



## S-3.506 *Narrative-based medicine: a passing fad or a giant leap for general practice*

(Nos entendemos y entendemos a los pacientes con palabras, obviamente)

**Autores:** *Launer J*

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Br J Gen Pract* 2003;53:91-2

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** La realidad no existe sino que nos ponemos de acuerdo respecto a "una realidad" y esa la compartimos con la comunidad a la que pertenecemos, como nos recuerda el autor, médico general. Su editorial es muy interesante para todos los que creemos en el valor de la palabra en la comunicación entre el médico y el paciente. No son simples palabras, sino el flujo de las mismas, lo que crea nuestra realidad, lo que nos puede ayudar a entender lo que el paciente vive y sufre. Ser médico es saber escuchar, incluso para esos especialistas que llegan a convertir al paciente en una cosa, como algunos cirujanos e intensivistas.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** *MPF*

## S-3.507 *Problems of reporting genetic associations with complex outcomes*

(La mayor parte de las asociaciones entre genes y enfermedades son pura especulación)

**Autores:** *Colhoun HM, McKeigue PM, Smith GD*

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2003;361:865-72

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** Nos vuelven locos con "el gen nuestro de cada día", pero luego no se confirma ni una de las asociaciones anunciadas con esos genes, como comentan los autores, ingleses. La cuestión es que los pobres pacientes también se lo creen, y más de un político lo aprovecha para anunciar "un hito para la Humanidad", como nuestra Ministra de Sanidad, respecto a la secuenciación del genoma humano. Las cosas son mucho más complejas, y los autores instan a los directores de las publicaciones científicas a incrementar el rigor con el que se evalúan los artículos al respecto.

**Referencias bibliográficas:** 58

**Revisor:** *MPF*

## S-3.508 *The future of primary care*

(Los pacientes estadounidenses no encuentran al médico de cabecera que buscan)

**Autores:** *Sox HC*

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2003;138:230-2

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** En los EE.UU. las cosas son muy diferentes respecto al resto del mundo; no hay más que ver la persistencia de la pena de muerte, o la invasión de Irak, o la falta de un sistema público de salud. Respecto a la Atención Primaria, todo en teoría es bueno pero los médicos de primaria y los pacientes no encuentran un médico de cabecera que les conozca con toda su historia clínica. La revista dedica en este número un amplio espacio a los resultados de una reunión sobre la atención primaria en los EE.UU. y éste es uno de los editoriales al respecto, que se sigue de un comentario de tres presidentes de las iguales (HMO) más grandes del país, todos a favor del médico de primaria. ¡Lástima que la realidad demuestre que todo es falso!

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** *MPF*

## S-3.509 *Payment and the future of primary care*

(El pago por capitación, en abandono en los EE.UU.)

**Autores:** *Ginsburg P*

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2003;138:233-4

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** La forma de pago es clave para lograr que se muevan los médicos y el mercado sanitario, tal y como insiste el autor de este editorial. El texto está en conexión con el suplemento especial de la revista respecto a la Atención Primaria en EE.UU. (S-3.508). Para revertir la tendencia a la especialización en el sector médico se ha mejorado el pago de las actividades de los médicos de primaria, lo que no ha logrado revertir dicha tendencia. Sugiere, como esperanza, el lograr un pago por el "manejo de casos" de forma que se cobrara un tanto por la atención general de pacientes como diabéticos (llamadas telefónicas y demás), complementario del pago por acto cuando se atendiera a esos mismos pacientes.

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** *MPF*

## S-3.510 *Diferencias en la atención de las mujeres con alto riesgo cardiovascular respecto a los varones: estudio multidisciplinario*

**Autores:** *Conthe P, Lobos JM, González JR, Gil A, Pajuelo FJ, Novials A en nombre de los investigadores del estudio ESPERANZA*

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2003; 120(12):451-5

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** En este estudio se han valorado, entre otras cuestiones, la posible diferencia en la atención a hombres y mujeres con alto riesgo cardiovascular. Entre ellos existen diferencias clínicas (en la mujer hay más diabetes mellitus y menos tabaquismo) y terapéuticas (en la mujer se prescriben menos antiagregantes e hipolipidmiantes). Deberíamos procurar no infratratar a las mujeres con alto riesgo cardiovascular (ni a nadie), pero tampoco

sobretrotar a todos aquellos individuos que no presentan un alto riesgo cardiovascular como hacemos con frecuencia.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** MARL

### S-3.511 *La normativa europea y el futuro de los esfigmomanómetros de mercurio en las consultas*

**Autores:** Vinyoles E, Armengol F, Bayó J, Mengual L, Salvadó A, Pepió JM, en representación del Grupo de Hipertensión de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2003; 120(12):460-3

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El mercurio es un contaminante no degradable y bioacumulable que puede producir efectos nocivos para la salud. Por ello, la normativa europea promueve la desaparición a corto plazo de los equipos de biomedicina, como termómetros (prohibida en España su comercialización y puesta en marcha a partir del 30 de junio de 2004) y esfigmomanómetros. Junto al cambio de aparatos, será necesario organizar la recogida y reciclaje de los equipos que se retiren, y disponer de suficientes baterías recargables para evitar la generación de un elevado volumen de pilas para recargar.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** MARL

### S-3.512 *Cómo se puede prevenir y tratar la osteoporosis inducida por glucocorticoides*

**Autores:** Danés I, Bosch M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2003; 120(12): 473-5.

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El tratamiento con glucocorticoides de forma prolongada induce pérdida de masa ósea, proporcional al tiempo de tratamiento y la dosis. Para prevenir la osteoporosis, los pacientes tratados con más de 7,5 mg al día de prednisona durante más de 6 meses deben recibir suficiente aporte de calcio y vitamina D (1g y 500 UI al día respectivamente), recibir la dosis mínima necesaria de glucocorticoides, dejar de fumar y hacer ejercicio físico. En los pacientes de más riesgo podrían ser de utilidad los bifosfonatos.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** MARL

### S-3.513 *Valoración del filtrado glomerular mediante la fórmula peso/creatinina*

**Autores:** Fernández-Fresnedo G, Martín AL, Rodrigo E, Ruiz JC, Sanz S, Arias M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2003; 120(13):485-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La estimación de la función renal suele hacerse mediante el cálculo del aclaramiento de creatinina, que a menudo da valores muy dispares por deficiencias en la engorrosa recogida de orina de 24 horas. En este sencillo y útil trabajo se concluye que la fórmula peso/creatinina, especialmente en personas mayores de 60 años con creatinina entre 1,5 y 3 mg/dl es muy similar al aclaramiento de creatinina. Algo fácil de hacer en nuestras consultas para valorar la función renal de muchos de los pacientes de los que nos consultan, incluso por otros muchos motivos. Si es inferior a 30, sería aconsejable su valoración nefrológica.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** MARL

### S-3.514 *Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting*

**(El 38% de los efectos adversos de los medicamentos es muy grave/mortal)**

**Autores:** Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2003; 289:1107-16

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Utilizamos los medicamentos a manos llenas, casi como mercancías con las que satisfacer el apetito de consumo de los pacientes. Y así, pasa lo que pasa. En este trabajo, gringo, se siguen a 30.397 ancianos (de 65 años y más) atendidos durante un año, y se valoran los efectos adversos de los medicamentos. Tuvieron 1.523 identificados, de los que el 28% (421) fue prevenible. El 38% (578) fue considerado muy grave, amenazante para la vida, o letal. Los medicamentos más peligrosos, los del aparato cardiovascular, diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos, hipoglucémicos y anticoagulantes.

**Referencias bibliográficas:** 46

**Revisor:** JG

### S-3.515 *Association of pediatric dental caries with passive smoking*

**(Los niños fumadores pasivos tienen más caries en sus dientes de leche)**

**Autores:** Alligne CA, Moss ME, Auinger P, Weitzman M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2003; 289:1258-64

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Cuando hacemos una revisión escolar "descubrimos" que la pobreza se asocia a caries dental. ¿Por qué? Hay muchas razones, pero los autores emplean datos de una encuesta gringa de salud para estudiar la asociación entre caries y niveles de cotidina en sangre (por ser fumador pasivo, entre 0,2 y 10 ng/ml). Demuestran una asociación entre el tabaquismo pasivo y la caries de dientes de leche (no en dientes permanentes). No hay dudas en esta muestra de 4 a 11 años, pues corrigen incluso por ingresos familiares y persiste la asociación. Otra razón más, pues, para no fumar ante los niños

**Referencias bibliográficas:** 50

**Revisor:** JG

### S-3.516 *Hemochromatosis patients are untapped source of blood as war, shortages loom*

**(La hemocromatosis como fuente de sangre para transfusiones.)**

**Autores:** Voelker R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2003; 289:1364-6

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** La hemocromatosis es enfermedad infrecuente, por más que sea muy frecuente la alteración congénita (sólo el 1% de los homocigóticos desarrolla la enfermedad). A los pacientes con estadio presintomático se les suele tratar con sangrías, primero semanales y después mensuales y/o trimestrales (con poco fundamento científico). La autora comenta la propuesta estadounidense de usar esa sangre para los bancos y las transfusiones, pues es darle un uso. Ahora EE.UU. se enfrenta claro, a una mayor nece-

sidad de sangre, por las guerras en que se mete. Da pena pensar en los pacientes sangrados.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

### S-3.517 *ABC of antithrombotic therapy. Anticoagulation in hospitals and general practice*

**(La anticoagulación en Inglaterra también es cosa de hematólogos)**

**Autores:** Blann AD, Fitzmaurice DA, Lip GYH.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2003; 326:153-6

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Lo de los anticoagulantes demuestra bien que los especialistas no sueltan las riendas de nada. Sirva de ejemplo este texto, de unos ingleses, que pese al título, da por supuesto que es Hematología quien puede controlar bien a los pacientes anticoagulados. Menos mal que al menos comenta que hay experiencias con buenos resultados incluso con control de fármacos. Al menos insiste en que el paracetamol, como los inhibidores de la recaptación de serotonina, pueden aumentar el INR. No da tiempos de control cuando todo se estabiliza (dos meses y más).

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** JG

### S-3.518 *An observational study comparing 2-hour 75 g oral glucose tolerance with fasting plasma glucose in pregnant women: both poorly predictive of birth weight*

**(La cifra de glucemia en ayunas igual que el test de O'Sullivan para predecir la macrosomía)**

**Autores:** Ouzzilleau C, Roy MA, Lablanc L, Carpentier A, Maheus P.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2003; 168:403-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Nos cuentan de mil maneras que el control "estricto" en la diabetes gestacional disminuye la macrosomía fetal (un resultado intermedio de por sí poco interesante). ¿Es verdad? No, al menos según el estudio de los autores, canadienses. Comparan mujeres de alto y bajo riesgo, tras sobrecarga con 50 g de glucosa y después de 75 g, y comparan las glucemias en ayunas y tras la sobrecarga con el peso del recién nacido. Las glucemias, de cualquier tipo (también en ayunas) ayudan a predecir la macrosomía, pero sólo explican entre el 3 y el 5% de la variabilidad del peso.

**Referencias bibliográficas:** 35

**Revisor:** JG

### S-3.519 *Does screening for gestational diabetes mellitus make a difference?*

**(¿Existe la diabetes gestacional?)**

**Autores:** Semer M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2003; 168:429-31

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Somos muchos los que creemos que la diabetes gestacional diagnosticada con sobrecargas de glucosa no es una enfermedad, sino una brutalidad. El autor del editorial, obstetra canadiense, comenta el artículo previo (S-3.518) y deja claro que

tampoco la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canadá recomienda tal brutalidad indiscriminada (acepta un punto intermedio y sugiere el cribaje de las mujeres de "alto riesgo"). Lo que parece es que el peso del feto se asocia a cosas tan simples como peso de la madre al quedarse embarazada o engorde de la madre a lo largo del embarazo.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** JG

### S-3.520 *The relevance of population health indicators*

**(La mortalidad infantil, un buen indicador sanitario)**

**Autores:** Robine JM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Epidemiol Community Health 2003; 57: 318

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Es difícil medir la salud de la población y el impacto en la misma de los servicios de salud. Una medida simple es la mortalidad infantil. Otra, más compleja, los años de vida ajustados por calidad, AVAC (ahora "años de expectativa de vida sana" AEVA). El autor del editorial, francés, comenta un artículo [S-3.522] en el mismo número de la revista en que se comparan la mortalidad infantil con los AEVA. Lo sorprendente, desde el primer trabajo, es que hay una correlación perfecta entre los AEVA, y la expectativa de vida al nacer. La conclusión es centrar el interés en el simple indicador de la mortalidad infantil.

**Referencias bibliográficas:** 46

**Revisor:** JG

### S-3.521 *Infant mortality is not an adequate summary measure of population health*

**(Mejor indicadores sanitarios de calidad que de cantidad)**

**Autores:** Mathers CD, Salomon JA, Murray CJL

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Epidemiol Community Health 2003; 57: 319

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las cuestiones estadísticas admiten siempre, como mínimo, dos puntos de vista. En este editorial los autores, de la OMS en Ginebra, discrepan de los resultados del artículo [S-3.522] comentado en el editorial previo. El argumento es que la simple correlación estadística dice poco. Ponen de ejemplo la comparación entre la India y Zimbabue, países con una mortalidad infantil similar, de 63 por 1.000, pero con una expectativa de vida al nacer muy diferente. Los autores concluyen insistiendo en que es importante medir la calidad.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** JG

### S-3.522 *Infant mortality rate as an indicator of population health*

**(Correlación casi perfecta entre mortalidad infantil y años de expectativa de vida sana)**

**Autores:** Reidpath DD, Allotey P.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Epidemiol Community Health 2003; 57:344-6

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Las cosas simples suelen provocar el rechazo entre las mentes complicadas. ¿Por qué? Nadie lo sabe, pero los autores, australianos, comparan los datos sobre mortalidad infantil y AEVA (AVAC) de 180 países, procedentes de publicaciones

la OMS y del Banco Mundial. Hay una fuerte correlación lineal (0,91), de forma que los países con bajísima mortalidad infantil tienen AEVA por encima de lo esperado. Concluyen insistiendo en la bondad y simplicidad (estadística y mental) del indicador "mortalidad infantil", que resume y sintetiza un poco todo el esfuerzo social y médico acerca de la salud de la población.

**Referencias bibliográficas:** 6

**Revisor:** JG

## S-3.523 *Brucelosis aguda en Siria*

**Autores:** Askar F, Hussein R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Investig Clin* 2003; 6:16-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Vivimos al son que nos tocan. Ahora, el son de EEUU, tanto en la payasada de la invasión de Irak, como en otras muchas acerca de ciencia y medicina. Por eso da gusto leer este trabajo, de dos médicos sirios, que hablan de algo rutinario todavía en los países mediterráneos sin desarrollar, la brucelosis. Presentan 63 enfermos atendidos durante el año 2001, con una cuadro de fiebre, artromialgias y cefalea, más esplenomegalia. La efectividad del tratamiento es similar, con doxiciclina y estreptomina, o con doxiciclina y rifampicina (tasas de curación respectivas, 93% y 90%).

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** JG

## S-3.524 *Regeneración ósea*

**Autores:** Rosen C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Investig Ciencia* 2003; 320:50-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** A veces conviene leer un resumen para el gran público, como forma de saber qué saben nuestros pacientes cultos (y para aprender, todo hay que reconocerlo). En este trabajo se repasa la osteoporosis, con palabras sencillas pero con todo rigor científico; es un texto que puede darse a los pacientes interesados. Se aprovecha un caso clínico (paciente de 72 años, mujer, con dolor intenso interescapular) para hacer una revisión sobre la osteoporosis. El autor deja claras las ventajas de los bifosfatos sobre cualquier otro tratamiento. Además, hace hincapié en la mortalidad subsiguiente a la fractura de cadera, algo que solemos olvidar.

**Referencias bibliográficas:** 3

**Revisor:** JG

## S-3.525 *Socioeconomic status and breast cancer in Denmark*

**(Mayor incidencia y mortalidad del cáncer de mama en mujeres de clase alta)**

**Autores:** Dano H, Andersen O, Ewertz M, Petersen IH, Lynge E

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Internat J Epidemiol* 2003; 32:218-24

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los ricos también sufren y mueren (pero menos y más tarde). Por ejemplo, el cáncer de mama es más frecuente en mujeres de clase alta. Los autores, daneses, siguen a casi millón y medio de mujeres danesas, hasta 25 años, para valorar la incidencia y mortalidad del cáncer de mama. Demuestra más incidencia y mayor mortalidad en las clases altas (máximo en profesoras o esposas de profesores) y mínima en agricultoras o

mujeres de agricultores. La incidencia ha aumentado un 38%, (el 45% en obreras manuales y el 26% en profesoras).

**Referencias bibliográficas:** 36

**Revisor:** JG

## S-3.526 *Imaging and biological function in health and disease*

**(Las nuevas técnicas de imagen en el estudio de la fisiopatología)**

**Autores:** Hirsch J.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Clin Invest* 2003; 111:1440-3

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Las técnicas de imagen han avanzado a lo largo de los siglos, desde la lupa a la resonancia magnética nuclear (RMN) y otras. En este artículo, de un gringo que trabaja en un servicio de RMN funcional, se presenta una nueva serie acerca de técnicas médicas de imágenes que saldrá en la revista *J Clin Invest*. Lo interesante es la aplicación de técnicas muy finas al estudio de la anatomía y la función. Por ejemplo, del análisis del cerebro de los drogadictos; o del resultado del tratamiento farmacológico en enfermedades mentales. No se excluyen los aspectos éticos, como los que generan la proliferación de ofertas de "TAC corporal", para sanos preocupados, un filón en EE.UU.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** JG

## S-3.527 *A matter of life and death: cardiac myocyte apoptosis and regeneration*

**(Los miocitos nacen y mueren, como todas las células)**

**Autores:** Nadal-Ginard B, Kajstura J, Anversa P, Leri A.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Clin Invest* 2003; 111:1457-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Hay dogmas y dogmas. Excepto el de que todos morimos, innegable hasta ahora, los demás no son tal. Los autores comentan, por ejemplo, la caída del dogma que veía al corazón como un conjunto de células maduras sin capacidad de reproducción. No hay tal, pues existen células madre en el tejido cardíaco con capacidad de regenerar el tejido muscular. A veces falla la regeneración y eso hace importante el estudio de la apoptosis, la muerte celular. La apoptosis difusa de miocitos es más perniciosa que la sectorial. Es decir, la muerte de hasta el 50% de los miocitos tras un infarto por oclusión arterial equivale a la pérdida difusa en todo el corazón del 20%.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

## S-3.528 *The future of association studies of common cancers*

**(El cáncer en familia depende poco de los genes conocidos)**

**Autores:** Houlston RS, Peto J.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Hum Genet* 2003; 112:434-5

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** La formación en genética es deficiente, así que conviene ir la mejorando antes de que nos llegue la avalancha del "diagnóstico genético". Los autores de esta carta al director, ingleses, sintetizan en dos páginas mucho de lo que hay sobre el riesgo de padecer un cáncer si lo ha padecido algún familiar cercano. En general se dobla la probabilidad, pero no sabemos



bien el porqué. No son los genes conocidos, desde luego. Por ejemplo, para el cáncer de mama las mutaciones del *BRCA1* y *BRCA2* sólo responden de aproximadamente un 20% del doble del aumento de la probabilidad de tener cáncer o un familiar lo ha tenido.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

### **S-3.529** *Comparison of 10 mg and 5 mg warfarin initiation nomogram together with low-molecular-weight heparin for outpatient treatment of acute venous thromboembolism. A randomized, double-blind, controlled trial*

**(10 mg de warfarina, muy útil para empezar)**

**Autores:** Kovacs MJ, Rodger M, Anderson DR, Morrow B, Kells G, Kovacs J et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2003; 138:714-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Lastimosamente se investiga poco sobre cosas prácticas. Por ejemplo, ¿cómo anticoagular a los pacientes con tromboembolismo? Los autores, canadienses, hacen un ensayo clínico con 201 pacientes con diagnóstico confirmado (embolia pulmonar o trombosis venosa profunda). En todos los casos emplean los cinco primeros días heparina de bajo peso molecular, y comparan 5 mg frente a 10 mg de warfarina. Los 10 mg permiten controlar el INR al quinto día mucho mejor que los 5 mg (83% contra 46% bien controlado).

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** JG

### **S-3.530** *Manganese: a high-octane dispute*

**(La toxicidad del manganeso de las gasolinas)**

**Autores:** Kaiseer J.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Science* 2003;300:926-8

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El manganeso es un elemento esencial, imprescindible en el corazón y los huesos, y sin el que los niños dejan de crecer. El exceso de manganeso se elimina por el hígado. Lo malo es el manganeso inhalado, como revisa la autora, pues de la circulación pulmonar pasa a la general, al cerebro, cruza la barrera hematoencefálica y se deposita en los núcleos extrapiramidales. La intoxicación lleva a un cuadro parkinsoniano. ¿Qué pasa con el manganeso que ahora llevan las gasolinas, al haber eliminado el plomo? Pues no se sabe muy bien, pero cada vez se marca un límite más bajo a los niveles tolerables.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

### **S-3.531** *Boon and bane of metal ions in Medicine*

**(El papel de los metales en fisiología, patología, tratamiento y diagnóstico)**

**Autores:** Thompson KH, Orvig C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Science* 2003;300:936-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** No hay sustancia que no sea venenosa: "todo depende de la dosis" dijo Paracelso en el siglo XVI. Los autores de

este trabajo, canadienses, revisan el papel de los metales en la bioquímica fisiológica y patológica, y citan al médico suizo del Renacimiento. Sabemos mucho del hierro y del cinc, pero menos del selenio. El uso de la química inorgánica es fundamental para comprender la fisiología, pero también la patología. Así, la cisplastina ha ayudado a bajar la mortalidad por cáncer de testículo de casi el 100% a menos del 10%. Además, los metales tienen uso diagnóstico, con lo que cubren el espectro entero.

**Referencias bibliográficas:** 33

**Revisor:** JG

### **S-3.532** *From case-based reasoning to problem-based learning*

**(Las ventajas del aprendizaje basado en problemas)**

**Autores:** Eshach H, Bitterman H.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Acad Med* 2003; 78:491-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La enseñanza de la Medicina es un fracaso que requiere seis años de enseñanza básica y como mínimo otros tres de especialización. ¿Por qué tantos años? En parte porque los métodos de enseñanza son pésimos. Los autores, israelíes, hacen un estudio teórico acerca de las ventajas del método de resolución de problemas, y lo comparan con el más habitual del basado en casos clínicos. La cuestión de fondo es que la Medicina no es una ciencia y los médicos empleamos métodos resolutivos y eficaces, pero muchas veces acientíficos.

**Referencias bibliográficas:** 33

**Revisor:** JG

### **S-3.533** *Is virtual the same as real? Medical students' experiences of a virtual patient.*

**(Los pacientes "virtuales" útiles pero frustrantes)**

**Autores:** Bearman M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Acad Med* 2003; 78:538-45

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los ordenadores son una ayuda al estudio en Medicina. En este caso un profesor australiano entrevista en profundidad a 12 estudiantes acerca de un "paciente virtual", que se refiere a un paciente difícil por problemas psicológicos. Los estudiantes apreciaron las dificultades de enfrentarse a un paciente difícil, y se hizo evidente el peso de sus propias vivencias y actitudes ante la vida. Pero hicieron notar que el caso era "rígido", frustrante por poco real.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

### **S-3.534** *¿Qué información tienen los pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca sobre su tratamiento?*

**Autores:** García P, Montoto C, Reyes N, García L, Agudo P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *An Med Interna (Madrid)* 2003;20:59-62

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Cada vez tenemos más pacientes con insuficiencia cardíaca, por aumento de la incidencia y de la prevalencia, así que vale la pena "perder" el tiempo y lograr que los pacientes sepan algo de un síndrome grave. Pero los pacientes saben poco de su enfermedad y de su tratamiento, como demuestran los autores, madrileños. Entrevistaron a 75 pacientes ingresados en su hospital (Gregorio Marañón) tanto sobre los síntomas que requieren atención como sobre los medicamen-

tos. La amplia mayoría desconoce, por ejemplo, los efectos secundarios de los diuréticos (56%), de la digoxina (65%) y de los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) (80%). Los pacientes tienen claro que los edemas y la disnea requieren consulta con el médico (99%), pero prestan poca atención a la diuresis y la ingesta hídrica (50%).

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** MPF

### S-3.535 *Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women. The Women's Health Initiative Memory Study (WHIMS): a randomized controlled trial.*

**(Las hormonas en el tratamiento de la menopausia aumentan el riesgo de demencia)**

**Autores:** Shumaker SA, Legault C, Rapp SR, Thal L, Wallace RB, Ockene JK, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2003;289:2651-62

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los autores, gringos, hacen un ensayo clínico para contestar a una pregunta que no merecía respuesta. Pero, puesto que hay quien cree que las hormonas en la menopausia (los parches) no son peligrosos y pueden disminuir la demencia, está bien este trabajo. Forma parte de otro más general, y se ha estudiado el efecto de las hormonas en la menopausia. Al cabo de los cuatro años la demencia se manifiesta en las participantes (4.532 en total, de 65 años o más, al comienzo sanas mentalmente) con más frecuencia en el grupo de tratamiento (40 pacientes, el 66%) que en el grupo control (21, el 34%). Es decir, hormonas en la menopausia, no gracias.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** MPF

### S-3.536 *Hormone therapy and the brain. Déjà vu all over again?*

**(La terapia hormonal en la menopausia aumenta la demencia y los ictus)**

**Autores:** Yaffe K

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2003;289:2717-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La autora revisa los tres artículos de ese número de JAMA sobre el ensayo clínico con terapia hormonal en la menopausia (se incluye el comentado previo, S-3.535). No hace un juicio riguroso pero queda claro que las hormonas al cabo de cuatro años disminuyen el estado mental, aumentan la incidencia de las demencias (el riesgo lo doblan) y de los ictus (un 31%, tanto isquémicos como hemorrágicos). Lo lógico es usar dicho tratamiento durante períodos cortos y para síntomas incoercibles, como sofocos que impiden llevar una vida normal.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** MPF

### S-3.537 *Microscopic hematuria*

**(Hematuria microscópica)**

**Autores:** Cohen RA, Brown RS

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med 2003;348:2330-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El hallazgo de una hematuria asintomática nos enfrenta a un reto clínico que intentan resolver los autores. Lo lógico es repetir el análisis a los pocos días, y valorar la función renal. Si todo es normal, no hay mucho más que hacer, aunque el algoritmo que se presenta en el artículo es muy agresivo. Sin embargo, dan datos muy interesantes, como el poco valor pronóstico de la hematuria en el cáncer de vejiga y de riñón. Entre los pacientes de riesgo se incluyen a los fumadores y a muchos otros, entre los que se cuentan a los que han ingerido plantas utilizadas para los regímenes de adelgazamiento en las herboristerías.

**Referencias bibliográficas:** 42

**Revisor:** MPF

### S-3.538 *Control de la presión arterial de los pacientes diabéticos en el ámbito de atención primaria. Estudio DIAPA.*

**Autores:** García O, Lozano JV, Vegazo O, Jiménez FJ, Llisterri JL, Redón J, en representación de los investigadores del Estudio DIAPA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2003; 120(14):529-34

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Últimamente se están publicando numerosos trabajos relacionados con el grado de control de diversas patologías crónicas, principalmente en las que disponemos de fármacos más o menos eficaces para lograrlo (muchos de ellos apoyados por la industria, con sus lógicos intereses). En este participaron 90 investigadores, con 875 pacientes diabéticos; el 66,7% eran además hipertensos conocidos, de los cuales sólo el 13,6% tenían un control óptimo de su tensión arterial (cifras inferiores a 130/85 mmHg). El mal control se debió sobre todo a la tensión arterial sistólica, con una media de 139,2 mmHg. (no "óptima", pero tampoco demasiado elevada ¿no?).

**Referencias bibliográficas:** 45

**Revisor:** MARL

### S-3.539 *Predicción clínica de los signos endoscópicos de hemorragia alta activa o reciente*

**Autores:** Montero FJ, del Campo P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2003; 120(16): 601-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La hemorragia digestiva alta es relativamente frecuente, y en ocasiones grave. Su diagnóstico definitivo suele hacerse por endoscopia. Los autores de este trabajo, de la Universidad de Córdoba, desarrollan un modelo matemático para ver si pueden predecir, con datos clínicos y analíticos (shock, aumento de uremia, hematemesis, bebedor, consumo de AINEs, etc) la presencia de hemorragia activa o reciente, previo a la endoscopia. Y la respuesta, es negativa (sólo sirve de orientación). Así que en la práctica clínica, en estos pacientes, la endoscopia sigue siendo ineludible.

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** MARL

### S-3.540 *Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000.*

**Autores:** Aranceta J, Pérez C, Serra LL, Ribas L, Quiles J, Vioque J et al, y el Grupo Colaborativo para el Estudio de la Obesidad en España

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2003; 120(16):608-12

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** A partir de los datos de varias encuestas nutricionales realizadas en la última década en distintas Comunidades Autónomas, se estima que la prevalencia de obesidad en España entre los adultos de 25 a 60 años es del 14,5%, siendo mayor en mujeres mayores de 45 años y de bajo nivel educativo. En mujeres mayores de 55 años, 1 de cada 3 es obesa (33,9%). Por regiones, la obesidad es mayor en Galicia y Andalucía, y menor en Aragón y Cataluña. Teniendo en cuenta la influencia de la obesidad en la salud, son imprescindibles la adopción de medidas preventivas y de tratamiento (que sean eficaces...).

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** MARL

### S-3.541 *Estudio multicéntrico prospectivo de reacciones adversas a medicamentos en pacientes ancianos hospitalizados*

**Autores:** Vilá A, San José A, Roure C, Armadans LL, Vilardell M y Grupo para el estudio de las Reacciones Adversas a Medicamentos en pacientes mayores hospitalizados

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2003; 120(16): 613-8.

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) son bastante frecuentes, máxime en pacientes ancianos hospitalizados, como se constata en este trabajo, en el que de los 865 pacientes incluidos en el estudio, presentaron RAM casi un 10%, relacionado principalmente con la polimedicación y la alteración del nivel de conciencia. La mayoría de las reacciones fueron de gravedad moderada, y lo más importante, la mitad habrían sido evitables. La disminución de la polimedicación en los ancianos sin duda contribuirá a disminuir las RAM.

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** MARL

### S-3.542 *Preventing and treating influenza. Neuraminidase inhibitors are clinically effective but have limitations*

**(Mejor vacunar que tratar la gripe)**

**Autores:** Stöhr K.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003; 326:1223-4

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La gripe mata a ancianos y a pacientes crónicos, pero no es de lo peor que tenemos. Lo lógico es vacunar a los grupos de riesgo. El autor del editorial, que trabaja en la OMS-Ginebra, comenta un artículo del mismo número de la revista en el que se demuestra la utilidad de los inhibidores de la neuraminidasa (zanamivir y oseltamivir) en pacientes jóvenes sanos. La cuestión es que frente al medicamento la vacunación es mucho más eficaz. Por eso los inhibidores de la neuraminidasa sólo se han introducido en Japón y EE.UU.

**Referencias bibliográficas:** 4

**Revisor:** JG

### S-3.543 *Opportunistic screening for Chlamydia at a community based contraceptive service for young people*

**(La infección por clamidia, fácil de diagnosticar con una muestra de orina)**

**Autores:** Moens V, Baruch G, Reardon P.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003; 326:1252-5

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La calidad no solo depende de hacer bien las cosas que hacemos, sino de hacer bien lo que hacemos y lo que no hacemos y deberíamos hacer. Ello lo demuestran muy bien los autores, ingleses, que llevan una clínica de planificación familiar y mejoran su servicio al ofrecer a las chicas hasta 19 años una prueba diagnóstica de clamidias a través de la determinación en la orina. Efectivamente, la población responde y se trata a un montón de chavalas que querían consejo sexual/de planificación, con un simple gramo de azitromicina.

**Referencias bibliográficas:** 6

**Revisor:** JG

### S-3.544 *Treating head lice*

**(Los niños con piojos deben seguir yendo normalmente a la escuela)**

**Autores:** Nash B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003; 326:1256-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los piojos eran plaga cuando éramos más pobres, pero nos siguen acompañando ahora que somos ricos. ¿Qué hacer? Este texto está dirigido tanto a médicos como a pacientes, y es de los que se reparte a los pacientes cubiertos por una aseguradora yanqui. Lo interesante es que incluye varias opiniones y que deja claro que mandar a los niños con piojos a casa no ayuda en nada; tampoco ayuda cortar el pelo y sirve de poco peinar con lendreras. Lo que es útil ya lo sabemos: malatión, lindano, permetrina y piretrinas.

**Referencias bibliográficas:** 1

**Revisor:** JG

### S-3.545 *Long term outcome after poliomyelitis in different health and social conditions*

**(Las secuelas de la poliomielitis se combaten con buena rehabilitación)**

**Autores:** Rekand T, Korv J, Farbu E, Roose M, Gilhus NE, Lange-land N et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:368-72

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La poliomielitis suele dejar secuelas físicas que requieren rehabilitación. ¿Hasta qué punto mejora la prevención terciaria el uso de buenos servicios de rehabilitación? Los autores, noruegos, hacen un bonito estudio, tras localizar a 148 noruegos que tuvieron poliomielitis entre 1950-1954 y compararlos con 128 estonios que la tuvieron en 1958. El reconocimiento y la entrevista se hizo en 1998. Se demuestra que trabajan más noruegos, que estonios. Parece que la capacidad de llevar una vida plena no depende tanto del impacto de la enfermedad cuanto de la calidad de la rehabilitación.

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** JG

### S-3.546 *Interobserver agreement in the histologic diagnosis of colorectal polyps: the experience of the multicenter adenoma colorectal study (SMAC).*

(El diagnóstico anatomopatológico de los pólipos de colon: una cuestión cualitativa)

**Autores:** Constantini M, Sciallero S, Giannini A, Gatteschi B, Rinaldi P, Lanzaova G et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Clin Epidemiol 2003; 56:209-14

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Cada día se hacen más colonoscopias y se extirpan más pólipos. Es decir, cada día hay más pólipos en el microscopio del anatomopatólogo. Los autores, italianos, se preguntan hasta qué punto es válido el diagnóstico microscópico. Para el estudio seleccionan 100 portas de 4.889 pólipos extirpados y estudiados, y se los pasan a cuatro anatomopatólogos. El acuerdo es bueno respecto a la diferenciación entre hiperplasia y adenoma; el grado de acuerdo es malo para el grado de displasia de los adenomas. De nuevo, la subjetividad es importante en la anatomía patológica de una lesión.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

### S-3.547 *How to measure comorbidity: a critical review of available methods*

(Cómo valorar la comorbilidad)

**Autores:** Groot V, Beckerman H, Lankhorst G, Bouter LM.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Clin Epidemiol 2003; 56:221-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Una de las características de la Medicina General es la atención de pacientes con múltiples enfermedades. El problema es que los médicos generales hemos trabajado poco esa cuestión. Los autores, holandeses, analizan todos los artículos sobre métodos para valorar la presencia y el impacto de la comorbilidad, publicados entre 1966 y 2000. Al final identifican 13 métodos, de los que salvan y recomiendan tres: a) el índice de Charlson, para predecir la mortalidad, b) el índice de Enfermedades Asociadas, para valorar el resultado en incapacidad y mortalidad y c) el índice de Kaplan, específico para investigación en diabéticos.

**Referencias bibliográficas:** 63

**Revisor:** JG

### S-3.548 *A grey zone for quantitative diagnostic and screening test*

(Entre el positivo y el negativo en las pruebas diagnósticas y de cribaje)

**Autores:** Coste J, Pouchot J.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Internat J Epidemiol 2003; 32:304-13

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** La medicina es otra forma de aplicar las Matemáticas, a través de la Estadística. Por ello hay que estar dispuestos a enfrentarse de vez en cuando a consideraciones matemáticas. Los autores, franceses, hacen un estudio precioso acerca de la zona "gris", intermedia, en la que se incluyen muchos resultados de pruebas diagnósticas generales y de cribaje. Proponen un método para va-

lorar esos resultados que caen entre el sí y el no, tan frecuentes en la práctica clínica. Aplican el método a la lectura de la prueba de la tuberculina y da un bonito juego.

**Referencias bibliográficas:** 26

**Revisor:** JG

### S-3.549 *A host of novel agents for treating psoriasis, psoriatic arthritis stir interest*

(La modulación inmunológica en el tratamiento de la psoriasis)

**Autores:** Lamberg L.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2003; 289:2779-83

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Los dermatólogos comparten con los médicos generalistas su desconocimiento ante cosas tan frecuentes como el eccema y la psoriasis. Lo malo de la psoriasis es su complicación con artritis, o su mal efecto cosmético. En este trabajo se comenta la aprobación por la FDA gringa de un nuevo tipo de medicamento, un modulador inmunogénico. Se trata del alefacept (antes del etanercept), muy caro pero eficaz en los casos que evolucionan mal. Su mecanismo de acción implica la acción sobre la actividad patológica de los linfocitos T, lo que resuelve a largo plazo el problema.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

### S-3.550 *Rapid magnetic resonance imaging versus radiographs for patients with low back pain. A randomized controlled trial*

(La resonancia magnética nuclear lleva a más cirugía lumbar innecesaria)

**Autores:** Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, Emerson SS, Gray DT, Overman S et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2003; 289:2810-8

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** La alta tecnología se implanta sin darnos cuenta de que es más bien alta "cacharrería". Con tanto cacharro las cosas pueden incluso empeorar. Los autores, gringos, hacen un ensayo clínico con pacientes con dolor lumbar a los que sus médicos les piden estudio radiológico (ya sabemos que en general es inútil). Comparan la radiografía simple lumbar con la realización de RMN. A los 12 meses del estudio de imagen se valora a los pacientes y no se demuestran diferencias clínicas, salvo que hay 10 operados entre los sometidos a RMN (de 167) y sólo 4 en los sometidos a radiología simple (de 170).

**Referencias bibliográficas:** 39

**Revisor:** JG

### S-3.551 *MRI for regional back pain. Need for less imaging, better understanding*

(¿Dolor lumbar? No uses rayos ni imágenes, salvo signos de alarma)

**Autores:** Hadler NM.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2003; 289:2863-5

**Calificación:** Excepcional

**Comentario:** Con el dolor de espalda no hay quien pueda. Quiero decir, con los médicos que deciden no atender como se debe



a los pacientes con dolor lumbar. El autor del editorial, yanqui, comenta el artículo previo [S-3.550] en el que se demuestra que la RMN no mejora el resultado en el paciente con lumbalgia; de hecho lo empeora, pues se asocia a más intervenciones quirúrgicas (inútiles). Es un editorial para traducir y ponerlo en la sala de espera de los pacientes y en la de reunión de los médicos. El conocimiento de la patología anatómica de la columna lumbar no mejora sino empeora el pronóstico de la lumbalgia.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** JG

### **S-3.552** *Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents. A network. meta-analysis.*

**(Para tratar la hipertensión, lo mejor los diuréticos)**

**Autores:** Psaty BM, Lumley T, Furberg CD, Schellenbaum G, Pahor M, Alderman MH et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2003;289:2534-44

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** La hipertensión no es una enfermedad sino un factor de riesgo. En su tratamiento deberíamos ser muy prudentes, para evitar hacer daño (puesto que lo que se pretende es evitar la complicación no puede ser que el tratamiento y su seguimiento sea más peligroso que la complicación a evitar). En este trabajo se emplea una nueva técnica de meta-análisis para revisar 42 ensayos clínicos en los que se siguieron a casi 200.000 pacientes. Respecto a todos los resultados los diuréticos a bajas dosis son mejor que los demás medicamentos; disminuyen más la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, otras complicaciones cardíacas, los ictus y la mortalidad total.

**Referencias bibliográficas:** 95

**Revisor:** JG

### **S-3.553** *Use of Read codes in diabetes management in a south London primary care group: implications for establishing disease registers.*

**(No es fácil el registro y codificación de la patología crónica)**

**Autores:** Gray J, Orr D, Majeed A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2003;326 1130-2

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La existencia de clasificaciones no garantiza por sí misma su utilización correcta. Los autores demuestran con un ejemplo concreto, en Londres, la dificultad de registrar algo tan sencillo como la diabetes. Los ingleses emplean el Código de Read que permite un gran nivel de fineza en el registro. Al estudiar su utilización en 17 centros de salud con una población de casi 100.000 personas, encuentran por métodos diversos, a los 2.512 diabéticos diagnosticados. De éstos, el código C10 (diabetes mellitus) se había asignado entre el 14% y el 98%, según el centro. En total el 45% tenía asignado un código a su diabetes.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG