

Con la colaboración de



S-3.266 *Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States*

(La gripe aumenta la mortalidad de los ancianos)

Autores: Thompson WW, Shay D, Weintraub, Brammer L, Cox N, Anderson L et al

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2003; 289: 179-86

Calificación: Bueno

Comentario: Los virus de la gripe y sincitrial respiratorio se difunden por vía respiratoria y contribuyen a aumentar la mortalidad de la población, como demuestran los autores, con datos de casi 20 años consecutivos, en EE.UU. Consideran el impacto en muerte por neumonía, por otras enfermedades previas respiratorias y cardíacas, y la mortalidad global. El virus de la gripe es particularmente dañino entre los ancianos, en los que agrava cuadros previos respiratorios y circulatorios; el virus sincitrial tiene mayor impacto en niños de menos de un año.

Referencias bibliográficas: 46

Revisor: MPF

S-3.267 *Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community. Appreciating the scope of the heart failure epidemic*

(La prevalencia de la insuficiencia cardíaca diagnosticada en adultos mayores de 45 años es del 2,2%)

Autores: Redfield MM, Jacobsen SJ, Burnett JC, Mahoney DW, Bailey KR, Rodeheffer RJ

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2003;289:194-202

Calificación: Bueno

Comentario: Los autores hacen un estudio sobre una muestra de adultos mayores de 45 años, en una provincia de Minnesota, para determinar la prevalencia de la insuficiencia cardíaca en la población. Estudian a 2.042 personas de 63 años de edad media, y determinan mediante ecocardiografía la función sistólica y diastólica. Comprueban que la insuficiencia cardíaca diagnosticada es del 2,2%, pero que hay afectación en casi la cuarta parte de la población, con un 7% con síntomas moderados o graves. En el seguimiento, la insuficiencia cardíaca se asocia a mayor mortalidad, con independencia de que sea sistólica y/o diastólica, diagnosticada o sin diagnosticar.

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: MPF

S-3.268 *Influenza-related mortality. Considerations for practice and public health*

(Es fundamental vacunar contra la gripe)

Autores: Morens DM

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2003;289:227-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: La gripe mata, sin más. Y la vacuna contra la gripe disminuye la mortalidad. Lo dice el editorialista al comentar el artículo previo (S-3.266), y lo debemos decir los médicos a nuestros pacientes. Es cierto que la vacuna provoca un efecto escaso inmunogénico en los más ancianos, pero aunque no les evite la infección, al menos les protege de sus complicaciones, como está claramente demostrado. Hay que predicar con el ejemplo, y ofrecer la vacunación contra la gripe incluso a todos los que piensan que cuando se vacunan pasan luego, o de inmediato, peor gripe que si no se hubieran vacunado.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: MPF

S-3.269 *Adenocarcinoma of the lung is strongly associated with cigarette smoking: further evidence from a prospective study of women*

(Fumar se asocia con todos los tipos de cáncer de pulmón)

Autores: Yang P, Cerhan JR, Vierkant RA, Olson JE, Vachon CM, Limburg PJ, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Epidemiol 2002;156:1114-22

Calificación: Bueno

Comentario: Este es otro estudio más respecto al impacto del tabaco sobre la incidencia del cáncer de pulmón, pero deja claro que afecta a todos los tipos anatomo-patológicos. Se han seguido a 41.836 mujeres de 55 a 69 años durante 13 años y se ha determinado el exceso de la incidencia del cáncer de pulmón entre las fumadoras. En todos los casos hay aumento de la incidencia, y las fumadoras tuvieron todo tipo de cáncer, especialmente el de peor pronóstico, el de células pequeñas. Aunque el porcentaje de adenocarcinomas fue mayor entre las no fumadoras, el exceso de casos de dicho tipo fue el mayor entre las fumadoras.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: MPF

S-3.270 *Resistencia a antibióticos en Staphylococcus aureus aislados de sangre en 31 hospitales españoles de la Red Europea de Vigilancia de Resistencia a Antibióticos (2000)*

Autores: Oteo J, Cruchaga S, Campos J, Sáez JA, Baquero F y miembros españoles del Grupo del European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS).

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2002; 119: 361-5

Calificación: Bueno

Comentario: En 1998 se fundó a nivel europeo el European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) con el fin de conocer la resistencia bacteriana en la Unión Europea (e intentar reducirla). En este trabajo se presentan los datos de *S. aureus* causantes de bacteriemia en los hospitales españoles. Una cuarta parte presenta resistencia a oxacilina, ciprofloxaci-

no, eritromicina y gentamicina, siendo frecuente la multirresistencia. No se observaron caso de resistencia a vancomicina. Aunque este estudio es de ámbito hospitalario, a nivel comunitario también se han detectado estafilococos resistentes a meticilina.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: MARL

S-3.271 ***Staphylococcus aureus resistente a meticilina y hospitalización a domicilio***

Autores: Fernández MF, Sanroma P, Sampedro I, Abad A

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2002; 119: 639

Calificación: Bueno

Comentario: La existencia de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina es un problema, habitualmente hospitalario, tanto por lo que supone de dificultad terapéutica respecto al paciente concreto como por su posible difusión en el hospital. En este trabajo se expone la experiencia de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Valdecilla de Santander con estos pacientes, en los que se les daría el alta precoz y seguirían su atención "hospitalaria" en domicilio (antibioterapia intravenosa y más), disminuyendo el riesgo de difusión hospitalaria. Lo que hace falta es que estos patógenos no se difundan a la comunidad.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: MARL

S-3.272 ***Efecto del tratamiento hormonal sustitutivo sobre la reactividad ante el estrés en mujeres menopáusicas con y sin sofocos***

Autores: Leal M, García FA, Martínez JM, Abellán J

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2002; 119: 410-2

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los sofocos son frecuentes en la menopausia, y las mujeres que los presentan tienen mayor reactividad cardiovascular ante las situaciones de estrés. La THS disminuye dicha reactividad de forma más acusada en las mujeres menopáusicas con sofocos. Lo que no se sabe es si los sofocos son causa o consecuencia de esta mayor reactividad, ni los beneficios a largo plazo del tratamiento sintomático.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-3.273 ***Terapéutica hormonal sustitutiva como prevención en la posmenopausia: ¿fin de la controversia?***

Autores: Balasch J

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2002; 119: 416-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: Editorial en el que se desaconseja la terapia hormonal sustitutiva (THS) como profilaxis a largo plazo de los problemas cardiovasculares y de osteoporosis en las mujeres postmenopáusicas, a raíz de los resultados del Women's Health Initiative Study, suspendido antes de tiempo por constatar que los riesgos de la THS son superiores a sus beneficios (aumento de coronariopatía, ictus, tromboembolismo pulmonar y cáncer de mama). Sí puede ser útil a corto plazo para los síntomas vasomotores y las alteraciones del sueño. ¿Seremos capaces de "desmedicalizar" un poquito a la población?

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: MARL

S-3.274 ***Rough-and-tumble behind Bush's smallpox policy***

(¿Qué fundamento tiene la vacunación contra la viruela en EE.UU.?)

Autores: Cohen J, Enserink M.

Revista/Año/Vol./Págs.: Science 2002; 298:2312-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las decisiones de los políticos suelen carecer de base científica. Pero hay quien intenta verle los tres pies al gato, como los autores, que se interesan por el qué hay detrás de la decisión de vacunar contra la viruela en EE.UU. Por lo pronto vacunarán a medio millón de soldados obligatoriamente y a otro medio millón de sanitarios "voluntariamente". Se ampliará a 10 millones de personas clave (policías, bomberos y demás). ¿Qué hacer con el público general? No está claro, pero parece una locura someter a toda la población a los riesgos de una vacunación frente a una enfermedad inexistente.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-3.275 ***Statins do not meet expectations for lowering low-density lipoprotein cholesterol levels when used in clinical practice***

(No es lo mismo eficacia que efectividad de las estatinas)

Autores: Frolkis JP, Pearce GL, Nambi V, Minor S, Sprecher DL.

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med 2002; 113:625-9

Calificación: Bueno

Comentario: Los medicamentos pueden ser eficaces en los ensayos clínicos, pero fallan en la práctica clínica. Lo demuestran los autores, gringos, de Ohio, con un estudio muy elegante. Trataron a 367 pacientes hiperlipidémicos según sus características básicas, y calcularon el descenso teórico esperable del colesterol LDL al cabo del año. Como era esperable, el descenso en la práctica era mucho menor del teórico calculado. Para sorpresa, el "fallo" era similar con las tres estatinas empleadas.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-3.276 ***Practical diagnostic management of patients with clinical suspected deep vein thrombosis by clinical probability test, compression ultrasonography, and D.dimer test***

(La mejora del pronóstico clínico con un algoritmo afina el diagnóstico de trombosis venosa)

Autores: Tick LW, Ton E, Voorthuizen T, Hovens MCM, Leeuwenburgh I, Lobatto S et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med 2002; 113:630-5

Calificación: Excelente

Comentario: Hay patologías frecuentes que diagnosticamos mal; entre ellas, la trombosis venosa profunda, que puede provocar el fallecimiento del paciente. Los autores, holandeses, utilizan una prueba de mejora del pronóstico clínico (la prueba de Wells, que repasan en una tabla sencilla, de aplicación directa en la visita médica), y valoran la probabilidad del caso contra los resultados de la ecografía Doppler, y con el resultado del estudio del dímero D. Siguen a los pacientes durante tres meses y demuestran que la baja probabilidad clínica se asocia a pruebas negativas y a buena evolución.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-3.277 *The effects of beta-blockers on morbidity and mortality in a population-based cohort of 11.942 elderly patients with heart failure*

(El empleo de bloqueadores beta en ancianos disminuye la mortalidad por insuficiencia cardíaca)

Autores: Sin D, McAlister FA.

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med 2002; 113:650-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: No hay forma de introducir los bloqueadores beta en el arsenal rutinario del médico general, bien para tratar la hipertensión, bien la insuficiencia cardíaca. En este trabajo se aportan datos que justifican su uso en la insuficiencia cardíaca en los ancianos, grupo poblacional excluido de muchos ensayos clínicos. Los autores localizan a todos los canadienses de Alberta hospitalizados en algún momento por dicho cuadro, y los siguen durante dos años. El uso de bloqueadores beta disminuye la mortalidad general y por insuficiencia cardíaca, y disminuye las hospitalizaciones.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-3.278 *Variación de la prescripción de antibióticos en Atención Primaria*

Autores: Albañil MR, Calvo C, Sanz T.

Revista/Año/Vol./Págs.: An Esp Pediatr 2002; 57:420-6

Calificación: Bueno

Comentario: Cada vez son más los médicos convencidos de que pueden mejorar su estilo de práctica clínica con intervenciones simples. Lo demuestran los autores con un trabajo en su propia consulta que consistió en revisar la prescripción previa de antibióticos y compararla con la siguiente a dicha revisión. Llevan una buena historia clínica y comparan 1997 contra 2000. Estudiaron en total 456 niños, 2.339 procesos y 829 ciclos antibióticos. Los ciclos de antibióticos, por niño y año bajaron de 2,3 a 1,5; la adecuación del tratamiento subió del 85% al 93%.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

S-3.279 *An experiment of mailing physician surveys on two different issues in joint or separate mail*

Autores: Sauerland S, Neugebauer EAM.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Clin Epidemiol 2002; 55:1046-8

Calificación: Bueno

Comentario: Los médicos recibimos encuestas por correo que contestamos según las circunstancias y gustos. ¿De qué depende el contestarlas? Los autores, alemanes, se hacen esta pregunta respecto a si enviar dos encuestas juntas o por separado (a cirujanos, una sobre hernias y otra sobre control del dolor quirúrgico). Emplean una lista de 2.393 médicos y descubren que no hay diferencias en la tasa de respuesta entre enviar las dos encuestas juntas, o por separado (con un intervalo de cuatro semanas). El segundo método es más caro, por los costes postales. Parece claro que es más fácil hacer el envío con todo de una vez.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-3.280 *The impact of Family Practice*

(El impacto de *Family Practice*)

Autores: Jones R.

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2002; 19:575-6

Calificación: Informativo

Comentario: ¿Cómo se difunden las ideas científicas?, ¿para qué sirve el publicar los propios resultados? A preguntas filosóficas de este estilo hay pocas respuestas de interés. Todo el mundo se ciñe a lo del "índice de impacto", que no es más que una iniciativa privada gringa que prima a las publicaciones gringas, como es natural. En este editorial el director de la revista cae en la trampa de creerse los resultados de ISI, y destaca los buenos resultados comparados con otras revistas de Atención Primaria. Tiene un índice de 1,16, bueno comparada con *Canadian Family Physician* (0,35), y malo comparado con el *New England* (29,1).

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-3.281 *Internet-based risk assessment and decision support for the care of familial cancer in primary care: a survey of GPs' attitudes and intentions*

(Las ayudas al diagnóstico pueden ser útiles en el consejo genético familiar)

Autores: Braithwaite D, Sutton S, Smithson WH, Emery J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2002; 19:587-90

Calificación: Bueno

Comentario: La valoración de la historia familiar de cáncer es algo a lo que no estamos acostumbrados los médicos generales. Podían servirnos de ayuda algoritmos y métodos electrónicos varios, como el GRAIDS. ¿Es visto como tal ayuda por los propios médicos generales? Parece que sí, como demuestran los autores tras encuestar a médicos generales ingleses que utilizan la página www.ukpractice.net. Lo que más agradecen los médicos generales es que la ayuda genere confianza en sí mismos y en los pacientes que reciben el consejo.

Referencias bibliográficas: 12.

Revisor: JG

S-3.282 *Understanding risk: women's perceived risk of menopause-related disease and the value they place on preventive hormonal replacement therapy.*

(Riesgo de grupo contra percepción de riesgo individual)

Autores: Ballard K.

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2002; 19:591-5

Calificación: Bueno

Comentario: Cuesta entender qué lleva a los pacientes a cumplir con los tratamientos crónicos, pues supone un esfuerzo y organización el no abandonarlos. En este trabajo la autora entrevistó a 32 mujeres inglesas entre 51 y 57 años acerca de sus ideas sobre la menopausia y las enfermedades con las que se relaciona. Como era de esperar, las mujeres perciben riesgos para la salud en global, siguiendo el discurso médico "oficial", pero cuando hablan como individuos no se sienten amenazadas, y rechazan el uso de las hormonas como terapia preventiva.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-3.283 *Managing depression in primary care: another example of the inverse care law?*

(La depresión en los pobres se ve más como condición social que como enfermedad)

Autores: Chew-Graham CA, Mullin S, May CR, Hedley S, Cole H.
Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2002; 19:632-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: Deprimirse es fácil, y el médico general debería ser capaz de distinguir entre la disminución de la vitalidad y la enfermedad propiamente dicha. Los autores, ingleses, entrevistan a médicos generales distinguiendo según atiendan poblaciones pobres o ricas. En ambos casos se intenta separar la reacción normal ante los problemas de la vida y la verdadera enfermedad. El problema es que los médicos de los pobres ven la enfermedad tan imbricada con la vida que casi no la abordan específicamente, por la aceptación del fracaso.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-3.284 *The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice*

(A más prescripciones de antibióticos, pacientes más satisfechos)

Autores: Lundquist J, Akerlind I, Borgquist L, Mölstad S.
Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2002; 19:638-40

Calificación: Bueno

Comentario: La variabilidad en la práctica clínica es tan amplia que resulta de muy difícil explicación por muchas vueltas que se le dé. Los autores, suecos, estudian las tasas de prescripción de antibióticos en 39 centros de salud de una provincia. La variabilidad llega a ser de hasta siete veces mayor entre los centros extremos. Si se encuesta a pacientes se encuentra más satisfacción donde se prescriben más antibióticos, aunque con la queja de que les dedican poco tiempo, "para escuchar". Es decir, que la prescripción de antibióticos puede ser utilizada por los médicos generales como forma de facilitar la relación y ahorrar tiempo de consulta.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-3.285 *Generalized synthesis of evidence and the threat of dissemination bias: the example of electronic fetal heart rate monitoring (EFM)*

(Las dificultades en la valoración de los resultados científicos por el sesgo de difusión)

Autores: Sutton AJ, Abrams KR, Jones DR.
Revista/Año/Vol./Págs.: J Clin Epidemiol 2002; 55:1013-24

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las cosas no suelen ser blancas o negras, sino grises. Lo mismo pasa con las respuestas científicas, que pocas veces son categóricas. Los autores se preguntan si es posible valorar los sesgos de publicación para obtener respuestas científicas a preguntas interesantes, con información de ensayos clínicos y de estudios observacionales. La respuesta es positiva, y lo demuestran con datos acerca de la monitorización electrónica fetal, cuya eficacia ha sido nula en nueve ensayos clínicos, y si se valoran los sesgos de publicación, siguen siendo poco útil.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: JG

S-3.286 *Risk assessment and management of high risk familial breast cancer*

(Lo importante en la predicción del riesgo genético en el cáncer de mama es la historia familiar)

Autores: Evans DGR, Laloo E

Revista/Año/Vol./Págs.: J Med Genet 2002; 39:865-71

Calificación: Muy bueno

Comentario: Cómo médicos generales hay que intentar ir por delante de los especialistas para proteger a nuestros pacientes. Este artículo puede servir a la perfección para aquellos interesados en la prevención del cáncer de mama antes de que los ginecólogos se dediquen a realizar mastectomías preventivas bilaterales con la frecuencia con la que los otorrinos se dedicaron a las amigdalectomías. Los autores insisten en el factor de riesgo más importante y valorable: la historia familiar. Sobre este componente familiar es ya más fácil hacer estimaciones

Referencias bibliográficas: 91

Revisor: JG

S-3.287 *The strange case of chimeroplasty*

(La quimeroplastia: una tomadura de pelo)

Autores: Taubes G.

Revista/Año/Vol./Págs.: Science 2002; 298:2116-20

Calificación: Excelente

Comentario: Nos están tomando el pelo con todo lo referente a la genética, tanto a la población en general como a los sanitarios. Por eso es interesantísimo este artículo casi periodístico, donde se narra el ascenso al cielo científico de la "quimeroplastia", y su descenso a los infiernos tras seis años de disfrute de toda la espectacularidad. La promesa era curar la anemia falciforme reintroduciendo un gen sano sintético, sin ayuda de ningún virus como adyuvante. La eficacia *in vitro* era del 50%. Lo malo es que todo ha fracasado posteriormente. Una bonita historia, con bancarrotes, ascensos fulgurantes y demás.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-3.288 *RAC's advice: proceed with caution*

(Ojo con la terapia génica)

Autores: Kaiser J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Science 2002; 298:2113-5

Calificación: Informativo

Comentario: La terapia génica está en su infancia, pero hay quien cree en sus grandes promesas. Más vale ir con precaución y despacio, como aconsejan los hechos que se revisan en esta nota. La cuestión es grave pues hay pruebas de que la terapia génica empleada en algunos pacientes puede introducir un retrovirus que provoque leucemia. Y no sólo como cuestión teórica pues parece evidente que un chico francés ha desarrollado una leucemia como consecuencia del tratamiento genético que le pusieron. Así que la recomendación es revisar todo lo hecho e ir más despacio. Lógico, ¿no?

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-3.289 *Analgésicos en Atención Primaria. Respondiendo a preguntas*

Autores: Anónimo.

Revista/Año/Vol./Págs.: INFAC 2002; 10:34-8

Calificación: Muy bueno

Comentario: El tratamiento del dolor puede llegar a ser más peligroso que el propio dolor, como se comenta en este boletín terapéutico vasco. Al contestar a preguntas típicas, queda claro que: a) los mejores analgésicos para el dolor agudo son los AINE (seguidos de paracetamol y de opioides débiles asociados), b) al paracetamol a dosis de más de 2 g al día es gastroresivo, c) en España se abusa del metamizol (debería reservarse para dolor agudo, y para un máximo de 7 días) y d) los opioides tienen un lugar en ciertos casos de dolor crónico no oncológico.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-3.290 *How to evaluate and improve the quality and credibility of an outcomes database: validation and feedback study on the UK Cardiac Surgery Experience*

(Es posible mejorar la información de las bases de datos sanitarios)

Autores: Fine LG, Keogh BE, Cretin S, Orlando M, Gould M.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003; 326:25-8

Calificación: Muy bueno

Comentario: Está bien que se proponga la difusión pública de resultados sanitarios. Por ejemplo, de mortalidad en la atención quirúrgica cardíaca, para que la sociedad pueda comparar hospitales y profesionales. Lo malo es conseguir buenos datos e información comparable. A ello se dedican los autores, que demuestran que la información falta en las bases de datos (con casi el 25% de datos esenciales ausentes), pero no en las historias clínicas (1'2%). Además, un proceso de reevaluación de la base de datos mejora la comparabilidad entre hospitales. Un buen ejemplo de mejora de la información.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-3.291 *Care of the dying patient: the last hours or days of life*

(Dignidad para los pacientes terminales y sus familiares)

Autores: Ellershaw J, Ward C.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003; 326:30-4

Calificación: Excelente

Comentario: Morir es una cuestión cada vez más difícil, por el encarnizamiento terapéutico de la medicina moderna. En este excelente trabajo inglés se revisa en su conjunto el proceso de morir, partiendo de la terrible realidad de muchas muertes indignas. El objetivo social y sanitario es que nadie muera en condiciones horribles, que se controle el dolor y que se pueda elegir el lugar para morir, en caso de enfermedad terminal. Hay cosas tan simples como desarrollar habilidades para saber cuándo un paciente entra en fase irreversible de muerte, para que médicos y enfermeras se dediquen a consolar y cuidar.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-3.292 *Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal.*

Autores: Nebot M, Lafuente JM, Tomás Z, Borrel C, Ferrando J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública 2002; 76:673-82

Calificación: Bueno

Comentario: Hay cosas difíciles de medir, por más que sean fáciles de percibir. Por ejemplo, la importancia del apoyo social en la supervivencia de los ancianos. Los autores lo intentan, en

Barcelona, pero los resultados que obtienen no son muy claros. En los varones parece que el vivir con familiares que no sean esposa/compañera se asocia a mayor mortalidad. En las mujeres lo más importante parece ser el apoyo vecinal, que ayuda a vivir más. En fin, todavía queda mucho para entender incluso las cosas más sencillas.

Referencias bibliográficas: 42

Revisor: JG

S-3.293 *Pooled cataract waiting lists: views of hospital consultants, general practitioners and patients*

(Lo importante es que la lista de espera sea corta)

Autores: Ramchandani M, Mirza S, Sharma A, Kirkby G.

Revista/Año/Vol./Págs.: J R Soc Med 2002; 95:598-600

Calificación: Bueno

Comentario: Cuando uno está en una lista de espera, desespera. Por eso se buscan alternativas que permitan acortar tiempos. En este trabajo inglés se encuesta a oftalmólogos, médicos generales y pacientes en lista de espera por cataratas. Los oftalmólogos prefieren seguir con el método de que se elija especialista con nombre y apellidos (el 67% a favor), mientras que a los pacientes les interesa cualquiera que se lo haga (el 82% a favor) al igual que los médicos generales (el 92% a favor). Es decir, lo que prima es la necesidad, excepto para los oftalmólogos, en que prima el prestigio (el nombre).

Referencias bibliográficas: 2

Revisor: JG

S-3.294 *Drug treatment of hypertension. Most patients will need a treatment cocktail, including a thiazide diuretic*

(Utiliza los diuréticos para tratar a los hipertensos, incluso si son diabéticos)

Autores: Williams B

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003;326:61-2

Calificación: Muy bueno

Comentario: El editorialista comenta los resultados finales del estudio ALLHAT (antihypertensive and lipid lowering to prevent heart attack trial), un ensayo clínico con 42.418 pacientes hipertensos seguidos aproximadamente durante cinco años. El estudio hubo que pararlo en parte por el exceso de mortalidad en los pacientes tratados con doxazosina frente a los tratados con clortalidona. Al final los resultados vuelven a demostrar claramente que no hay diferencias entre empezar con clortalidona, con amlodipino o con lisinopril, y que el diurético es mejor alternativa que el lisinopril incluso en pacientes diabéticos.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MPF

S-3.295 *Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four years follow up of a randomised controlled trial in primary care*

(La ventaja de dedicar tiempo de enfermera a los pacientes coronarios)

Autores: Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003;326:847

Calificación: Bueno

Comentario: En Escocia el riesgo de morir por enfermedad coronaria es mucho mayor que en España, pero el estudio que se

comenta puede tener aplicación general pues se refiere a dedicar tiempo de enfermera a revisar monográficamente los pacientes coronarios. Trabajaron con 673 pacientes en el grupo de intervención frente a 670 en el control. Las enfermeras promovieron el uso de aspirina, el control de la tensión, del tabaquismo, y del ejercicio a lo largo del primer año del estudio. Al cabo de cinco años de seguimiento no se demostró éxito respecto al tabaco, pero sí a los demás items (buen uso del tiempo de enfermera, ¿no?).

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: MPF

S-3.296 *The ethics of intimate examinations. Teaching tomorrow's doctors*

(La ética de la enseñanza de la exploración de partes pudendas)

Autores: Coldicott Y, Pope C, Roberts C

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003;326:97-101

Calificación: Excelente

Comentario: Todos entendemos que las cosas se aprenden haciéndolas, lo que significa que a veces los pacientes sean "utilizados". Utilizados para que los estudiantes sepan, por ejemplo, como explorar las partes pudendas (vagina y recto), cuestión sobre la que versa este tremendo y simple trabajo. Está hecho mediante encuestas a estudiantes ingleses, y deja claro que en muchas ocasiones no se pidió permiso para llevar a cabo dichas exploraciones por los estudiantes. Además, muchas exploraciones se hicieron en pacientes sedados o anestesiados a los que tampoco se les había perdido permiso previamente. ¿Cómo se hace en España?

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MPF

S-3.297 *Le recours préalable à un service de triage téléphonique infirmier chez les usagers des services d'urgence*

(El uso de urgencias no se evita por la consulta previa telefónica de enfermería)

Autores: Lafrance M, Leduc N

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Epidemiol Sante Publique 2002; 50: 561-70

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las urgencias hospitalarias se llenan a tope, aquí y en Canadá. En Québec copiaron a los ingleses y establecieron un servicio telefónico para que los pacientes consultasen con enfermeras ante cualquier problema de salud. Los autores encuestan a pacientes en la sala de espera de urgencias de los hospitales, y el 17% de los pacientes que conocían ese servicio lo habían utilizado antes de acudir a urgencias. Al 85% de los que llamaron las enfermeras les sugirieron consultar con un médico, pero sólo al 13% se les recomendó ir a urgencias (el 87% restante debería haber ido a su médico de cabecera).

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: MPF

S-3.298 *Clínica de las encefalopatías espongiformes transmisibles en el ser humano*

Autores: Codina A, Gámez J

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2002; 119 (Supl 1): 28-32

Calificación: Bueno

Comentario: Las crisis de las vacas locas sufrió recientemente en Europa fue una locura. Y puso de relieve algunas deficiencias y barbaridades desde el punto de vista de la salud pública. Por suerte, a pesar de algunos augurios apocalípticos, el número de casos en humanos fue escaso. En este artículo se recoge la clínica de las formas en humanos (deterioro cognitivo, pérdida de memoria, hipercinesias, mioclonias, síndrome cerebeloso, etc.). Se incluye en un monográfico que aborda el tema de las encefalopatías espongiformes desde múltiples vertientes (etiología, epidemiología, clínica, preventiva, etc.).

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: MARL

S-3.299 *Legionelosis. Clínica, diagnóstico y tratamiento*

Autores: Fernández N, Gudiol F, Domínguez J, Ausina V, Sopena N
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2002; 119 (Supl 2): 29-32

Calificación: Bueno

Comentario: Legionelosis, otro problema de salud pública con importante repercusión social, al que nos estamos acostumbrando verano tras verano. Se debe sospechar dentro del contexto epidemiológico en pacientes con fiebre elevada, cefalea, expectoración escasa con espesos no purulentos, diarrea, etc. La confirmación diagnóstica es microbiológica y/o serológica. El tratamiento antibióticos que se concentran en el interior de los macrófagos (macrólidos, quinolonas, rifampicina, cotrimoxazol, tetraciclinas). Artículo incluido en una buena monografía sobre legionelosis.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: MARL

S-3.300 *¿Es eficaz la vacuna contra la varicela?*

Autores: Campins M, Moraga FA
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2002; 119: 571-3

Calificación: Bueno

Comentario: En los países desarrollados la varicela es actualmente la enfermedad exantématica más frecuente en la infancia. Es muy contagiosa y habitualmente benigna, aunque a veces presenta complicaciones graves. Desde 1998 en España disponemos de vacuna de uso hospitalario bastante restringido. En este editorial se plantea la posibilidad de vacunación universal, estrategia que parece eficaz para reducir la varicela con una relación coste-beneficio favorable. La incorporación de la vacuna al calendario vacunal infantil parece que se podrá simplificar combinando la vacuna de la varicela a la triple vírica, en una vacuna tetravírica.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: MARL

S-3.301 *Brote de tos ferina en una comunidad insuficientemente vacunada*

Autores: Segura J, Sanz JC, Gascón MJ, Ramos E, de Ory F, Fernández M

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2002; 119: 601-4.

Calificación: Bueno

Comentario: Gracias a la vacunación, la incidencia de tos ferina ha disminuido mucho. Pero aún se da, especialmente en poblaciones insuficientemente vacunadas, como se señala en este artículo, en el que se describen las características clínicopediomiológicas de un brote de tos ferina en una comunidad gitana rural. El trabajo es bonito, y seguro que dadas las característi-

cas de la población afectada habrá sido difícil obtener toda la información necesaria para la investigación. Por ello se agradece la colaboración a la comunidad gitana, a su patriarca y al pastor evangélico, aparte de al equipo de Atención Primaria y servicio de salud pública correspondiente del Área III de Madrid.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: MARL

S-3.302 *The academic prince*

(Consejos de Maquiavelo a quienquiera deseé respeto a su poder de decisión)

Autores: McGregor M.

Revista/Año/Vol./Págs.: Acad Med 2002; 77:1221-2

Calificación: Muy bueno

Comentario: De vez en cuando las revistas científicas publican algún raro artículo con chispa. Este es un ejemplo, escrito por un canadiense, profesor emérito en la actualidad y exdecano de la Facultad de Medicina de McGill. Lo que hace este sabio profesor es trasladar las lecciones de Maquiavelo al "príncipe" (Lorenzo de Medicis, 1513) de forma que tengan sentido en el mundo académico, con especial referencia al puesto de decano. El resultado es brillante, pues hace pensar acerca de toda posición jerárquica en la que lo importante es contar con el respeto de los pares e inferiores.

Referencias bibliográficas: 2

Revisor: JG

S-3.303 *Public versus proprietary science: a fruitful tension?*

(Es necesario la cooperación privada y pública en ciencia)

Autores: Eisenberg RS, Nelson RR.

Revista/Año/Vol./Págs.: Acad Med 2002; 77:1392-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: A veces hay artículos que "se venden" solos. Por ejemplo este, que se publica por segunda vez en el año, con consentimiento expreso de ambas revistas. Es lógico porque plantea muy correctamente el problema científico entre los intereses privados de los que quieren rentabilizar los nuevos conocimientos y los intereses públicos de los que financian investigación básica, soporte de las otras aplicaciones. Los autores comentan, en concreto, los problemas en torno al proyecto del genoma humano. Como es lógico lo mejor es la cooperación fructífera entre privado y público.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-3.304 *Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care*

(Se puede medir la calidad de la atención primaria a través de las hospitalizaciones innecesarias)

Autores: Nite M, Ng TP.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Epidemiol Community Health 2003; 57:17-22

Calificación: Muy bueno

Comentario: Es difícil medir la calidad que prestamos en Atención Primaria, pero no es imposible. Por ejemplo, el estudio de las hospitalizaciones innecesarias permite valorar nuestra consecución de objetivos. Lo demuestran los autores, en Singapur

(3,2 millones de habitantes), comparando las tasas en 1991 contra las de 1998. En ambos casos hay más hospitalizaciones innecesarias en la minorías étnicas y en los varones, y la tasa fue disminuyendo con los años. El 7% de las hospitalizaciones podría haberse evitado (el 12% en mayores de 65 años).

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

S-3.305 *Children born in the summer have increased risk for coeliac disease*

(¿Naciste en verano?)

Autores: Ivaarsson A, Hernell O, Nyström L, Pearson La.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Epidemiol Community Health 2003; 57:36-9

Calificación: Bueno

Comentario: Cuando sabemos muy poco de algo hay que ir a preguntar al oráculo de Delfos, y aceptar sus sugerencias como hipótesis. Pues a ello se dedican los autores, suecos. Estudiaron a 2.151 niños con enfermedad celiaca en relación al mes de nacimiento. Demuestran que la incidencia es mayor en las chicas, pero que en los varones se asocia más a haber nacido en los meses del verano. Puede ser, pero sólo como idea preliminar (¿más infecciones invernales intraútero en los que nacen en verano?).

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-3.306 *Is retirement good or bad for mental and physical health functioning?*

(Whitehall II longitudinal study of civil servants.)

(La jubilación no ayuda a retrasar la decrepitud física/mental)

Autores: Meir G, Martikainen P, Hemingway H, Stansfeld S, Marmot M.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Epidemiol Community Health 2003; 57:46-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: Nos jubilamos con la perspectiva de tener unos años para disfrutar de la vida. Pero ¿mejora algo la jubilación *per se*? Los autores, ingleses, intentan contestar a la pregunta comparando a funcionarios que a los 60 años se jubilan con los que continúan trabajando. En ambos grupos se produce un deterioro físico progresivo. Y la salud mental sólo mejora entre los pensionistas de clase alta. El trabajo está hecho con la bien conocida cohorte Whitehall II, de funcionarios londinenses.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-3.307 *What should we do about screening for genital chlamydia?*

(No está claro si es útil el cribado de las clamidias genitales)

Autores: Low N, Egger M.

Revista/Año/Vol./Págs.: Internat J Epidemiol 2002; 31:891-3

Calificación: Muy bueno

Comentario: Cuando hablamos de enfermedades venéreas (de transmisión sexual) solemos pensar en sífilis, gonorrea, candidiasis y similares. Sin embargo, la enfermedad venérea más frecuente es la infección por *Chlamydia trachomatis*, generalmente asintomática y que lleva a enfermedad pélvica inflamatoria y esterilidad. Los autores hacen una horradísima revisión, breve sobre la oportunidad de cribaje para la detección precoz (se

puede hacer con una muestra de orina). Concluyen con el típico "se necesita más información para decidir con base científica".

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: JG

S-3.308 *Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men*

(El alcohol consumido a diario se asocia a menos infartos de miocardio)

Autores: Mucamal KJ, Conigrave KM, Mittleman MA, Camargo C, Stampfer MJ, Willett WC et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2003; 348:109-18

Calificación: Muy bueno

Comentario: El vino alegra el corazón y actúa como droga que facilita las relaciones sociales. Además, el consumo moderado y diario de vino se asocia a menor probabilidad de infarto de miocardio. Los autores, gringos, se preguntan si el beneficio es del vino o del alcohol en sí. Para ello siguen a una cohorte de 38.077 profesionales sanitarios varones durante 12 años, y valoran sus pautas de ingesta ética con la incidencia de infarto de miocardio. Da igual el alcohol consumido, pues se demuestra una relación inversa entre beber y tener infarto con todo tipo de brebaje y cantidad.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-3.309 *To drink or not to drink?*

(No fomente el alcoholismo pero recomienda beber al paciente de riesgo coronario)

Autores: Golbesg IJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2003; 348:163-4

Calificación: Bueno

Comentario: A muchos médicos nos cuesta recomendar cosas que tienen apariencia de ventajosas, pero conllevan riesgos. Sencillamente, por ejemplo, nadar con regularidad, o beber vino a diario. El editorialista hace un comentario oportuno ante la sugerencia de fomentar el consumo de bebidas alcohólicas en la consulta. La clave de la duda es la ausencia de ensayos clínicos al respecto. Y la mejor respuesta se obtendrá, como propone, cuando se hagan ensayos clínicos con pacientes de riesgo cardiovascular, en los que compense recomendar beber alcohol, por el balance de beneficios y perjuicios. Parece lógico.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-3.310 *Achieving an interdisciplinary workforce in health care*

(Los médicos no somos los únicos trabajadores sanitarios)

Autores: Aiken LH.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2003; 348:164-6

Calificación: Bueno

Comentario: Los médicos nos creemos el ombligo del mundo (al menos, del mundo sanitario), pero los pacientes nos ponen en nuestro sitio cuando utilizan a su buen parecer terapias y trabajadores sanitarios alternativos. El editorialista comenta un trabajo con datos de EE.UU. que demuestra que un tercio de los pacientes visitan a otros profesionales no médicos, y que lo hacen sin encontrar mucho contrasentido. Es decir, que van al

médico y que van a los alternativos, y que así se van apañando. Poco científico, pero debe ser práctico, ¿no?

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-3.311 *Objectivity and the neutral expert*

(No hay objetividad científica, ni debería haberla)

Autores: Parascandola M.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Epidemiol Community Health 2003;57: 3-4

Calificación: Excelente

Comentario: Todo científico tiene el prurito de la neutralidad, la búsqueda de un conocimiento independiente de creencias y valores. Lo malo es que es sólo eso, "el prurito". El autor escribe una bella página acerca de esa utopía, que se ha roto por completo, por ejemplo, con el debate y las decisiones tomadas acerca de las mamografías de cribaje. Es imposible que la ciencia sea neutral. Y, además, no debe buscar la neutralidad, pues es la única forma de lograr implicar a la sociedad en una respuesta sana a problemas importantes.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-3.312 *Variaciones en la aplicación de técnicas médicas en atención primaria*

Autores: Sobrequés J, Bolívar B, Unzueta L, Prados JD, Leiva F, Boerma W

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2002;16:497-504

Calificación: Bueno

Comentario: La Atención Primaria en España es débil, y lo demuestran todos los estudios que se hacen, por mucho que los políticos e ideólogos se empeñen en querer presentarnos como imprescindibles. Por ejemplo, en este trabajo se estudia la aplicación de distintas técnicas en la consulta del médico general, mediante encuesta, y se comparan los resultados entre regiones españolas y con otros países europeos, los andaluces, los varones, los del medio rural, y los reformados, hace alguna cosa más, pero en conjunto la cosa es penosa pues nos situamos al nivel de Bulgaria, Estonia, Italia, Lituania y Polonia. ¡Después de casi veinte años de reforma!

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-3.313 *Duração da consulta: perspectivas dos médicos e dos pacientes*

(Las consultas del médico general duran un cuarto de hora en Portugal)

Autores: Nogueira JD

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Port Clin Geral 2002;18:303-312

Calificación: Muy bueno

Comentario: Nadie sabe bien cuánto deberían durar las consultas con el médico general, pero parece que en España duran poco. En este trabajo portugués se presentan los resultados acerca de la duración de las consultas con el médico general. Estudiaron 274 pacientes que consultaron con ocho médicos. La duración media fue de casi 18 minutos. A los médicos les pareció adecuada la duración en el 81% de los casos; a los pacientes, en el 96%. Le preguntaron a los pacientes si les parecía que le habían dedicado más tiempo a los demás, pero parece que no lo vivieron como tal. Se deduce, pues, que en Portugal la duración de la consulta es la adecuada, en general.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG