



## S-3.410 *La evaluación posgraduada de los MIR de medicina de familia*

**Autores:** Monreal A, Martín Zurro A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria 2003;31:136-7

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** La sección de "cartas al director" es de lo más vivo e interesante de las revistas científicas, y esta carta y su respuesta lo confirman. Critica el aragonés un artículo previo del catalán sobre la evaluación de los residentes "de familia", y lo importante es que entre la crítica y la respuesta a la crítica se hace evidente que estamos tocando uno de los tabúes de la profesión. En Holanda examinan y re-examinan al residente y aquí es algo que casi se considera un insulto. La consecuencia es impedir el progreso de una formación con la crítica al método y con la demostración de los resultados objetivos.

**Referencias bibliográficas:** 6

**Revisor:** MPF

## S-3.411 *Análisis del tratamiento preventivo prescrito por sus pediatras a 155 niños asmáticos de nuestro medio*

**Autores:** Fernández JR, Martínez JM, Ruiz MA, Rodríguez A, Expósito AM, Prieto JR

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Esp Pediatr 2002;58:340-5

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El asma es una patología que tratamos frecuentemente muy mal, como vuelven a demostrar los autores con datos de una consulta de pediatría. Estudian a 155 niños, de dos a diez años, remitidos durante año y medio por padecer asma. Eran casos graves el 3%, moderados el 13%, leve persistente el 75% y leve intermitente el 10%. Pues bien, al 96% no se le habían hecho pruebas funcionales respiratorias, se había dado instrucción sanitaria para el control de la enfermedad sólo al 20% de los pacientes, y el tratamiento preventivo de las crisis se daba sólo al 31%. Lástima que no hayan estudiado los casos según clase social

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** MPF

## S-3.412 *The importance of indirect costs in primary cardiovascular disease prevention. Can we save lives and money with statins?*

**(Si se valoran los costes indirectos, las estatinas pueden salvar vidas y disminuir costes en prevención primaria en países anglosajones)**

**Autores:** Grover SA, Ho V, Lavoie F, Coupal L, Zowall H, Pilote L

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med 2003;163:333-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Lo malo de que se publique un estudio malo es que se termina citando, como hacen los autores con el CURVES, en el que se comparó la eficacia de varias estatinas sobre el contenido de lípidos en sangre. Sin embargo, la idea del trabajo no es mala, ya que los autores, canadienses en su mayoría, se pre-

ocupan por valorar el impacto de la enfermedad cardiovascular en los salarios y la necesidad de cuidado en casa. Emplean la atorvastatina, 10 mg diarios, que no ha demostrado su eficacia en prevención primaria ni en los países anglosajones.

**Referencias bibliográficas:** 34

**Revisor:** MPF

## S-3.413 *Physician, public and policymaker perspectives on chronic conditions*

**(A los pacientes las enfermedades crónicas múltiples les preocupan por la disminución de la calidad de vida)**

**Autores:** Anderson GF

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med 2003;163:437-42

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las enfermedades crónicas son las que llevan a los pacientes a consultar una y otra vez con los médicos, y los autores se preguntan qué opinión tienen los propios pacientes, los médicos y los políticos sanitarios. Hacen una encuesta telefónica a una muestra representativa de la población (1.663) y de los médicos (1.238), y a 155 políticos y responsables sanitarios. A los pacientes lo que les preocupa es su impacto en la calidad de vida; los médicos creen que lo que les preocupa a los pacientes es la sobrecarga en la factura médica, el miedo a la muerte y el dolor. Los políticos son los más críticos con la forma de prestación de cuidados a la patología crónica.

**Referencias bibliográficas:** 26

**Revisor:** MPF

## S-3.414 *Prevalencia del uso de teléfonos móviles durante la conducción de vehículos*

**Autores:** Astrain I, Bernaus J, Claverol J, Escobar A, Godoy

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit 2003; 17: 66-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Actualmente está prohibido hablar por teléfono en el coche sin dispositivos especiales, aunque se sigue haciendo con frecuencia, con el mayor riesgo de accidentabilidad que supone. El motivo de comentar en esta sección este artículo realizado en Lerida, aparte de su contenido, es su originalidad metodológica: se observó si hablaba por teléfono el conductor de los tres primeros coches que se detenían en una serie de semáforos en rojo, y se relacionó este hecho con una serie de variables. El 3,3% de los 1.536 conductores observados usaban el teléfono.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** MARL

## S-3.415 *Resistencia a antibióticos: ¿qué hacer ahora?*

**Autores:** Campos J, Baquero F

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002;119:656-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las resistencias bacterianas (RB) son el principal problema en la terapia antimicrobiana. En su aparición y extensión incide el uso de antibióticos (adecuado o no), en el que influyen múltiples factores (enfermedad, creencias, expectativas, etc.). Para contener las RB es imprescindible un menor y mejor uso de los antibióticos, para lo que es necesario actuar sobre todos los elementos implicados: medicina humana, veterinaria, agricultura, consumidores, responsables de la Administración, etc. (a pesar de la peor situación de las RB en España, parece que existe cierta pasividad político-administrativa).

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** MARL

### S-3.416 *Factores de riesgo del catarro común*

**Autores:** Regueira C, Caamaño F, Takkouche B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2002;119:671-6

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Es curioso que siendo tan frecuente el catarro común (y uno de los principales motivos de prescripción de antibióticos), se escriba tan poco sobre él, como bien se hace en esta revisión. En ella se aboga por consensuar el diagnóstico de la enfermedad, basado en los síntomas y signos clínicos (no microbiológico), sin olvidar que las secreciones amarillentas no implican infección bacteriana. Se señala el contagio por contacto y aerosoles, se desmitifica el papel de la humedad y el frío, y en cambio se señalan posibles factores psicológicos como favorecedores. La falta de consenso en su definición implica gran variabilidad en su diagnóstico y tratamiento, ¿por qué no lo hacemos desde Primaria?

**Referencias bibliográficas:** 49

**Revisor:** MARL

### S-3.417 *Procalcitonina: una nueva herramienta diagnóstica en la infección bacteriana*

**Autores:** Name O, Fernández A, Luaces C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2002;119:707-14

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La procalcitonina es el precursor de la calcitonina. Curiosamente se ha visto que aumenta de forma temprana y rápida en las infecciones bacterianas (y no en las víricas ni en procesos inflamatorios no infecciosos), habiéndose usado en el diagnóstico diferencial de la meningitis en niños con mayor rentabilidad que otras pruebas. Se puede determinar rápidamente. En este artículo se revisan sus posibles indicaciones, entre las que, además de la distinción entre etiología bacteriana o vírica, se incluye la monitorización de la respuesta a los antibióticos. En fin, una ayuda más para el clínico.

**Referencias bibliográficas:** 56

**Revisor:** MARL

### S-3.418 *Smallpox vaccine program launched amid concerns raised by expert panel, unions*

**(La vacuna contra la viruela en EE.UU., una locura)**

**Autores:** Stephenson J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2003;289:685-689

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Los gringos pueden estar locos, y ser dirigidos por un criminal de guerra (por lo de "la guerra preventiva"). Lo ma-

lo es cuando contagian a otros, como Aznar y cía. El caso concreto es la vacunación contra la viruela. En EE.UU. ya han vacunado a medio millón de militares, y ahora quieren vacunar a medio millón de sanitarios, y a lo largo del 2003 vacunar a 10 millones de sanitarios, policías y bomberos. Muchos sanitarios y hospitales se están negando, por los peligros de la vacunación, por la falta de compensaciones para los que sufran las complicaciones, y por los riesgos de pasar la vacuna inadvertidamente a pacientes con eccema o inmunodeprimidos.

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** JG

### S-3.419 *Predictors of broad-spectrum antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in adult primary care*

**(El uso innecesario de antibióticos en catarros, otitis, bronquitis y otras infecciones)**

**Autores:** Steinman MA, Landfeld CS, Gonzales R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2003;289:719-25

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El mal uso de los medicamentos debe de ser congénito entre los médicos. Y el caso de los antibióticos, el colmo. Y el remate, el uso de nuevos y potentes antibióticos. Los autores utilizan datos de una encuesta nacional, en EE.UU., sobre adultos atendidos por infecciones respiratorias sin neumonía (IRA, sinusitis aguda, bronquitis aguda, otitis media, faringitis, laringitis, traqueítis) en las que no habría que usar antibióticos. Pues se utilizaron en el 63% de los casos. Lo peor, el 54% recibió antibióticos "extremos" con azitromicina, claritromicina, cefalosporinas de 2.ª y 3.ª generación, quinolonas o amoxi-clavulánico.

**Referencias bibliográficas:** 58

**Revisor:** JG

### S-3.420 *Association between practice size and quality of care of patients with ischaemic heart disease: cross sectional study*

**(Lo pequeño es hermoso, también en consultorios médicos)**

**Autores:** Majeed A, Gray J, Ambler G, Carroll K, Bindman AB

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003;326:371-2

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** A los políticos lo grande les parece bueno; por eso prefieren los hospitales a los centros de salud, y éstos a las consultas individuales de médicos. ¿Tiene algo que ver el tamaño con la calidad? Los autores, ingleses, estudian el sur de Londres, 382.188 personas de población, con 69 consultorios (desde consultas individuales, con 1.265 pacientes, a grandes centros, con 13.147 pacientes). Examinan las historias de los 6.888 pacientes con isquemia coronaria y no encuentran diferencias en la calidad de la atención que se les presta en los distintos consultorios (con presencia de estos pacientes entre 12 y 326, media 111).

**Referencias bibliográficas:** 5

**Revisor:** JG

### S-3.421 *Patients' consent preferences for research uses of information in electronic medical records: interview and survey data*

**(No usarás la historia clínica informática sin permiso del paciente)**

**Autores:** Willson DJ, Kesharjee K, Nair K, Goldsmith C, Holbrook, COMPETE

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2003;326:373-6

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: En España parece que la Ley de Protección de Datos es algo más bien teórico. Véase el abuso de las historias clínicas informáticas en el País Vasco centralizadas sin que lo sepan los pacientes. En el Reino Unido hay más preocupación por estas cosas, como manda la Ley europea. También en Canadá, de donde son los autores, que encuestan a 106 pacientes y entrevistan a fondo a otros 17 acerca de poder utilizar los datos de sus historias clínicas informáticas. Los pacientes, en general, lo aprueban si se les pide permiso primero, y mejor si se hace para estudios financiados públicamente.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

### S-3.422 *The JCI starts two new series: Science in Medicine and Science and Society*

(El JCI, una revista científica que se interesa por los clínicos y por la sociedad)

Autores: Marks AR

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Clin Invest* 2003; 111:289

Calificación: *Informativo*

Comentario: Las revistas científicas viven en un limbo absurdo, lejos de los problemas cotidianos de los médicos. Este editorial llama la atención sobre una encuesta a los lectores del *Journal of Clinical Investigation*, que publica habitualmente artículos de ciencia médica básica. Pues bien, de las 551 respuestas, el 96% participaba en investigación y el 67% tenía trabajo clínico con pacientes. La revista, con buena lógica, ha decidido introducir dos nuevas secciones: 1) "Ciencia en Medicina", para poner el conocimiento nuevo en palabras que tengan uso clínico, 2) "Ciencia y Sociedad", que analizará el componente social de las decisiones médicas y viceversa.

Referencias bibliográficas: 3

Revisor: JG

### S-3.423 *New insights into the pathogenesis of asthma*

(El papel de las citoquinas Th2 en el asma)

Autores: Elias JA, Lee CG, Zheng T, Ma B, Homer RJ, Zhu Z

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Clin Invest* 2003; 111:291-7

Calificación: *Bueno*

Comentario: *The Journal of Clinical Investigation* es de las pocas revistas grandes con acceso libre y gratuito a todas sus secciones, con el *British Medical Journal*. Este artículo es el primero de la nueva serie "Ciencia en Medicina" (S-3.422), y se dedica a revisar la fisiopatología del asma. Es muy interesante porque permite hacerse idea de por dónde van a ir los tiros en el futuro (por ejemplo, el uso de la BCG como vacuna para disminuir la reactividad de las células Th2). Los productos de la actividad de estas células (IL-4, IL-5, IL-9, IL-13, IL-10) son los responsables de la inflamación bronquial. Comenta la utilidad de dosis bajas de teofilina.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

### S-3.424 *Huntingtin in health and disease*

(El mecanismo molecular de la enfermedad de Huntington)

Autores: Ypung AB

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Clin Invest* 2003;111:299-302

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La enfermedad de Huntington se debe a la mutación de un gen que sintetiza la huntingtina, una proteína de función desconocida. La mutación hace que la proteína tenga más glutamina de lo normal (si hay más de 40 la enfermedad es segura, entre 35 y 39 hay penetrancia variable). La proteína modificada hace vulnerable a las neuronas frente al ácido glutámico de las sinapsis glutaminérgicas, lo que provoca agregados de la huntingtina, que terminan depositándose en el núcleo de las neuronas y al final mueren. Cuando la lesión se extiende, el paciente fallece.

Referencias bibliográficas: 65

Revisor: JG

### S-3.425 *Hereditary haemochromatosis: only 1% of adult HFE C282Y homozygotes in South Wales have a clinical diagnosis of iron overload*

(Ser homocigótico para la hemocromatosis significa que el 99% no tendrá la enfermedad)

Autores: McCune CA, Al-Jader LN, May A, Hayes S, Jackson H, Worwood M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Hum Genet* 2002;111:538-43

Calificación: *Bueno*

Comentario: Entre las enfermedades genéticas, se pide un cribaje poblacional para la hemocromatosis. Los autores, ingleses, combinan los datos clínicos de todos los pacientes con hemocromatosis en Gales (Reino Unido) con los resultados de los genotipos de 10.556 donantes voluntarios de sangre en la misma región. Concluyen que sólo el 1,2% de los adultos homocigóticos de la mutación C282Y del gen HFE tienen diagnóstico y tratamiento. La penetrancia, pues, es bajísima.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

### S-3.426 *The potential for monitoring of fecundity and the remaining challenges*

(Sabemos poco sobre fertilidad y necesitamos saber más sobre "el tiempo para embarazarse")

Autores: Joffe.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Epidemiol* 2003;157:89-93

Calificación: *Bueno*

Comentario: Las esculturas más antiguas que conservamos de los dioses se refieren a la fertilidad, a diosas fértiles. Ser fértil es poder reproducirse, algo clave en la existencia de la humanidad. Pues bien, después de millones de años de evolución sabemos poco sobre fertilidad humana. Lo comenta el autor, quien destaca el poco interés de los estudios sobre "la calidad del semen", por los sesgos de participación. Propone, mejor, el "tiempo para embarazarse"; es decir, los meses entre la decisión de embarazarse y el lograrlo. Parece lógico.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

### S-3.427 *Monitoring fecundity over time. If we do it, then let's do it right*

(Necesitamos más datos a lo largo de años sobre fecundidad)

Autores: Olsen J, Rachootin P

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Epidemiol* 2003;157:94-7

Calificación: *Bueno*

**Comentario:** La fertilidad es parte de la salud, y si no que se lo digan a las parejas infértiles, y que hablen de las torturas a que se someten para lograr el embarazo. Los autores, danés y australiano, proponen que se siga la fertilidad humana como indicador de salud de la población, y proponen seguir tanto el tiempo para embarazarse como la calidad del esperma. Es interesante porque consideran que el esperma puede disminuir en cantidad/calidad por la exposición intra-útero de las células de Sertoli a más estrógeno del natural.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** JG

## S-3.428 *Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis*

**(Los pobres sufren más depresión y les dura más)**

**Autores:** Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Epidemiol* 2003;157:98-112

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Dicen que los ricos también lloran, y no hay quien lo dude, pero parece que los pobres sufren más. En este trabajo belga (con un autor de la Johns Hopkins) se han localizado todos los estudios sobre depresión en adultos, realizados después de 1979 y publicados en alemán, español, francés o inglés que tuvieran información sobre clase social (educación y/o ingresos). Localizan 56 estudios y demuestran que ser pobre se asocia con más depresión, sobre todo con más duración de la depresión y no tanto con la prevalencia de la misma. La depresión es más frecuente en las clases bajas, y no lo contrario (el ser depresivo lleva a ser pobre).

**Referencias bibliográficas:** 116

**Revisor:** JG

## S-3.429 *Factors influencing home visits in Slovenian general practice*

**(En Eslovenia los médicos generales hacen 2,5 avisos a la semana)**

**Autores:** Suab I, Kravos A, Vidmar G.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Fam Pract* 2003;20:58-60

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los avisos a domicilio en Europa van camino de desaparecer, como ya ha sucedido en EE.UU. Los autores se preguntan qué está sucediendo en Eslovenia y pasan un cuestionario a 165 médicos generales, de los que contesta el 71%. Los participantes registraron 10 avisos a domicilios consecutivos. En total hicieron 2,5 a la semana. Hacen más visitas los médicos generales mayores, los que tienen más población anciana y los rurales. Se visita a domicilio más a las mujeres y a los ancianos (edad media de 72 años).

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

## S-3.430 *Inheritance and drug response*

**(Genes y metabolismo de los medicamentos)**

**Autores:** Weinshilboum R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2003;348:529-37

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Entre las promesas de la genética, ninguna tan osada como la de "producción de medicamentos ajustados al genoma del individuo". Pero hay un punto intermedio, al que dedica su texto el autor, gringo, sobre modificaciones monogé-

nicas debidas a polimorfismo. Por ejemplo, la acetilación de la isomazida (y otros medicamentos, como hidralacina y procainamida) que depende de la n.acetil-transferasa, sintetizada a partir de dos genes, NAT1 y NAT2. El polimorfismo se debe a los alelos del NAT2 y provoca, por ejemplo, que los asiáticos metabolicen rápidamente la isoniacida.

**Referencias bibliográficas:** 67

**Revisor:** JG

## S-3.431 *Pharmacogenomics. Drug disposition, drug targets and side effects*

**(Medicamentos y genoma)**

**Autores:** Evans WE, McLeod HL

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2003;348:538-49

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El estudio del genoma tiene una aplicación: la farmacogenómica. Los autores hacen una revisión, con énfasis en los ejemplos más clásicos, aunque algunos no se hayan resuelto. Por ejemplo, la falta de expresión del gen de la enzima CYP3A, un componente del citocromo P450. Hasta el 75% de los blancos y el 50% de los negros no lo expresan, pero su falta de acción se compensa por la de la CYP3A5, que se expresa universalmente y actúa sobre los mismos sustratos. Todo lo que revisa es un poco así, lo que hace que sea un texto meramente informativo.

**Referencias bibliográficas:** 94

**Revisor:** JG

## S-3.432 *Rethinking postmenopausal hormone therapy*

**(La terapia hormonal en la menopausia, más daño que beneficio)**

**Autores:** Solomon CG, Dluhy RG

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2003;348:579-650

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Se ha demostrado que la terapia hormonal posmenopáusica tiene más peligros que beneficios, pero en España como si nada. Los autores hacen un planteamiento general, quitan hierro al efecto perjudicial, pero son honrados cuando dicen literalmente que las mujeres en tratamiento hormonal por causas que no son los síntomas de la menopausia lo deberían dejar. Si se trata de osteoporosis, buena ingesta de calcio, ejercicio, vitamina D; y si hay fracturas, bifosfonatos.

**Referencias bibliográficas:** 37

**Revisor:** JG

## S-3.433 *Understanding the divergent data on postmenopausal hormone therapy*

**(Observación contra experimentación en la terapia hormonal en la menopausia)**

**Autores:** Grodstein F, Clarkson TB, Manson JE.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2003;348:645-50

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Cuando los ensayos clínicos contradicen los estudios observacionales, hay que creer en los ensayos clínicos. Los autores comparan los resultados de ensayos clínicos con terapia hormonal en la menopausia, con los estudios observacionales y demuestran que no son tantas las diferencias. Las hormonas aumentan el cáncer de mama, los ictus, los tromboembolismos pulmonares y no mejoran la salud cardiovascular. No valen la pena, pues.



Referencias bibliográficas: 37  
Revisor: JG

### S-3.434 *Readability standards for informed-consent form as compared with actual readability*

(Los formularios de consentimiento informados son complicados de entender)

**Autores:** Paasche-Orlow MK, Taylor HA, Brancati FL.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2003;348:721-6  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Hablamos con los pacientes, les damos textos y suponemos que todos lo entienden. Los autores dudan de que sea así y entran en la Red para obtener muestras de textos de consentimiento informado de 114 universidades yanquis. Estudian la legibilidad de dichos textos y demuestran que es posible no entenderlos. Incluso cuando se ha hecho el esfuerzo para adaptarse a un nivel de educación que se hace explícito, sólo el 8% cumple con dicha promesa. Conviene pensar, pues, en lo que entienden los pacientes.

**Referencias bibliográficas:** 40  
Revisor: JG

### S-3.435 *A simple statistical method for measuring how life events affect happiness*

(El impacto en la felicidad medido en euros)

**Autores:** Clark AE, Oswald AJ.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Internat J Epidemiol* 2002; 31:1139-44  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Generalmente no nos preguntamos por la felicidad de nuestros pacientes, como si la salud fuera compatible con la infelicidad. Los autores, un francés y un inglés, estudian el impacto de eventos importantes (casamiento, desempleo, enfermedad grave, enviudamiento) sobre la felicidad o el bienestar del individuo. Es un trabajo curioso; por ejemplo, el desempleo provoca tanto daño psicológico que su valoración económica sobrepasa la pérdida monetaria. Casarse da tanta felicidad como una extra de años. La viudez da tanta infelicidad que compensarla requeriría más de 170.000 libras anuales.

**Referencias bibliográficas:** 22  
Revisor: JG

### S-3.436 *Preventing and treating tetanus. The challenge continues in the face of neglect and lack of research*

(El tétanos, todavía presente)

**Autores:** Thwaites CL, Farrar JJ.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003;326:117-8  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El tétanos es una infección muchas veces mortal que suele afectar y matar a las viejas. En este editorial se trata del tétanos en general, de la estabilización respecto de su tratamiento y de las malas perspectivas, incluso con respiración asistida. Ahora ya los pacientes no se mueren asfixiados en los países desarrollados sino de neumonías multirresistentes de gérmenes hospitalarios. En fin, hay cosas que interesan poco, aunque sean terribles.

**Referencias bibliográficas:** 12  
Revisor: JG

### S-3.437 *Impact of changing diagnostic criteria on incidence, management and outcome of acute myocardial infarction: retrospective cohort study*

(La nueva definición de infarto aumenta su incidencia)

**Autores:** Pell JP, Simpson E, Rodger JC, Finlayson A, Clark D, Anderson J et al  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003;326:134-5  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Cuando se propone una nueva definición de enfermedad se nos hace ver que las enfermedades no existen sino que las hacemos los médicos. Ahora han propuesto otra definición de infarto de miocardio (signos en el ECG y aumento de troponina T). Los autores, ingleses, lo aplican a los pacientes atendidos en su hospital con dolor precordial; y los casos diagnosticados suben de 1.671 a 2.637 (en el Reino Unido, un aumento de 160.000 infartos). Los 996 pacientes añadidos son mayores (74 años), más mujeres (47%) reciben menos trombólisis (1%) y tienen peor supervivencia al mes.

**Referencias bibliográficas:** 5  
Revisor: JG

### S-3.438 *Role of organizations factors in poor blood pressure control in patients with type 2 diabetes. The QuED study group*

(El médico de cabecera controla la tensión en los diabéticos mejor que los especialistas de ambulatorio)

**Autores:** Pellegrini F, Belfiglio M, Berardis G, Franciosi M, Nardo B, Greenfield S et al  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Arch Intern Med* 2003;163:473-80  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Hay pocos estudios en que se consideren características extra-clínicas, de organización, como se hace en este trabajo. Se llevó a cabo en Italia y se compararon 212 médicos especialistas de ambulatorios con 106 de médicos generales que controlaron a 3.449 pacientes diabéticos tipo 2. El 52% tenía hipertensión. El 12% de los hipertensos tomaban más de dos medicamentos al comienzo del estudio; subió al 16% al final del estudio. El ser controlado en el ambulatorio por especialistas dobló el riesgo de tener mal controlada la tensión, contra los médicos generales, excepto si se tratara de un endocrino.

**Referencias bibliográficas:** 24  
Revisor: MPF

### S-3.439 *Health care reform: lessons from Canada*

(El sistema sanitario canadiense funciona, y no lo hace mal)

**Autores:** Deber RB  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Public Health* 2003;93:20-4  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** No hay sistema sanitario perfecto, pero algunos lo hacen bastante bien, como el de Canadá. El artículo lo escribe un canadiense, lo que puede sesgar el juicio crítico, aunque lo que se dice se corresponde con lo habitual. Los médicos gozan de gran libertad y cobran por acto (también hay centros de salud, con cobro por salario, pero de ello no se habla aquí), la población está encantada y el gasto es alto pero soportable. El gobierno federal marca lo mínimos, y los gobiernos regionales suelen aumentar algo la cesta de servicios mínimos. Desde lue-

go está cubierta toda la población, y los médicos suelen ofrecer servicios muy variados.

**Referencias bibliográficas:** 34

**Revisor:** MPF

### S-3.440 *Universal health care: lessons from the British experience*

(El Servicio Nacional de Salud sale de las cenizas thatcherianas)

**Autores:** Light DW

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Public Health* 2003;93:25-30

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** El sistema sanitario inglés se presenta como el mejor en el mundo, pero tiene muchas cosas que nunca habría que copiar, como demuestra el autor, gringo. Su análisis del Servicio Nacional británico va mucho más allá de lo habitual y destaca todo aquello que debe explicarse cuando se habla de un sistema de salud. Por ejemplo, destaca que uno de los dilemas clave de todo sistema es cómo reconciliar las necesidades rurales y urbanas, y resolver los problemas de mala distribución de recursos, algo de lo que casi ni se habla generalmente. Deja claro que la reforma de la Thatcher fue un desastre que rechazaron médicos y pacientes, y tiene un listado precioso de cosas que se pueden copiar del Reino Unido en EE.UU.

**Referencias bibliográficas:** 34

**Revisor:** MPF

### S-3.441 *Parenteral smoking and infant respiratory infection: how important is not smoking in the same room with the baby?*

(Si fumas, no lo hagas en la misma habitación que tu hijo, ni con él en brazos, y menos dándole de mamar)

**Autores:** Blizzard L, Ponsonby AL, Dwyer T, Venn A, Cochrane JA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Public Health* 2003;93:482-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Para convencer de las ventajas de no fumar hay que dar datos concretos, como los que salen de este trabajo, australiano. Siguió a 5.817 niños recién nacidos entre 1988 y 1995 y valoraron el hábito de tabaquismo de la madre en relación con los ingresos hospitalarios de los niños hasta su primer año de edad. Si la madre fuma en la misma habitación, comparada con la que fuma, pero nunca en presencia del niño, las hospitalizaciones suben el 56%; si fuma mientras tiene al niño en brazos, suben el 73%; si fuma mientras le da de mamar, suben el 95%.

**Referencias bibliográficas:** 36

**Revisor:** MPF

### S-3.442 *Segundo documento de consenso sobre uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica*

**Autores:** Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Mensa J, Monzó E, Picazo JJ et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Rev Esp Quimioterapia* 2002;15:375-85

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En el 2000 se elaboró el primer consenso sobre uso empírico de antibióticos en la EPOC, que ahora se actualiza para introducir las novedades terapéuticas comercializadas recientemente efectivas en las exacerbaciones, moxifloxacino y telitromicina. En cuanto a las pautas de tratamiento, según el paciente, se dan varias alternativas posibles (lo cual es siempre

de agradecer): amoxicilina-clavulánico, telitromicina, levo, moxifloxacino o ciprofloxacino. Además, se indica los pacientes que deben remitirse al hospital (comorbilidad grave, taquipnea, descompensación cor pulmonale, cianosis, mala evolución, dificultad control domiciliario, etc.).

**Referencias bibliográficas:** 69

**Revisor:** MARL

### S-3.443 *Bacteriemia por E. coli: análisis epidemiológico y de la sensibilidad a los antibióticos en un hospital comarcal*

**Autores:** Javaloyas M, García-Somoza D, Gudiol F

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2003;120:125-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Estudio prospectivo realizado en un hospital comarcal catalán, de 1989 a 1998, en el que se observa que el origen más frecuente de bacteriemia por *E. coli* fue urinario (68%), seguido por abdominal y biliar, de adquisición mayoritaria fuera del hospital. A lo largo del tiempo se observa un incremento de la resistencia a ciprofloxacino, por lo que se recomienda racionalizar el uso global de antibióticos, especialmente de las quinolonas.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** MARL

### S-3.444 *Relevancia de los resultados del estudio WHI para la atención de las mujeres posmenopáusicas en España*

**Autores:** Palacios S, Calaf J, Cano A, Parrilla JJ y el resto del panel de expertos de la AEEM.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 146-7

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** En mayo de 2002, tras 5,2 años de seguimiento, se suspendió un ensayo clínico dirigido a analizar el tratamiento hormonal sustitutivo en las mujeres posmenopáusicas, por considerar que los riesgos superaban los beneficios, y se publicaron los hallazgos en la revista JAMA en julio de 2002. En este artículo se comentan y relativizan estos hechos y su aplicabilidad para España, señalando que la THS no previene la enfermedad cardiovascular y que es necesario individualizar su prescripción en caso de que se haga (desde luego no se recomienda de forma generalizada como casi se venía haciendo últimamente, medicalizando una fase más de la vida).

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** MARL

### S-3.445 *Tratamiento hormonal de la menopausia: controversias, precisiones y perspectivas*

**Autores:** Pérez-López FR

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2003;120:148-55

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** A partir de la controversia sobre la THS en la menopausia, se proponen alternativas a dicho tratamiento. Para los síntomas vasomotores, clonidina, veraliprida, venlafaxina, paroxetina y fitoestrógenos; para las molestias urogenitales, estrógenos tópicos; para la osteoporosis, dieta apropiada, ejercicio, suplementos cálcicos y bifosfonatos; y para las cardiopatías, lo lógico, reducir los factores de riesgo (tabaco, sobrepeso, control del colesterol y la presión arterial). La THS (no sólo con estrógenos y progestágenos) se podría utilizar para tratar los síntomas de la menopausia durante menos de 5 años y con los controles precisos.

Referencias bibliográficas: 62  
Revisor: MARL

### S-3.446 *Demographic and health surveys: caesarean section rates in sub-Saharan Africa* (Donde se hacen menos cesáreas de las necesarias [el África pobre])

**Autores:** Buekens P, Curtis S, Alayón S.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2003; 326:136  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Estamos con tasas de cesáreas de más del 20%, lo que indica claramente un encarnizamiento terapéutico contra las embarazadas. Pero hay lugares en donde no se llega ni a un 6%, que es lo que parece lógico y necesario. Los autores, gringos, presentan las tasas en ocho países africanos (Burkina Faso, Camerún, Gana, Kenia, Madagascar, Niger, Tanzania y Zambia) y los resultados indican claramente una falta de cesáreas necesarias, excepto en Kenia, y que, además, está disminuyendo.

**Referencias bibliográficas:** 5  
**Revisor:** JG

### S-3.447 *Effect of fetal sex on labour and delivery: retrospective review* (El parto de un varón es más complicado que el de una niña)

**Autores:** Egan MA, Geary MP, O'Connell M, Keane DP.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2003;326:137  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El sexo del feto influye en el embarazo y en el parto, como no podía ser menos. Los autores, irlandeses, se preguntan acerca del impacto sobre el propio parto. Revisan cuatro años de la maternidad de Dublín y analizan cómo fueron los partos de primerizas, espontáneos y presentación cefálica, sin muerte neonatal ni anomalías congénitas. Tuvieron 4.070 varones y 4.005 niñas. Los partos de varones fueron más complicados, en parte por mayor perímetro cefálico, con más sufrimiento fetal, más oxitocina para terminarlos y más intervención.

**Referencias bibliográficas:** 5  
**Revisor:** JG

### S-3.448 *Challenges and opportunities in evaluating tests* (La evaluación de las pruebas diagnósticas)

**Autores:** Ransohoff DF.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Clin Epidemiol 2002;55:1178-82  
**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Nos creemos que las cosas son como son, y no como parecen. Pero las cosas pueden ser sólo como parecen, y eso cambia la realidad. Por ejemplo, el autor hace una excelente revisión de los problemas que provoca la determinación de la utilidad de las pruebas diagnósticas. Uno de ellos, simple pero clave, que las pruebas no sirven sólo para declarar un "estado de salud/enfermedad", un diagnóstico, sino para establecer un probable pronóstico y una probable respuesta a la terapéutica. Y eso casi nunca se valora el evaluar la prueba. Un texto para leer subrayando.

**Referencias bibliográficas:** 21  
**Revisor:** JG

### S-3.449 *Evaluation of interventions* (La mejora de los ensayos clínicos)

**Autores:** Fletcher RH.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Clin Epidemiol 2002;55:1183-90  
**Calificación:** Excelente

**Comentario:** De vez en cuando se lee un artículo que hace pensar. Éste es un buen ejemplo, en el que se revisa con inteligencia el desarrollo histórico de los ensayos clínicos, sobre todo en torno a ideas de los pioneros, como Cochrane y Feinstein. Da gusto leer las críticas y sugerencias de mejoras. Por ejemplo, acerca del problema de la validez externa, de la generalización de los resultados (un punto débil): se puede aumentar dicha validez disminuyendo los criterios de inclusión de los pacientes a sólo que la intervención no esté contraindicada y que los pacientes acepten participar.

**Referencias bibliográficas:** 43  
**Revisor:** JG

### S-3.450 *The false positive therapeutic trial* (El ensayo clínico falso positivo)

**Autores:** Knipschild P.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Clin Epidemiol 2002;55:1191-5  
**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los ensayos clínicos aleatorizados y enmascarados se presentan como el no va más de la "experimentación" en Medicina. Bueno, es mejor que nada, pero se prestan a muchas manipulaciones. El autor, de Maastricht (Holanda), hace una excelente revisión de los muchos, fáciles e "inocentes" trucos que un investigador puede hacer para que el ensayo clínico demuestre la bondad del medicamento o intervención estudiada. De tal manera que, probablemente, la mayoría de los ensayos clínicos positivos sean falsos positivos, en realidad. Desde luego lo primero es hacer plausible el resultado e ignorar los ensayos clínicos previos negativos.

**Referencias bibliográficas:** 0  
**Revisor:** JG

### S-3.451 *Cardiovascular disease in type 2 diabetes mellitus* (La heroica tarea de disminuir los infartos de miocardio en los diabéticos)

**Autores:** Mooradian AD.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med 2003; 163:33-40  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los diabéticos tienen infartos de miocardio con mucha mayor frecuencia de la esperada para su sexo y edad. Y, lo peor, en la población general los infartos están disminuyendo, pero en los varones diabéticos apenas se nota, y en las mujeres hay un aumento. El autor revisa la cuestión y utiliza datos de los últimos ensayos clínicos. El verdadero problema es que el mejor control de la glucemia sólo mejora los problemas microvasculares, así que por ese lado no hay mucho que hacer. Parece que se logra más con el control del tabaquismo, la obesidad, la hipertensión y la dislipemia.

**Referencias bibliográficas:** 139  
**Revisor:** JG

### S-3.452 *Closing the loop. Physician communication with diabetic patients who have low health literacy*

(La mejora de la comunicación con los pacientes diabéticos analfabetos)

**Autores:** Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daker C et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med 2003;163:83-90

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los pacientes casi no nos entienden nada. No son tontos; somos nosotros los inescrutables. Se pueden mejorar las cosas, sobre todo con los analfabetos, intentando asegurarse de que el paciente es capaz de explicar un nuevo concepto esencial para su tratamiento. Los autores, de California, graban 74 entrevistas con 38 médicos de las consultas del Hospital General de San Francisco. Son pacientes diabéticos, y sólo se asegura la comprensión de nuevos conceptos en el 12% de los casos. El control de la hemoglobina glucosilada mejora con dicha técnica. Vale la pena.

**Referencias bibliográficas:** 53

**Revisor:** JG

### S-3.453 *Relationship between avoidable hospitalizations for diabetes mellitus and income level*

(A más pobreza, más ingresos por diabetes mal controlada)

**Autores:** Booth GL, Hux JE.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med 2003;163:101-6

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La ley de cuidados inversos se cumple universalmente: los que más cuidados necesitan son los que reciben menos. Este trabajo, canadiense, se centra en el uso de urgencias y en la hospitalización de pacientes diabéticos. Utilizan siete años de datos administrativos en Ontario y relacionan el evento indeseable con el nivel económico del distrito en que vive el paciente. A más pobreza, peor cuidado de la diabetes y más consultas a urgencias y hospitalizaciones. El otro indicador más importante fue no tener contacto con un médico de Primaria en el año previo al evento.

**Referencias bibliográficas:** 32

**Revisor:** JG

### S-3.454 *The striking effect of the Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) on ramipril prescribing in Ontario*

(El ensayo clínico HOPE conllevó el aumento de la prescripción del ramipril en pacientes diabéticos y con insuficiencia cardíaca)

**Autores:** Tu K, Mandani MM, Jacka RM, Forde NJ, Rothwell DM, Tu J.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2003;168:553-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** A los médicos nos cuesta cambiar las pautas terapéuticas, lo que explica la resistencia al nuevo conocimiento científico. Los autores, canadienses, se preguntan acerca del impacto en la prescripción del ramipril (un IECA) del ensayo clínico HOPE, cuya dirección estuvo en Ontario. Hubo que terminar el ensayo por el enorme beneficio para evitar muertes en pacientes con riesgo cardiovascular (diabéticos, isquemia coronaria o periférica), en mayo de 1999. Pues bien, la prescripción aumentó casi en un 500%, de 63 a 304 por cien mil en mayores de 66 años con una de las patologías consideradas, en Ontario.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** JG

### S-3.455 *Ramipril use in Canada: HOPE or HYPE*

(Demasiado ramipril en Ontario, demasiada agitación y propaganda)

**Autores:** Pilote L.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2003;168:568-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los artículos del HOPE en Ontario (S-3.454) puede hacer creer que los médicos canadienses introdujeron el ramipril adecuadamente. Pero la editorialista, también canadiense, deja claro que en el HOPE la insuficiencia cardíaca era una exclusión, con lo que los médicos están atribuyendo al ramipril un efecto de clase no demostrado. La autora destaca que no es la ciencia sino que son la propaganda y la comercialización excesiva las que han llevado a ese exagerado aumento de la prescripción en Ontario.

**Referencias bibliográficas:** 6

**Revisor:** JG

### S-3.456 *A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care*

(La consulta del médico general con el cardiólogo no empeora la calidad)

**Autores:** Vek JF, Vierhout WPM, Knottnerus JA, Schmitz JJE, Weselingh AMK et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2003;53:108-12

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** A los especialistas conviene mantenerlos en los hospitales, pues pueden ser peligrosos para los pacientes de los generalistas. Los autores, holandeses, demuestran que, al menos con ciertas precauciones, el peligro es superable. Comparan 148 pacientes en el grupo de intervención (consultas conjuntas de 3/5 médicos generales con un cardiólogo, con 3/4 pacientes por sesión) con 158 del grupo control (cuidado habitual). La calidad de la atención fue similar en ambos casos. Se derivó más en el grupo de control y se repitieron más pruebas en éstos.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** JG

### S-3.457 *Medicine as a profession. Back to basics: preserving the physician patient relationship in a challenging medical market place*

(La importancia básica de la relación médico-paciente)

**Autores:** Larson EB.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2003;114:167-72

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Si en un artículo se empieza citando a Mckeown, Illich y Cochrane, puede haber interés en lo que se ha escrito. Así sucede con este texto, de un gringo de Washington, que revisa la necesidad de mantener como un tesoro la confianza y fe del paciente en su médico. La biología molecular, la genética, la tecnología y los especialistas pueden deslumbrar a políticos, gerentes y pacientes, pero el futuro de la medicina no es el de hospitales y ambulatorios tipo factoría, por la maquinaria, sino el de la comprensión y ayuda al paciente que sufre. No parece que los intereses tecno-farmacéuticos vayan por ahí, pero deberían hacerlo.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** JG