (PCR) de "alta sensi-

bilidad" como forma de valorar el incremento del riesgo de evento coronario, y en este trabajo se intenta contestar si se podría usar incluso como cribaje en la población sana. Puede de que la PCR indique actividad inflamatoria en las placas de ateroma, pero no está justificada su determinación en general. Quizá tenga interés, según se deduce de esta revisión, su determinación en pacientes con eventos coronarios repetidos y que no respondan al tratamiento con dosis altas de estatinas, situación peculiar que requiere estudio específico.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** MPF

**S-4.661 Modified Mediterranean diet and survival: EPIC (Elderly Prospective Cohort Study)**

**(El consumo de una dieta mediterránea se asocia a menor mortalidad global)**

**Autores:** Trichopoulou A and members of the EPIC

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2005;330:991-5

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En este artículo se presentan los datos de mortalidad global del seguimiento de 74.607 europeos mayores de 60 años, de nueve países, desde 1999 a 2003, corregidos según varios factores de riesgo, según la intensidad de su adherencia a una dieta mediterránea. Hubo 4.047 muertos en la cohorte. Se demuestra el positivo impacto de dicha dieta en la disminución de la mortalidad global. En una escala de 10 puntos, cada incremento de dos puntos en el seguimiento de la dieta mediterránea se asocia a una disminución de la mortalidad del 8%. Así pues, más ensaladas y pan, más aceite de oliva y frutas, y consumo moderado de vino.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** MPF

**S-4.662 Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales**

**Autores:** Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2005;124(16):606-12

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los estudios sobre prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en España son muy frecuentes, pero habitualmente referidos a ámbitos y lugares concretos. Por eso es de gran interés este metaanálisis, en el que se incluyen 48 trabajos, con 130.945 personas, estableciendo una prevalencia de hipertensión del 34% (66,7% en mayores de 65 años), tabaquismo 33%, hipercolesterolemia 23%, obesidad 20%, diabetes 8% en mujeres y 12% en varones. Sería bueno que se realizaran estudios transversales a nivel nacional para comparar estos datos y ver cómo evolucionan, para lo que haría falta fortalecer la investigación en Atención Primaria.

**Referencias bibliográficas:** 65

**Revisor:** MARL

## S-4.663 *Alternativas a la hospitalización convencional en Medicina Interna*

**Autores:** Torres M, Capdevila JA, Armario P, Montull S y grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2005;124(16):620-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Cada vez son más frecuentes los pacientes crónicos de edad avanzada, con pluripatología y problemas asociados. En este artículo se comenta el papel de los internistas como generalistas del hospital, con una visión integral e integradora, y se señalan alternativas a la hospitalización convencional como las unidades de hospitalización domiciliaria, de diagnóstico rápido, de corta estancia, de atención a procesos asistenciales concretos y los hospitalares de día. Precisamos de cambios organizativos para responder a las necesidades y demandas de la población. Como dicen los autores, el tandem internistas-médicos de familia es el idóneo para garantizar la continuidad de la atención; confiemos en ello, sin exclusiones.

**Referencias bibliográficas:** 40

**Revisor:** MARL

## S-4.664 *Registro de ensayos clínicos previo a su publicación: nuevo requisito del ICMJE*

**Autores:** Alfaro V

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2005;124(16):638-9

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Tras la polémica por la ocultación de resultados negativos en las publicaciones sobre paroxetina, el Comité Internacional de Editores Médicos (ICMJE) requerirá el registro público previo de los ensayos clínicos (EC) para considerar su revisión por pares y posterior publicación. Se intenta evitar el sesgo de publicación (la publicación de resultados que interesan y la no publicación de lo que no conviene). En este artículo se informa de varias direcciones de internet de EE.UU. y Europa en las que ya se incluyen EC, aunque en general no con las recomendaciones del ICMJE. Una buena iniciativa para hacer más fiables los resultados publicados de los ensayos clínicos.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** MARL

## S-4.665 *Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos*

**Autores:** Gort AM, March J, Gómez X, de Miguel M, Mazarico S, Balleste J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2005;124(17):651-3

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La escala de Zarit, con 22 preguntas, se utiliza para valorar la claudicación familiar de los cuidadores. En el caso de los cuidados paliativos se ha considerado útil pero demasiado larga, por lo que en este trabajo se intenta reducir la escala a 7 preguntas, y con buen resultado (sensibilidad y especificidad del 100%). Todo lo que se pueda simplificar los instrumentos útiles en la valoración y atención de nuestros pacientes, mejor (¿Para qué utilizar una escala con 22 preguntas si podemos obtener los mismos resultados con 7?). Con frecuencia no necesitamos utilizar ninguna escala para valorar la claudicación de los cuidadores.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** MARL

## S-4.666 *Challenges in systematic reviews: synthesis of topics related to the delivery, organization and financing of health care*

**(La falta de fundamentos científicos para decisiones complejas)**

**Autores:** Bravata DM, McDonald KM, Shojania KG, Sundaram V, Owens DK

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med. 2005; 142:1056-65

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los ensayos clínicos dan respuestas a preguntas simples (y muchas veces sin interés). ¿Cómo buscar fundamento científico a las cuestiones importantes? Por ejemplo, dicen los autores, al impacto en la salud del paciente de ser atendido en una organización con ánimo de lucro (compañado con otra pública o sin tal ánimo). Los autores encuentran 13 revisiones al respecto y describen 3 métodos para responder a preguntas importantes y complejas (definición clara de la pregunta, urdimbre conceptual, y sistemas de decisión).

**Referencias bibliográficas:** 42

**Revisor:** JG

## S-4.667 *Should treatment of subacute low back pain be aimed at psychological prognostic factors? Cluster randomised clinical trial in general practice*

**(La consideración de los factores psicológicos, poco útil en el dolor de espalda)**

**Autores:** Jellema P, Windt DAWM, Horst HE, Twisk JWR, Salman WAB, Bouter LM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2005; 331:84-5

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** En el dolor lumbar inespecífico no hay mucho que hacer, excepto aconsejar al paciente vida normal hasta donde pueda, y unos analgésicos. Los autores se preguntan si sirve de algo explorar aspectos psicológicos y aconsejar sobre los mismos. Se siguen 314 pacientes de 60 médicos generales, y a 143 se les dedica una sesión de 20 minutos sobre el componente psicológico de su dolor lumbar. Al cabo de 52 semanas no hay cambios con respecto al cuidado habitual, ni en todo el grupo ni en los que tienen más componentes psicológicos.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

## S-4.668 *Early psychological interventions for low back pain in primary care*

**(Dolor de espalda y factores psicológicos)**

**Autores:** Main CJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2005; 331:88

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Es difícil decidir con absoluta certeza la eficacia o ineeficacia de una intervención (en muchos casos, además, la certeza puede ser relativa, no absoluta). Por eso el autor, inglés, comenta el artículo previo (S-4.667) y dice lo de siempre: "no se ha probado la eficacia de la intervención psicológica en el dolor lumbar, lo que no demuestra su falta de eficacia". Así nos va en todo, probando hasta que se plantea una duda, se invierten millones, se crea una rutina y se establece otra intervención más que no resuelve nada.

**Referencias bibliográficas:** 5

**Revisor:** JG

## S-4.669 *Limits to medicine. Medical nemesis*

### (Actualización de “Némesis médica”)

Autores: Lupton D

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Health Serv Res Policy*. 2005; 10:122-3

Calificación: Bueno

**Comentario:** De vez en cuando conviene releer los libros que han sido clásicos. En este caso una socióloga australiana pone en su sitio el libro de Ivan Illich sobre “Némesis médica”, en el que se destacaba tres formas de iatrogénesis: a)clínica, b)social (medicalización de las decisiones sobre salud) y c)cultural (medicalización de los problemas y rechazo a todo dolor y sufrimiento). La autora ve un exceso en Illich, pues reconoció en poco el valor positivo de la intervención médica. Sobre ello, mantengo postura opuesta: Iván Illich fue conservador y condescendiente, poco crítico, con los médicos.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

## S-4.670 *Evidence-based medicine and patient-centred medicine: the need to harmonize*

### (La autonomía del paciente frente a la Medicina Basada en Pruebas)

Autores: Gray DP

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Health Serv Res Policy*. 2005;10:66-8

Calificación: Excepcional

**Comentario:** Los médicos generales tendemos a vernos como inferiores frente a los especialistas (y no digamos frente a “los científicos”). Por ello creo que todos deberíamos leer este excepcional editorial de un viejo médico general, inglés. Por ejemplo, que la Medicina Basada en Pruebas muere cuando una sola guía clínica europea y dos factores de riesgo (colesterol e hipertensión) convierten al 76% de los europeos de 20 a 79 años en enfermos. Y cuando ninguna guía ni protocolo considera la autonomía del paciente. ¿Qué locura es ésta? Se necesita hablar de igual a igual entre el médico general de a pie y el especialista y el científico, y el paciente.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

## S-4.671 *Participants in research*

### (La participación en los ensayos clínicos no es peligrosa para el paciente)

Autores: Sackett DL

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ*. 2005; 330:1164

Calificación: Bueno

**Comentario:** Hay siempre dudas acerca de lo que significa para el paciente su participación como sujeto de investigación. Este editorial de un clásico de la Medicina Basada en Pruebas revisa y comenta dos artículos en el mismo número que demuestran que participar en un ensayo clínico no es peligroso per se. Es decir, la comparación entre pacientes similares incluidos y no incluidos en ensayos clínicos permite concluir que no hay diferencias clínicas entre ambos grupos. O sea, los ensayos clínicos no son peligrosos para los participantes en el mismo (y probablemente son poco útiles).

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

## S-4.672 *Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial*

### (En la insuficiencia cardíaca se precisa algo más que buen tratamiento)

Autores: Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau JL, Bropky JM

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ*. 2005; 173:40-5

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Los pacientes con insuficiencia cardíaca consumen recursos ingentes, y mueren precozmente. En general, además, suelen estar deficientemente tratados. No es de extrañar que haya innovación en este problema. De ello trata el experimento que se relata en este trabajo, en el que siguieron a 230 pacientes, en cuidado habitual, o con acceso rápido a una clínica especializada. En el grupo experimental hubo menos hospitalizaciones y más calidad de vida (y más visitas al cardiólogo, 746 contra 494; y menos al médico de familia, 214 contra 306).

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

## S-4.673 *Multidisciplinary heart failure clinics: are they effective in Canada?*

### (El manejo multidisciplinario del paciente con insuficiencia cardíaca)

Autores: Rich MW

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ*. 2005; 173:53-4

Calificación: Excelente

**Comentario:** El problema del seguimiento con los pacientes con insuficiencia cardíaca demuestra claramente los límites de la actividad médica. El editorialista comenta el trabajo previo (S-4.672) y aunque cuestiona los resultados (sólo participó el 19% de los posibles candidatos; hubo un 65% de rechazo a la participación; se trata de un centro universitario) no deja de reconocer que se precisa un seguimiento global (holístico). Es decir, no basta hacer las cosas bien (diagnóstico y tratamiento). Hay que lograr la participación activa del paciente y de la familia, y de enfermos, dietistas, farmacéuticos y demás.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

## S-4.674 *A national strategy for waiting times research?*

### (Listas de espera; investigación, confidencialidad)

Autores: Slaughter PM, Carlisle J, Williams J, Ferris L

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ*. 2005; 173:1283-4

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** En Canadá se han propuesto acortar los tiempos de espera en algunos problemas médicos como prótesis de cadera y rodilla, intervención de cataratas, cáncer y otros. Los autores dedican el editorial a considerar las oportunidades que da esta decisión para hacer investigación. Empiezan por sugerir el registro de un conjunto de datos homogéneos y lógicos (comorbilidad, resultado en salud, presentación clínica, etc), y siguen por los problemas éticos y prácticos que generaría el utilizar la información clínica en investigación. Da gusto ver la preocupación sobre aspectos éticos y confidencialidad, tantas veces ignoradas, y tan importante.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

## S-4.675 *Insulin resistance syndrome, body mass index and the risk of ischemic heart disease*

(Obesidad, resistencia a la insulina e isquemia de miocardio)

Autores: St-Pierre AC, Cantin B, Mauriege P, Bergeron J, Dagenais G, Després JP, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2005; 172:1301-5

Calificación: Bueno

**Comentario:** Los trabajos sobre factores de riesgo terminan siendo imposibles, a base de estadística mal empleada. Pero conviene seguirlos, para saber qué te van a decir los "expertos". Por ejemplo, este trabajo canadiense en el que se siguieron durante 13 años a 1.824 varones de 56 años de edad media, sin diabetes ni isquemia coronaria al inicio. Se demuestra una mayor incidencia de problemas isquémicos coronarios en los obesos, pero sobre todo en los que tienen "síndrome de resistencia a la insulina" (aumento de la PCR, de triglicéridos, de LDL, de apoproteína B, de tensión arterial y de insulina en ayunas y descenso de HDL).

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

## S-4.676 *Heart disease risk among metabolically healthy obese men and metabolically unhealthy lean men*

(El síndrome metabólico, en obesos y en otros)

Autores: Jansen I

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2005; 173:1315-6

Calificación: Bueno

**Comentario:** El "síndrome metabólico" es la denominación correcta de la "resistencia a la insulina". El editorial comenta el artículo previo (S-4.675) y deja claro que el síndrome metabólico es 20 veces más frecuente en los obesos. Así, la dislipemia, aumento de la tensión y cifras altas de glucemia, expresan un cambio metabólico que se ve más en los obesos (60%) que en los de peso normal (pero el 6% de éstos tienen síndrome metabólico). El mayor riesgo coronario se asocia al síndrome metabólico, no a la obesidad en sí. La mejor recomendación, hacer ejercicio físico.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

## S-4.677 *Swedish's state pharmacies may lose hold over drug sales*

(El fin del monopolio público de las farmacias en Suecia)

Autores: Nereth P

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet. 2005; 365:207-8

Calificación: Informativo

**Comentario:** En Suecia hay sólo 900 farmacias (una por cada 10.000 habitantes, en un país con gran dispersión geográfica de la población). Además, todas son de propiedad estatal. Por ello es interesante la noticia de que el Tribunal Superior de Justicia de la Unión Europea ha declarado que esta situación es ilegal. El monopolio lleva a períodos cortísimos de horario de trabajo, a cierre por vacaciones con farmacia suplente a cientos de kilómetros, y demás. Lo que no se sabe es qué hará Suecia ahora. La historia continúa.....

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

## S-4.678 *Meta-analys: acupuncture for low back pain*

(La acupuntura tiene cierta utilidad en el dolor lumbar)

Autores: Manheimer E, White A, Bernan B, Forys K, Ernst E

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2005; 142:651-63

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Los métodos alternativos gozan de gran popularidad, lo que expresa más el fracaso de la medicina convencional allopática que la eficacia alternativa. Los autores revisaron los ensayos clínicos sobre acupuntura, e hicieron una búsqueda digna de aplauso (sin excluir idiomas, con bases especializadas, con expertos). Localizaron 33 ensayos clínicos de calidad suficiente, que demuestran la utilidad de la acupuntura en el alivio del dolor crónico de espalda, a corto plazo. Nada más (y nada menos).

Referencias bibliográficas: 62

Revisor: JG

## S-4.679 *Hormone therapy for the prevention of chronic conditions in postmenopausal women: recommendations from the US Preventive Services Task Force*

(Contra el uso de hormonas en la menopausia)

Autores: US Preventive Services Task Force (USPSTF)

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2005; 142:855-60

Calificación: Bueno

**Comentario:** Sobre gustos no hay nada escrito, pero sobre excesos, sobra. Por eso es bueno leer una síntesis como la que recoge este texto, de un grupo estadounidense, normalmente muy agresivo (comparado con canadienses y europeos). El USPSTF recomienda contra el uso rutinario de estrógeno y progesterona en la prevención de problemas crónicos en las menopáusicas. También recomienda contra el uso de estrógenos en mujeres hysterectomizadas menopáusicas. Más sencillo y claro, imposible. Por si quedaban dudas al respecto.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

## S-4.680 *High and rising health care costs. Part 2: technologic innovation*

(El aumento del gasto sanitario en relación con la innovación tecnológica)

Autores: Bodenheimer J

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2005; 142:932-7

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** El coste del sistema sanitario crece casi sin control en todas partes. ¿Sin control? Sin el control debido, con despilfarro consentido. Lo analiza el autor, que se centra en EE.UU., a propósito de las nuevas tecnologías. En general son útiles y valen la pena cuando se aplican correctamente. Lo malo, y frecuente, es que se aplican con derroche, a troche y moche. Si hay más tecnología, hay uso innecesario (y peligroso) de la misma. También examina el coste administrativo (el 29% del total, en 1999, en EE.UU.) y la falta de medidas para controlar la oferta (presupuestos cerrados y demás). No es que se gaste mucho, es que se tira.

Referencias bibliográficas: 46

Revisor: JG

## S-4.681 *Interacciones entre medicamentos prescritos al alta en un Servicio de Medicina Interna*

**Autores:** López Vázquez P, Rodríguez Moreno C, Durán Parrondo C, Tato F, Rodríguez López J, Lado FL

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Med Interna (Madrid.). 2005;22: 69-75

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Cuando uno revisa las interacciones de los medicamentos se queda aterrorizado por los peligros que corren los pacientes. Sin embargo, no se nos mueren muchos por ellos. Los autores, gallegos, revisan la medicación del alta de 412 pacientes (de un total de 1.117, en 2003), y demuestran que hubo 329 interacciones teóricas, ninguna de mayor gravedad, pero en el 53% exigieron toma de decisión. Casi todas en torno a digoxina (con anticoagulantes orales). Un paciente ingresó por niveles altos de digoxina (y se fue a casa con dos potenciales interacciones).

**Referencias bibliográficas:** 33

**Revisor:** JG

## S-4.682 *Does prenatal sonnography affect intellectual performance?*

**(La ecografía prenatal y la capacidad intelectual)**

**Autores:** Kieler H, Haglund B, Cnattingius S, Palmgren J, Axelsson O

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Epidemiol. 2005; 16:304-10

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los maestros se preguntan por qué los chicos son cada vez más atontados, y por qué hay que bajar el nivel de las clases. Los autores, suecos, comentan que la ecografía prenatal disminuye la capacidad cognitiva en animales. Y estudian a una muestra de mozos que van al servicio militar, comparándolos según les hicieran ecografía en su embarazo (2 de rutina). Hay menos capacidad intelectual entre los ecografiados, pero sin que sea clínicamente importante.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** JG

## S-4.683 *Risk of hospitalization for myocardial infarction among users of rofecoxib, celecoxib, and other NSAIDs-A population based case-control study*

**(Los AINE y la isquemia coronaria)**

**Autores:** Johnsen SP, Larsson A, Tarone RE, McLoughlin JK, Nogard B, Friis S et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med. 2005; 165:978-84

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Sabemos de antiguo que el uso de los AINE es peligroso; por ejemplo, para bajar la fiebre en pacientes con isquemia coronaria, por la posibilidad de desencadenar un infarto. Los autores, daneses, estudian 10.280 altas de pacientes con un primer infarto, y los comparan con 102.797 de edad y sexo similar sin infarto. Corrigen por factores de riesgo y demuestran que el uso de cualquier AINE se asocia a infarto de miocardio; más el rofecoxib que el celecoxib. Era esperable; nadie puede asombrarse, aunque haya habido que esperar a los coxib para "enterarnos".

**Referencias bibliográficas:** 37

**Revisor:** JG

## S-4.684 *Are cyclooxygenase-2 inhibitors being taken only by those who need them?*

**(Los inhibidores de la COX2 los toman quienes no los necesitan)**

**Autores:** Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med. 2005; 165:1066-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Toda actividad médica tiene riesgo, por lo que conviene aplicarlas estrictamente a los pacientes que se beneficiarán más probablemente. Los autores se preguntan si los nuevos AINE se utilizaron en los pacientes con más riesgo de hemorragias (como se recomendaba). Es un estudio en población se demuestra que el 71% de los que utilizaron inhibidores de la COX-2 tenían bajo riesgo de hemorragia gastrointestinal. Es decir, que se les sometió a riesgo de infarto de miocardio innecesariamente.

**Referencias bibliográficas:** 6

**Revisor:** JG

## S-4.685 *High rates of adverse drug events in a highly computerized hospital*

**(La prescripción electrónica no elimina ni los errores ni los efectos adversos)**

**Autores:** Nebeker JR, Hoffman JM, Weir CR, Bennett CL, Hurdle JF

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med 2005; 165:1111-1116

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Todos tenemos esperanzas en que los sistemas electrónicos ayudarán a disminuir los errores y sus consecuencias. Pero las cosas pueden no ser tan simples, como demuestran los autores, de un hospital de veteranos de guerras estadounidenses. Tras introducir un sistema excelente de prescripción electrónica estudian 937 ingresos (el 41% del total en 20 semanas seguidas), y demuestran 483 "eventos medicamentosos adversos", el 61% en la prescripción. Se anotaron en la historia el 76% de los eventos. Las cosas son más complejas de lo que parece, pues.

**Referencias bibliográficas:** 54

**Revisor:** JG

## S-4.686 *The Vioxx debacle*

**(El desastre de los i-COX-2)**

**Autores:** Alpert JS

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med. 2005;118:203-4

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El autor propone en este breve editorial la mejora de los sistemas de seguimiento de los medicamentos nuevos en el mercado como solución al desastre del rofecoxib. Se declara convencido de que no hubo ocultación de información ni por Merck ni por la FDA. Repasa las causas que podrían justificar la aprobación de un medicamento sin conocer su espectro de efectos adversos. Admite el aumento de las trombosis como efecto secundario de los i-COX-2 (inhibición de las prostaglandinas endoteliales, vasodilatadoras, y no afectación de las prostaglandinas plaquetarias, que aumentan la adherencia de las plaquetas). Supone que ha sido una cadena de errores sistemáticos, no de errores individuales.

**Referencias bibliográficas:** 6

**Revisor:** MPF

## S-4.687 *A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure*

(Misoprostol intravaginal [800 mg] una alternativa lógica para la amenaza de aborto en el primer trimestre)

**Autores:** Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med. 2005;353:761-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En este trabajo se presentan los resultados de un ensayo clínico en el que se comparó el resultado del uso de misoprostol (presentación oral) con la aspiración, en caso de aborto espontáneo incompleto, muerte fetal, y demás, en el primer trimestre del embarazo. Con una sola dosis intravaginal tuvo éxito el misoprostol en el 71% de los casos, y con dos dosis (la segunda, el tercer día, repetición de la primera) en el 84%. Hubo complicaciones en menos del 1%, lo mismo que con la aspiración. La espera expectante es lo mejor en la amenaza de aborto, salvo que haya dolor o fiebre, pero el misoprostol es una buena alternativa cuando las cosas se retrasan demasiado.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** MPF

## S-4.688 *Pregnancy failure and misoprostol. Time for a change*

(El uso del misoprostol en el aborto espontáneo, sin reconocimiento oficial)

**Autores:** Winikoff B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med. 2005;353:834-6

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El editorialista comenta el artículo previo (S-4.687) y no dice, pero se advierte el uso del misoprostol para provocar aborto. Lo preocupante es que no es un uso aprobado, ni como abortivo ni como alternativa al legrado o la aspiración en el aborto incompleto. No existe presentación vaginal, y se emplea la presentación oral por vía vaginal, aunque probablemente fuera eficaz toda vía de administración. Las mujeres suelen preferir la espera expectante cuando se le quita dramatismo a la amenaza de aborto. Pero si se elige intervención, no hay duda de que prefieren el misoprostol a la terapéutica tan agresiva y rutinaria que les ofrecen en urgencias.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** MPF

## S-4.689 *Prediction and prevention of sudden cardiac death in heart failure*

(Prevención y predicción de la muerte súbita en pacientes con insuficiencia cardíaca)

**Autores:** Lane RE, Cowie MR, Chow AWC

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Heart. 2005;91:674-80

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** No hay una regla sencilla y universal para predecir qué paciente con insuficiencia cardíaca morirá súbitamente, por fibrilación ventricular. Los autores destacan que el buen tratamiento mejora el pronóstico. Los antifibrilantes, como amiodarona, son de uso peligroso o incierto. Mejor es el defibrilador automático implantado, que puede ser útil en pacientes con insuficiencia avanzada, isquemia coronaria y alteraciones del electrocardiograma. Se necesita más investigación, para intervenir con eficacia en una causa de

muerte que parece mayoritaria en los pacientes con insuficiencia cardíaca.

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** MPF

## S-4.690 *Medicina preventiva y fracaso clamoroso de la salud pública: llegamos mal porque llegamos tarde*

**Autores:** Martínez-González M, de Irala J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc.) 2005;124(17):656-60

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Reflexiones y comentarios con relación a los actuales problemas de salud pública en los países desarrollados. Las enfermedades transmisibles han dejado el lugar a múltiples problemas relacionados con el comportamiento (cáncer-tabaco, obesidad-sedentarismo y sobrealimentación, VIH-múltiples parejas, muerte en carretera-alcohol, etc.) Y para afrontarlos, hace falta disciplina, fuerza de voluntad, autodominio, valores que, como dicen los autores, han sucumbido ante la cultura de lo fácil. Se deben facilitar las elecciones sanas, pero tenemos que asumir que hace falta el esfuerzo individual para conseguir las cosas, y que no todo nos puede venir dado ni resuelto por la "administración", ni por medicamentos mágicos o similares.

**Referencias bibliográficas:** 37

**Revisor:** MARL

## S-4.691 *¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente?*

*El límite lo marca la tensión entre el "síndrome de barquero" y el "síndrome del gato"*

**Autores:** Gérvás J, Pérez-Fernández M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc.) 2005;124(20):778-81

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La prestación de servicios sanitarios se debería de hacer lo más cercana posible al paciente, siempre que sea eficiente. Con frecuencia existen tensiones entre los que pueden hacer el servicio, que hace que se realicen en un lugar y de forma inadecuada. Y para reflejarlo, estos médicos generales del Equipo CESCA describen el "síndrome del barquero" (prestación de servicios alejados del paciente de forma innecesaria, como ocurre con el "control del Sintrom®", retenido absurdamente por los hematólogos) y el "síndrome del gato" (prestación de servicios demasiado cercanos, e incluso inútiles, como la autodeterminación de glucemia basal en diabéticos no insulinodependientes). Reflejo muy representativo de una mala organización de los servicios sanitarios.

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** MARL

## S-4.692 *Hay que comprar más tiempo a los médicos*

**Autores:** Borrel i Carrió F

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JANO. 2005;LXVIII (1566):1714(28)

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El tema de los 10 minutos por paciente está de moda, y hacia ellos se intenta ir. En este artículo se comentan algunas cuestiones al respecto, como la necesidad de cambios organizativos, el uso de "agendas inteligentes" y la mejora de la técnica de entrevista. Se advierte del problema

de reducir en exceso el cupo de pacientes que conlleve disminución de casuística suficiente para mantener las habilidades clínicas, y de la conveniencia de comprar tiempo al médico, como 1-2 franjas horarias de 4 horas semanales (al margen del horario normal), para absorber las puntas de demanda, asegurar los 10 minutos por paciente y facilitar la atención domiciliaria, especialmente en los cupos más sobrecargados.

Referencias bibliográficas: 1

Revisor: MARL

## S-4.693 *Hay que reducir la prescripción de antibióticos en las infecciones del tracto respiratorio*

Autores: Llor C.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria. 2005;35(9):449-50

Calificación: Bueno

**Comentario:** España es uno de los países de Europa que más antibióticos consume, sin que existan razones que lo justifiquen. La mayoría de los antibióticos se emplean para tratar infecciones respiratorias; y con frecuencia se hace de forma inadecuada por su utilización en procesos de presumible origen vírico, e incluso en infecciones bacterianas que tienen una elevada tendencia a resolverse espontáneamente. En este editorial se recomienda disminuir el uso de antibióticos de una forma bastante restrictiva, aconsejando medidas útiles para el manejo de pacientes con infecciones respiratorias en la práctica diaria.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MARL

## S-4.694 *Physician specialization and the quality of care for human immunodeficiency virus infection*

(La atención al sida, mejor con más casos)

Autores: Landon BE, Wilson IB, McInnes K, Landrum MB, Hirschhorn LR, Mardsden PV, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med. 2005; 165:1133-9

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Los pacientes van a los especialistas, que suelen saber más de su campo que los generalistas. Los autores se preguntan si los pacientes con sida están mejor llevados por especialistas en infecciosos que por generalistas. Demuestran que da igual, si los generalistas llevan a más de 20 pacientes de sida (o si se consideran "expertos"). Lo importante, pues, es capacitarse y hacer "manos", como es lógico. Ello sostiene el criterio de que lo frecuente es lo que ocupa (debe ocupar) el saber y el hacer del generalista.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

## S-4.695 *Decisions on drug therapies by numbers needed to treat. A randomized trial*

(Los porcentajes y las probabilidades, poco entendibles por los pacientes)

Autores: Halvorsen PA, Kristiansen IS

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med. 2005; 165:1140-6

Calificación: Excelente

**Comentario:** Es difícil transmitir información estadística a los pacientes (y a los médicos, claro). Los autores, noruegos,

hacen un estudio con población general, y les presentan información sobre prevención de enfermedades (infarto de miocardio, ictus, fractura de cadera o enfermedad mental) con un medicamento de precio variable, y con diferentes "número necesario de pacientes a tratar" (NNPT). Como era de esperar, los pacientes son inmunes al NNPT. Los autores sugieren dar información tipo: "este medicamento retrasa de media un infarto de miocardio tantos meses". Bueno.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

## S-4.696 *Do no harm. But first, do not hurt*

(El dolor evitable en las intervenciones médicas a los niños)

Autores: Pitetti RD

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2005; 172:1699

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Los niños sienten dolor como el resto de las personas, pero como muchas veces no hablan todavía se les hacen mil perrerías en vivo y en directo. Así, es raro en España que se emplee alguna crema anestésica cuando se hacen análisis a los niños (o se les "pincha" el tobillo). El autor de este brevíssimo editorial comenta un artículo en el que se demuestra el beneficio de utilizar una crema de lidocaína cuando se va a tomar una muestra de sangre a los niños. ¡Cómo no, si hasta los fetos pueden sentir dolor a partir de las 29 semanas de vida!

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

## S-4.697 *Effectiveness of statin for secondary prevention in elderly patients after acute myocardial infarction: an evaluation of class effect*

(Las estatinas; útiles tras el infarto de miocardio en el anciano)

Autores: Zhou Z, Rahme E, Abrahamowicz M, Tu JV, Eisenberg MJ, Humphries K et al

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2005; 172:1187-94

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Las estatinas son medicamentos de probada eficacia en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. Pero, ¿cuál es la mejor elección teniendo en cuenta su muy variable precio? Los autores siguen a los 18.637 pacientes mayores de 65 años dados de alta en los hospitales de tres provincias canadienses en cinco años seguidos. Tras 2,3 años comparan la tasa de reinfarto y muerte según las estatinas empleadas. No hay diferencias; todas tienen efecto similar (atorvastatina, pravastatina, simvastatina, lovastatina y fluvastatina). Curiosamente, los médicos generales prescriben más fluvastatina.

Referencias bibliográficas: 47

Revisor: JG

## S-4.698 *Are the benefits of statins a class effect?*

(El efecto de las estatinas en prevención secundaria)

Autores: Wright JM

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2005; 172:1195-6

Calificación: Bueno

**Comentario:** No sabemos bien si las estatinas son intercambiables, aunque no hay dudas de que su efecto sobre el descenso del colesterol LDL es muy distinto. En el mayor ensayo clínico al respecto, *Heart Protection Study*, el efecto no dependió del descenso del colesterol LDL. El editorialista lo recuerda al comentar el trabajo previo (S-4.697). Le llama la atención que sólo el 33% de los pacientes identificados (18.637 de 56.408) empezaran con estatinas en los tres meses siguientes al primer infarto. Y acepta que hay un efecto de clase entre las estatinas, por lo que se puede elegir la más barata y experimentada.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** JG

## S-4.699 *Is this clinical trial fully registered? A statement from the International Committee of Medical Journal Editors*

**(El registro de todo ensayo clínico, a su inicio)**

**Autores:** De Angelis CD, Drazen JM, Frizelle FA, Haug C, Hoey J, Horton R, et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ. 2005; 172:1700-2

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Lo de los ensayos clínicos, como lo de la Medicina Basada en Pruebas, es muchas veces un abuso. Tan es así, que los directores de revistas científicas hace ya tiempo que se plantearon y empezaron a poner condiciones y a exigir un registro de todos los ensayos clínicos (para saber cuál se publica y cuál se oculta). En este texto se listan los 20 ítems que la OMS ha propuesto para que consten en el registro internacional y público de todos los ensayos clínicos. Los directores de las revistas apoyan este conjunto de rúbricas. (S-4.664)

**Referencias bibliográficas:** 1

**Revisor:** JG

## S-4.700 *Outcomes of planned home-births with certified professional midwives: large prospective study in Northamerica*

**(Parir en casa, sano y seguro)**

**Autores:** Jonson KC, Daviss BA.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2005; 330:1416-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los especialistas son como el aceite, que termina abarcando todo. Por ejemplo, los ginecólogos-tocólogos, que han hecho creer que la disminución de la mortalidad y morbilidad en torno al embarazo, parto y puerperio depende de que ellos hayan secuestrado a la mujer. Sin embargo, la atención por matronas y médicos generales a domicilio da iguales o mejores resultados. Lo vuelven a demostrar los autores, canadienses, con datos de Canadá y EE.UU., a domicilio. Hubo menos agresión en el parto e igual resultado que en los partos en hospital.

**Referencias bibliográficas:** 22

**Revisor:** JG

## S-4.701 *Thresholds for normal blood pressure and serum cholesterol*

**(La locura de la hipertensión y de la hipolipidemia)**

**Autores:** Westin S.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2005; 330:1461-2

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Cuenta la leyenda que los españoles bautizaban a los indios antes de cortarles la cabeza, para que fueran al cielo. Algo parecido quieren hacer con nuestros pacientes todos esos especialistas en guías y consensos que aconsejan convertir al 90% de la población en enferma, "para disminuir el riesgo cardiovascular". El editorialista, noruego, comenta un artículo en otra revista (Sand J Prim Health Care) en el que se demuestra que a los 49 años el 90% de la población noruega sería calificada como de riesgo por su nivel de colesterol y de tensión arterial. ¡Qué ganas de tratar a todo el mundo!

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

## S-4.702 *The future of singlehanded general practices*

**(El trabajo amenazado del médico general independiente)**

**Autores:** Majeed A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2005; 330:1460-1

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Se lleva el bulto y la despersonalización, no cabe duda. Y, así, el gobierno inglés quiere grandes centros de salud y clínicas sin cita, como futuro para la Atención Primaria. Aunque el firmante de este editorial trabaja en un centro de salud con siete compañeros, no puede dejar de reconocer que el gobierno inglés carece de fundamento científico para su decisión. Los médicos generales en solitario ofrecen tanta calidad como en grupo, y dan otro acceso y otra personalización al trato. Es extraño que se actúe contra ellos y contra los pacientes que prefieren ese trato, cuando tanto se habla de la "soberanía del consumidor".

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** JG

## S-4.703 *Isoniazid treatment of children: can genetics help guide treatment?*

**(La isoniazida en niños, metabolismo y genética)**

**Autores:** Cranswick N, Mulholland K

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Dis Child. 2005; 90:551-3

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La tuberculosis en una enfermedad de pobres, sin más (y de pobres sistemas de salud). En este texto se comenta un trabajo en la misma revista sobre farmacocinética de la isoniazida en niños. La cuestión es muy importante en países pobres, pero la conclusión es de difícil aplicación, pues exigiría el estudio del polimorfismo genético de la enzima que acetila la isoniazida. Los autores sugieren que, dada la importancia de la tuberculosis en niños, este es un buen ejemplo para que la OMS desarrolle una prueba genética diagnóstica simple a este respecto (aplicable a la cabecera de la cama del paciente, incluso en áreas rurales).

**Referencias bibliográficas:** 22

**Revisor:** JG

## S-4.704 *Consumerism in healthcare can be detrimental to child health: lessons from children with functional abdominal pain*

**(La demostración del peligro del uso excesivo de los cuidados médicos en el caso del dolor abdominal)**

**Autores:** Lindley KJ, Glaser D, Milla PJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Dis Child. 2005;90:335-7

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** El dolor abdominal es el pan nuestro de cada día en las consultas por adolescentes a los médicos generales. En la mayoría de los casos se trata de un síntoma autolimitado en cuyo manejo lo importante es hacer prevención cuaternaria. Los autores, gastroenterólogos ingleses, estudian a 23 chicos con dolor abdominal inespecífico, de edad media 14 años. Demuestran que a mayor uso de los servicios sanitarios (sobre todo consulta con varios especialistas), mayor cronicidad y gravedad del caso. Son familias difíciles, pues en 12 casos pusieron reclamaciones por escrito, y en 16 han ido a urgencias. Es un estudio muy interesante en su conjunto.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** JG

## S-4.705 *National Programme for IT: the 30 billion question*

**(Desarrollo en el Reino Unido de una aplicación informática centralizada)**

**Autores:** Williams J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract. 2005;55:340-2

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los médicos generales británicos definieron hace muchos años lo que querían de los sistemas informáticos, y lo han tenido en sus consultas sin mayor problema. Ahora ha surgido una iniciativa cargada de dinero (30.000 millones de libras esterlinas) para centralizar toda la informática del Reino Unido. Ello quitará a los médicos generales el control que han tenido hasta ahora, y no se sabe muy bien con qué consecuencias. El editorialista teme que tanta tecnología no se traduzca en mejor resultado, y que se terminen ignorando los deseos y necesidades de los pacientes y de los médicos.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG