

Con la colaboración de



S-3.602 Letting antibodies get to your head

(Autoanticuerpos en la corea de Sydenham)

Autores: Fujinami R, Sweeten TL

Revista/Año/Vol./Págs.: Nature Med 2003;9:823-5

Calificación: Bueno

Comentario: Los autores, estadounidenses, comentan un trabajo experimental publicado en el mismo número que explica, al menos en parte, el mecanismo patológico en la corea de Sydenham. La clave es la producción de autoanticuerpos, como reacción a antígenos del estreptococo betahemolítico del grupo A, que tienen capacidad de unirse a determinados glucolípidos de la membrana de las neuronas. Así se altera la actividad neuronal al activar una proteinasa II dependiente de calcio y calmodulina. Dichos autoanticuerpos aumentan en el líquido cefalorraquídeo durante la fase aguda de la corea de Sydenham.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: MPF

S-3.603 Tap into Science 24-7

(Se precisa difusión de información científica que ayude a tomar decisiones al público y a los políticos)

Autores: Sejnowski TJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: Science 2003;301:601.

Calificación: Muy bueno

Comentario: Duele ver en los medios de comunicación algo científico mal interpretado, y más si es tuyo, como le ha pasado al autor. Ha desarrollado un método para identificar por ordenador, automáticamente, expresiones faciales. En teoría, y en el futuro, podría aplicarse a métodos de control de pasajeros y otros problemas de seguridad. Pero, para su sorpresa, se ha dado por hecho que ya funciona y sirve para tal cometido. Por ello hace una reflexión amarga acerca de la toma de decisiones sin contenido científico en EE.UU. y pide que se cree una cadena de televisión por cable que transmita todo el día información científica de calidad y entendible.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MPF

S-3.604 Social inequalities in mortality in a retrospective cohort of civil servants in Barcelona

(Poca diferencia de clases en la mortalidad de los empleados del Ayuntamiento de Barcelona)

Autores: Borrell C, Cortés I, Artazcoz L, Molinero E, Moncada S

Revista/Año/Vol./Págs.: Internat J Epidemiol 2003;32:386-9

Calificación: Bueno

Comentario: Las diferencias de clase existen, pero los resultados no son siempre los esperados, como les ha sucedido a los autores, barceloneses. Estudian la mortalidad de todos los emplea-

dos del Ayuntamiento, entre 1994 y 1993 (11.647 varones y 9.001 mujeres). Curiosamente, hay poca diferencia de clases entre las mujeres, y las diferencias en los hombres no son las esperadas. Como es natural, hay más mortalidad entre las clases bajas por cáncer, y por lesiones, pero hay menos mortalidad por enfermedad coronaria. Los autores aducen el probable pluriempleo de los profesionales universitarios.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: MPF

S-3.605 The evolving pattern of avoidable mortality in Russia

(Muchos rusos mueren por causas evitables y tratables médicalemente)

Autores: Andreev E, Nolte E, Shkolnikov VM, Varavikova E, McKee M

Revista/Año/Vol./Págs.: Internat J Epidemiol 2003;32:437-446

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los estudios sobre mortalidad evitable han perdido atractivo, como si ya se hubiesen resuelto los problemas que demuestran. Es importante este trabajo ruso (con la colaboración de la Escuela de Salud Pública de Londres) ya que se compara la mortalidad que puede evitarse médicalemente, y la que se puede prevenir por la colaboración intersectorial, en Rusia y el Reino Unido, desde 1965 a 2000. Las muertes médicalemente evitables han sido estables o han empeorado en Rusia (a mitad de los noventa), y han disminuido a la mitad en el Reino Unido. Respecto a las muertes prevenibles por colaboración intersectorial, eran más frecuentes en el Reino Unido en 1965, pero han ido disminuyendo mientras en Rusia han ido aumentando.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: MPF

S-3.606 Raquitismo carencial en la infancia; análisis de 62 casos

Autores: Yeste D, Carrascosa A, en representación del Grupo Interhospitalario para el Estudio del Raquitismo Carencial en Cataluña (GIERCC)

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003; 121(1):23-7

Calificación: Bueno

Comentario: Hay enfermedades que nos parecen ya "antiguas". Por eso es bueno este artículo, en el que se nos recuerda que el raquitismo carencial infantil existe, sobre todo en lactantes y niños inmigrantes de raza negra o piel oscura procedentes del África subsahariana y Marruecos, con lactancia materna exclusiva, sin suplementos de vitamina D y escasa exposición solar. En estos niños debe darse de forma preventiva suplementos de vitamina D. La forma de presentación del raquitismo en los menores de 6 meses fue la tetanía, en los de 6-12 meses el estancamiento pondoestatural y en los mayores de 1 año las deformidades óseas esqueléticas.

Referencias bibliográficas: 66

Revisor: MARL

S-3.607 *Tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad*

Autores: Fernández RA

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003; 121(1):36

Calificación: Bueno

Comentario: Carta al editor apoyando el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) con fluorquinolonas (en particular levofloxacino), por la adecuada sensibilidad de los microorganismos más frecuentemente responsables, alto porcentaje de curación clínica, presentación para administración intravenosa y oral (lo que permite la terapia secuencial y acortar la estancia hospitalaria), buena tolerancia clínica y relación coste-beneficio. Debemos recordar, que, en general, ni la clínica ni los hallazgos radiológicos o de laboratorio pueden ser usados para establecer el diagnóstico etiológico de la NAC con adecuada sensibilidad y especificidad.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: MARL

S-3.608 *Detección precoz del cáncer de pulmón por tomografía computarizada de baja dosis de radiación: resultados de una muestra de 150 individuos asintomáticos*

Autores: Bastarrika G, Puedo JC, Lozano MD, Montuenga L, Zulueta JJ

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003; 121(2): 41-7

Calificación: Informativo

Comentario: El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte tumoral en el varón, suele diagnosticarse en fases avanzadas y su pronóstico en general es malo. Por eso son lógicos los intentos para diagnosticarlo en fases más tempranas, para intentar aumentar su supervivencia. En este trabajo se exponen los resultados esperanzadores de este grupo de Navarra, realizando TC de baja dosis de radiación a personas asintomáticas con factores de riesgo para desarrollar cáncer de pulmón; si había nódulos pulmonares no calcificados de menos de 10 mm se les realizaba tomografía computarizada convencional y en caso de nódulo de más de 10 mm, potencialmente maligno, tomografía por emisión de positrones. Todavía, algo experimental.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: MARL

S-3.609 *Transmisión de Streptococcus pneumoniae en una residencia de ancianos: análisis de un brote epidémico.*

Autores: Guimba J, Vergara A, Aspiroz C, Aldea MJ, Lázaro MA, Alberto MJ, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003; 121(2):48-52

Calificación: Bueno

Comentario: El pasar la última fase de la vida en una residencia de ancianos cada vez es más frecuente. La diseminación de enfermedades infecciosas en este contexto es más fácil. En este artículo se describe un brote epidémico de neumonía neumocócica en 20 de las 232 personas que vivían en una residencia de ancianos, con cuatro fallecimientos. Con quimioprofilaxis y vacunación a todos los residentes, el número de enfermos disminuyó drásticamente, controlándose el brote. Se destaca el papel de la serología en orina para la detección de estos brotes epidémicos y la utilidad preventiva de la vacuna.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: MARL

S-3.610 *Safety and feasibility of posthospital thrombolysis carried out by paramedics*

(El diagnóstico de infarto por/paramédicos)

Autores: Keeling P, Hughes D, Price L, Shaw S, Barton A.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003; 327:27-8

Calificación: Bueno

Comentario: No es fácil acertar en el 100% de los casos de infarto agudo de miocardio con elevación de ST, aunque es un diagnóstico fácil. Los autores valoraron la precisión diagnóstica de las enfermeras de las ambulancias para el diagnóstico de infarto ante un cuadro de dolor precordial. Obtuvieron datos de 861 casos, con 118 diagnósticos por las enfermeras y 84 "verdaderos" (por los cardiólogos); la sensibilidad fue del 71%, la especificidad del 97%. Fue muy difícil conectar vía teléfono móvil para transmitir el electrocardiograma.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-3.611 *Prehospital thrombolysis. Will pave the way for accelerated management of acute myocardial infarction*

(Fibrinólisis prehospitalaria)

Autores: Prendergast BD.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003; 327:1-2

Calificación: Bueno

Comentario: Ya no se discute si hay algún infarto de miocardio que no requiere ni ingreso, ni trombólisis, ni angioplastia. Pero los hay. Los pacientes con infarto que "merecen" la trombólisis deberían recibirla en menos de 60 minutos desde el comienzo de los síntomas. El editorialista es cardiólogo, inglés, y comenta los dos artículos previos, de cardiólogos ingleses. Sobramos los médicos generales. Entre los "ambulancieros" y los cardiólogos intervencionistas parece que se pueden lograr tiempos de menos de 52 minutos (contra 125 minutos en áreas rurales comparables, u 80 minutos en áreas urbanas).

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-3.612 *Prospective observational cohort study of time saved by pre-hospital thrombolysis for ST elevation myocardial infarction delivered by paramedics*

(La fibrinólisis en primaria, una cosa fácil)

Autores: Pedley DK, Bissett K, Connolly EM, Goodman CG, Golding I, Pringle TH et al

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003; 327:22-6

Calificación: Bueno

Comentario: Son tantas las cosas que no hacemos los médicos generales que da pena. Por ejemplo, trombólisis en los pacientes con sospecha de infarto de miocardio. Así, en este trabajo inglés, el cierre de un hospital rural llevó al hospital docente a desarrollar un plan para que las enfermeras de las ambulancias escocesas pudieran poner un bolo de tenecteplasa, y morfina (si se precisaba). Las ambulancias tenían conexión telefónica para interpretar/enviar el electrocardiograma. El 89% de los pacientes con fibrinólisis en su casa tuvo infarto, contra el 92% entre los que recibieron la fibrinólisis en el hospital. El tiempo fue de 52 minutos contra 125.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-3.613 *10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenagen*

(Los vagabundos mueren jóvenes)

Autores: Nordentof M, Wandall N.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003; 327:81-3

Calificación: Muy bueno

Comentario: La sociedad produce subproductos, que se dejan secar al sol hasta que desaparecen. Son los vagabundos. Malviven y mueren pronto, como demuestran los autores, daneses. Siguen a vagabundos que han utilizado albergues municipales en Copenhague, para saber si han muerto y de qué. La mortalidad es mucho mayor que la de la población general (3,8 y 5,6 veces, respectivamente varones y mujeres). La tasa de muerte por suicidio es mayor (6 veces), como por lesiones (4,6), causas desconocidas (62,9), o naturales (2,6). Curiosamente, los vagabundos psicóticos no tienen más mortalidad. Influye mucho el alcohol, los sedantes y la muerte del padre en la infancia.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-3.614 *Predictors of relapse after discontinuation of long-term benzodiazepine use by minimal intervention: a 2-year follow-up study*

(El simple consejo disminuye en un 22% la adicción a las benzodiazepinas)

Autores: Voshaar RO, Gorgels W, Mol A, Balkom A, Breteler M, Lisdrönk E et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2003; 20:370-2

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los pacientes se vuelven adictos a cualquier cosa en forma de medicamento (laxantes, jarabes para la tos, antibióticos, psicofármacos). Son adicciones difíciles de curar. En este trabajo se emplea un método fácil cuyos efectos perduran, al menos, dos años. Se localizaron a 2.964 pacientes de 30 médicos generales que llevaban consumiendo benzodiazepinas más de tres meses. Se mandó una carta de su médico general a 2.004, sugiriéndoles que lo fueran dejando. Abandonaron el medicamento el 22%, y al cabo de dos años la mitad de éstos no había consumido ni benzodiazepinas ni otro fármaco alternativo.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-3.615 *Perceptions of psychological content in the GP consultations. The role of practice, personal and prescribing attributes*

(Los médicos generales tienen hasta el 64% de las consultas sin contenido psicológico alguno)

Autores: Ashworth M, Godfrey E, Harvey K, Darbshire L.

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2003; 20:373-5

Calificación: Bueno

Comentario: Es rara una consulta en la que sólo se traten cuestiones "orgánicas". Pero en este trabajo, inglés, el 64% de las consultas no tuvieron ningún componente psicológico. Los au-

tores pidieron a 22 médicos generales urbanos, de nueve centros de salud, con una población total de 41.000 habitantes, que graduaran entre 0 y 3 el contenido psicológico de las consultas de los pacientes (0, nada psicológico). La media fue de 0,58. Sólo el 6% de las consultas fue exclusivamente de contenido psicológico. Los centros docentes tuvieron médicos con consultas más psicológicas.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-3.616 *Guidelines for assessing postnatal problems: introducing evidence-based guidelines in Australian general practice*

(Si se les enseña, los médicos generales españilan para atender mejor a las mujeres después del parto)

Autores: Gunn J, Southern D, Chondros P, Thonson P, Robertson K. Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2003; 20:382-9

Calificación: Bueno

Comentario: Hay tan pocos partos que ya se nos olvida lo que es atender a la mujer después de parir. Tiene importancia la cosa por aquello de la depresión post-parto, y por lo poco que se preocupa la mujer de sí misma. Los autores intentan motivar a médicos generales australianos para que lo hagan mejor, y parece que lo logran. Lo curioso, e interesante, es que los participantes contestan peor en el cuestionario de examen que cuando reciben, sin saberlo, a un paciente simulado en su consulta.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-3.617 *Rethinking the central cause of diabetes*

(La diabetes como enfermedad hipotalámica)

Autores: Elmquist JK, Marcus JN

Revista/Año/Vol./Págs.: Nature Med 2003; 9:645-7

Calificación: Bueno

Comentario: Ignoramos mucho acerca de la diabetes tipo 1 y 2. Pero algo avanzamos, como demuestran los autores. En su editorial comentan un artículo de la revista acerca de la respuesta de las neuronas a los niveles de ácidos grasos. Lo interesante es que los datos y la teoría que los explican convierten a la diabetes tipo 2 en una enfermedad hipotalámica. Los niveles altos de ácido graso actúan sobre el hipotálamo y disminuyen la ingesta de alimentos. La modificación del hipotálamo conlleva hiperrinsulinemia, disminución de la captación de glucosa y aumento de la producción de glucosa hepática.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-3.618 *Emergency department visits for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Insights into preventable hospitalizations*

(A mejor Atención Primaria menos frecuencia de hospitalización innecesaria)

Autores: Oster A, Bindman AB.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care 2003; 41:198-207

Calificación: Bueno

Comentario: Cuando se juzga el trabajo de los profesionales se debería valorar su impacto sobre los resultados. Para los médicos generales, por ejemplo, en las hospitalizaciones por enfermedades tratables en primaria (las “hospitalizaciones innecesarias”). Este trabajo explora la relación entre prevalencia y gravedad de asma, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes e hipertensión en varios grupos poblacionales y sus consultas innecesarias a urgencias e ingresos consiguientes. Demuestran, en EEUU, que lo que falta es Atención Primaria, la atención continuada antes y después del episodio hospitalario.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-3.619 *Managed health plan effects on the specialty referral process. Results from the Ambulatory Sentinel Practice Network Referral Study*

(La capitación y el filtro modifican en poco la derivación al especialista)

Autores: Forrest CB, Nutting P, Werner JJ, Starfield B, Schrader S, Rohde C

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care 2003; 41:242-53

Calificación: Muy bueno

Comentario: Hay médicos generales, como el firmante, que creen en las ventajas de la capitación. Otros no. Los autores, estadounidenses, exploran los datos de una red de médicos generales que ha participado en un estudio de derivación (14.709 visitas atendidas por 239 médicos de primaria, en 15 días consecutivos de trabajo, de pacientes privados). Compararon la derivación a los especialistas según el seguro del paciente pagara por capitación y/o diera papel de filtro al médico, o fuera libre. Sorprendentemente hay pocas variaciones. Naturalmente, si hay filtro se deriva más (6% contra 4%), por el libre acceso al especialista en caso contrario.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

S-3.620 *Dangerous to your health. The role of chronic drug use in serious injuries and trauma*

(Los drogadictos tienen más agresiones, lesiones y accidentes)

Autores: Zavala SK, French MT

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care 2003; 41:309-32

Calificación: Bueno

Comentario: El abuso de drogas ilícitas tiene múltiples inconvenientes, sobre todo por los contactos a los que obliga. Los autores utilizan los resultados de una encuesta a drogadictos, en Florida, para comparar la incidencia de lesiones graves (heridas por arma blanca y/o de fuego, roturas de huesos, violaciones y demás) con personas que no utilizan drogas ilegales. Las mujeres drogadictas han tenido lesiones más frecuentemente (29% contra 16% en el último año). Entre los varones no hay diferencias, excepto que los consumidores de alcohol tienen también más lesiones.

Referencias bibliográficas: 72

Revisor: JG

S-3.621 *Back to the future: revisiting Haddon's conceptualization of injury epidemiology and prevention*

(Los accidentes son evitables, en su mayoría)

Autores: Runyan CW

Revista/Año/Vol./Págs.: Epidemiol Rev 2003; 25:60-4

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los accidentes son “accidentes” en cuanto suceden, pero son perfectamente prevenibles, en cantidad y en calidad. El número entero de la revista se dedica a la epidemiología y prevención de los accidentes; y en la introducción, la autora, estadounidense, repasa el trabajo de Haddon, autor que ya en los sesenta desarrolló una matriz para el análisis de los accidentes. Este trabajo conceptual facilita el análisis de los accidentes en el contexto clásico de agente causal, huésped y ambiente.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

S-3.622 *The influence of finasteride on the development of prostate cancer*

(El finasteride previene los cánceres indolentes y localizados de próstata)

Autores: Thompson IM, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Miller GJ, Ford LG et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2003; 349:215-24

Calificación: Bueno

Comentario: El cáncer de próstata tiene que ver con el nivel de andrógenos, lo que justifica el uso del finasteride en su preventión, al menos en teoría (el finasteride evita la transformación de la testosterona en dehidro testosterona, hormona más potente). Los autores, gringos, hacen un seguimiento durante siete años a 18.882 varones mayores de 55 años con un tacto rectal normal y un PSA de menos de 3 ng/ml. La administración de finasteride (5 mg/día) disminuye la incidencia de cáncer de próstata, aumenta las dificultades sexuales y conlleva cánceres de próstata más agresivos.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: JG

S-3.623 *The prevention of prostate cancer. The dilemma continues*

(No emplee el finasteride para la prevención del cáncer de próstata)

Autores: Scarchino PT

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2003; 349:297-9

Calificación: Excelente

Comentario: Los ensayos clínicos pueden confundir con sus resultados espectaculares. El editorialista, de Nueva York, hace una precisa disección del trabajo previo (S3.622) y deja claro que no hay que utilizar el finasteride como prevención del cáncer de próstata. El medicamento se asocia con más cánceres agresivos; y con disminución de cánceres muy poco agresivos (de nulo interés clínico). Respecto al uso del finasteride en la hiperplasia de próstata, recomienda que no se abandone pero que se controle estrechamente a los pacientes para diagnosticar precozmente el cáncer agresivo.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-3.624 *A comparison of coronary angioplasty with fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction*

(En el infarto, mejor la angioplastia)

Autores: Andersen HR, Nielsen TT, Rasmussen K, Thuesen L, Kelbaek H, Thyssen P et al

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2003; 349:733-42

Calificación: Bueno

Comentario: En la organización de las urgencias hay muchas alternativas, pero la danesa es de las mejores. Lo demuestran en este trabajo, donde se compara la fibrinólisis (alteplasa) con la angioplastia de urgencia en pacientes con infarto de miocardio con elevación de ST. Hicieron un ensayo clínico con 1.572 pacientes, y las diferencias a favor de la angioplastia son escasas, excepto en lo que se refiere a los reinfartos (1,6% contra 6,3%). A destacar que es el personal de la ambulancia al que lleva directamente al paciente adentro de cuidados intensivos.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-3.625 *Canada's health care system. Reform delayed*

(Tiempo de reflexión en Canadá [y de presión para que los médicos generales se agrupen])

Autores: Detsky AS, Naylor D

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2003; 349:804-10

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los sistemas sanitarios son la expresión de la historia, la cultura y la riqueza de las naciones. Así es, también, el de Canadá, al que se dedica este artículo, escrito por canadienses. Se centran en la historia más reciente (los últimos tres años) y tiene interés por la lucha de poder que refleja entre el Gobierno central, que reparte el dinero, y los gobiernos provinciales, que legislan, y organizan los servicios sanitarios. Hay una fuerte presión para que los médicos generales se agrupen en equipos, pero por ejemplo en Ontario sólo lo han hecho 166 de 10.000.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-3.626 *Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder. Two randomized controlled trial*

(Los niños y adolescentes tienen, también, depresiones)

Autores: Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, Wohberg C, Yang R, Greenbaum MS

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2003; 290:1033-1041

Calificación: Bueno

Comentario: La depresión es una enfermedad grave que hace sufrir y puede llevar al suicidio. Se da también en niños y adolescentes, donde se diagnostica todavía peor que en adultos. Este trabajo ha sido financiado por Pfizer y realizado con 376 niños, de Canadá, Costa Rica, EE.UU., India y Méjico. Se empleó sertralina en el grupo experimental (189 pacientes) durante 10 semanas. El tratamiento mejoró la recuperación, pero, como siempre, el paso del tiempo también mejoró al grupo placebo. La sertralina produjo con frecuencia (> 5%) diarrea, vómitos, anorexia y/o agitación.

Referencias bibliográficas: 49

Revisor: JF

S-3.627 *A risk score for predicting stroke or death in individuals with new-onset atrial fibrillation in the community. The Framingham Heart Study*

(Una tabla de riesgo en la fibrilación auricular)

Autores: Wang TJ, Massaro JM, Levy D, Vasan RS, Wolf PA, D'Agostino RB

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2003; 290:1049-56

Calificación: Muy bueno

Comentario: La fibrilación auricular se convierte en una plaga por sus consecuencias (ictus y/o muerte). Se previenen las complicaciones con el tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes. Los autores, de la Facultad de Medicina de Harvard, han utilizado datos del Estudio de Framingham (cohortes de 1948 y 1971) y han desarrollado una tabla de riesgo muy útil y sencilla para valorar aquellos pacientes que tienen un bajo riesgo y no precisan tratamiento. Se dan puntos por edad (hasta 10 para mayores de 93), sexo (6 por ser mujer), presión sistólica (4 si más de 179), diabetes (5) y accidente isquémico transitorio/ictus previo (6).

Referencias bibliográficas: 43

Revisor: JG

S-3.628 *Stroke prevention in atrial fibrillation*

(No siempre es necesaria la anticoagulación en la fibrilación auricular)

Autores: Waldo AL

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2003; 290:1093-5

Calificación: Muy bueno

Comentario: ¿Es la anticoagulación con acenocumarol o warfarina el único tratamiento de la fibrilación auricular para prevenir los ictus? El editorialista aprovecha el comentario del artículo previo (S3627) para valorar el problema en su conjunto. Lo más prometedor es el ximelagatran, un inhibidor directo de la trombina, que no requiere la determinación del INR y tiene muy pocas interacciones con medicamentos y alimentos. Mientras llega, lo lógico es anticoagular a los pacientes con un riesgo de ictus de más del 10% en los cinco próximos años.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-3.629 *Methodological differences in clinical trials evaluating monpharmacological and pharmacological treatments of hip and knee osteoarthritis*

(Mejor calidad de los ensayos clínicos con medicamentos que con otras alternativas, en la artrosis de cadera y de rodilla)

Autores: Boutron I, Tubach F, Giraudeau B, Ravaud P

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2003; 290:1062-70

Calificación: Muy bueno

Comentario: La artrosis de cadera y de rodillas es una patología muy frecuente en nuestras consultas y se resuelve mal. Los autores, franceses, hacen un estudio original al comparar la calidad de los ensayos clínicos de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (cirugía, rehabilitación, acupuntura, educación y otros). Localizan 110 artículos. La peor calidad la tienen los métodos quirúrgicos. En general, los ensayos clínicos de métodos no farmacológicos tienen mucha peor calidad. Las características del profesional pueden influir el resultado en el 84% de

los métodos no farmacológicos y el 23% de los farmacológicos.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-3.630 *La KANFED y el escenario de la educación de adultos en Kerala*

Autores: Sivadasan K

Revista/Año/Vol./Págs.: Educación Adultos Desarrollo 2003;60: 169-84

Calificación: Bueno

Comentario: El autor es profesor jubilado de la Universidad de Kerala, un Estado de la India sumamente interesante, pobre pero justo en lo que cabe. Se trata de un relato de los trabajos de la Asociación Keralense para la Educación no Formal y el Desarrollo (KENFA). Kerala es la antigua Travancore, una de cuyas marajá siguió las enseñanzas de la Ilustración francesa y promocionó la educación del pueblo. Hoy KENFA continua aquella tradición y promueve la desaparición del analfabetismo y la creación de bibliotecas populares. Da gusto leer este texto con el relato simple de las actividades que se realizan.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: MPF

S-3.631 *En la salud y en la enfermedad. Reflexiones críticas sobre la política sanitaria y la economía de la salud*

Autores: Ibern P

Revista/Año/Vol./Págs.: Madrid: DKV; 2003

Calificación: Excelente

Comentario: Pere Ibern es economista de la Universidad Pompeu Fabra, de Barcelona, y trabaja para la aseguradora privada DKV. Publica una colaboración en todos los números del Boletín Sanitario Semanal (902 499 499), sobre la actualidad. En este texto se recogen los primeros cien comentarios. No tiene desperdicio, por más que se centre en aspectos de economía de la salud. Por ejemplo, el comentario acerca de los medicamentos más vendidos, en que se destaca que respecto a coste, los más vendidos son tres psicofármacos (Zyprexa, Risperdal y Seroxat), aunque en unidades son tres analgésicos (Gelocatil, Aspirina y Nolotil).

Referencias bibliográficas: Libro

Revisor: MPF

S-3.632 *Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners*

(Una comparación de la actividad de los médicos generales en Europa)

Autores: Boerma WGW

Revista/Año/Vol./Págs.: Utrecht: NIVEL; 2003

Calificación: Muy bueno.

Comentario: El autor, holandés, no es médico, pero sus publicaciones son clave para entender la Medicina General en Europa. Ésta es su tesis doctoral, publicada por NIVEL, la organización en la que trabaja (pedidos a nivel@nivel.nl). Se basa en el análisis de las respuestas a un cuestionario que contestaron 7.895 médicos de 21 países europeos (ese es el punto débil, que hay que creer lo que los médicos dicen). Había preguntas que en España son un "no" sin paliativos, como acerca de si ponemos DIU, o de si tomamos muestras de cuello de útero. Pero el resultado no es muy malo para lo que se podía esperar (en Espa-

ña colaboró la Semfyc). Los médicos más médicos generales, en toda Europa, los rurales, que son los que hacen de todo.

Referencias bibliográficas: Tesis doctoral

Revisor: MPF

S-3.633 *La utilización de la evidencia en las decisiones de política sanitaria*

Autores: Regidor E (editor)

Revista/Año/Vol./Págs.: Murcia: Universidad de Alicante; 2003

Calificación: Muy bueno

Comentario: Lo peor de este libro es el uso reiterado de "evidencia" por "prueba" o "resultado" científico. Superada la náusea del mal uso del español, hay capítulos muy buenos, como el inicial del propio Enrique Regidor (el comentario sobre la gripe con el que finaliza es de antología). También son muy buenos los capítulos acerca de la vacunación contra la meningitis C (todo un dislate en la comunicación de riesgos a la población), el del sida (gran carnicería en España) y el cáncer de mama (pide que se dé más información a la mujer, lo que ya va siendo hora, por la enorme distancia entre eficacia y eficiencia).

Referencias bibliográficas: Libro

Revisor: MPF

S-3.634 *Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: análisis de la toma de decisiones*

Autores: Formiga F, Vivanco V, Cuapio Y, Porta J, Gómez-Batiste X, Pujol R

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003; 121(3):95-7

Calificación: Bueno

Comentario: El tratamiento paliativo es en general bien aceptado en los pacientes oncológicos, lo que no ocurre en otros. Entre los fallecidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Bellvitge por demencia, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica se observa que la identificación de los pacientes con enfermedad crónica no oncológica en fase terminal no está bien establecida. Y eso sería lo primero para realizar una medicina paliativa. Como curiosidad, a los pacientes del estudio referido se les retiró su medicación habitual 1,35 días de media antes de morir y se inició tratamiento paliativo 1,5 días antes. ¿Habrían vivido mejor al final de su vida si el tratamiento paliativo se hubiera iniciado antes?

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-3.635 *Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en cuidados paliativos*

Autores: Gort AM, Mazarico S, Ballesté J, Barberá J, Gómez X, de Miguel M

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003; 121(4):132-3

Calificación: Bueno

Comentario: El uso de cuestionarios y escalas cada vez es más frecuente para detectar distintas situaciones (e intentar cuantificarlas). En este trabajo se valora la escala de Zarit para identificar la claudicación del cuidador de pacientes que ingresaron en una unidad de cuidados paliativos. Y se considera útil (similar a la entrevista). Como es lógico, la claudicación del cuidador mejoró con el ingreso del paciente cuidado. Si hay algo que puede mejorar el estado de claudicación del cuidador es

poder descansar de sus tareas de cuidado y tener tiempo para realizar otras actividades (o para no hacer nada).

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-3.636 *Valoración de los resultados obtenidos con el coagulómetro Coagucheck S en el control del tratamiento con anticoagulantes orales*

Autores: Orellana MA, Martínez P, Sánchez MT, Aramendi M, Galera G

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003; 121(4):134-6

Calificación: Bueno

Comentario: El control del tratamiento con anticoagulantes orales es lógico que se haga desde Atención Primaria, pero se debe contar con los recursos y equipamiento necesario. En este estudio se observa un buen grado de acuerdo entre el INR medido en sangre capilar con el sistema Coagucheck S y el determinado en sangre venosa, con buena correlación terapéutica. A partir de valores de INR superiores a 3,6-3,8 la concordancia no es tan buena.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-3.637 *Telepsiquiatría: utopía o realidad asistencial*

Autores: de las Cuevas C, Artiles J, de la Fuente J, Serrano P

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2003; 121(4):149-50

Calificación: Informativo

Comentario: En este artículo se describen los buenos resultados del primer año de funcionamiento de un sistema de telepsiquiatría del Servicio Canario de Salud para dar atención a los problemas de salud mental, mediante videoconferencia, a los pacientes de la isla del Hierro, evitando desplazamientos del paciente o del especialista. Una buena iniciativa para mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios de las personas que viven en áreas geográficas relativamente aisladas.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: MARL

S-3.638 *Benefits of combination therapy of insulin and oral hypoglycemic agents*

(La utilidad de la combinación de insulina y antidiabéticos orales)

Autores: Garber AJ

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2003; 163:1781-2

Calificación: Bueno

Comentario: La insulina endógena pierde importancia con los años en los pacientes diabéticos tipo 2. Así, al final es muy frecuente tener que utilizar insulina exógena. ¿Sola o con antidiabéticos orales? El autor defiende las ventajas de la terapia combinada, por ejemplo de insulina más glimepiride (la única sulfonylurea aprobada para tal uso por la FDA gringa), o insulina más metformina. También, claro, insulina más alguna tiazolidinediona, cuyo mecanismo de acción es aumentar la sensibilidad a la insulina en las células diana.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-3.639 *Insulin and oral hypoglycemic agents should not be used in combination in the treatment of type 2 diabetes*

(En contra del uso combinado de insulina y antidiabéticos orales)

Autores: Westphal SA, Palumbo PJ

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2003; 163:1783-5

Calificación: Bueno

Comentario: Todo tiene un defensor a ultranza, un zelote. Por ejemplo el estudio UKPDS, donde los pacientes murieron como chinches pero con una hemoglobina glucosilada de libro. Los autores se oponen al trabajo previo (S3.638) y defienden, con datos del UKPDS, que lo mejor en la diabetes tipo 2 es el comienzo precoz del tratamiento con monoterapia, con insulina. Así se retrasa la muerte de las células beta del páncreas. Es interesante leerlo para poder discutirlo.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-3.640 *Effect of amoxicillin-clavulanic acid in clinically diagnosed acute rhinosinusitis*

(La sinusitis aguda no precisa antibióticos)

Autores: Bucher HC, Tschudi P, Young J, Périat P, Welge A, Zust H, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2003; 163:1793-8

Calificación: Bueno

Comentario: Las cosas evidentes no son frecuentes, pero hay algunas como que el Sol sale todos los días (no "sale", la Tierra gira sobre su eje en 24 horas), los antibióticos son inútiles en las infecciones respiratorias víricas (no son inútiles, son peligrosos), y poco más. Los autores, suizos, hacen un ensayo clínico con 252 adultos con sinusitis aguda, y tratan a los casos experimentales con amoxi-clavulánico. Naturalmente, no añade de nada el antibiótico, excepto diarrea. ¿Quién lo dudaba?

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-3.641 *Increased risk of Achilles tendon rupture with quinolone antibacterial use, especially in elderly patients taking oral corticosteroids*

(No emplearás quinolonas alegremente, y menos con corticoides)

Autores: Linden PD, Sturkenboom MCJM, Herings RMC, Leufkens JMG, Rowlands S, Stricker BH

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2003; 163:1801-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: El abuso de las quinolonas ha convertido a estos antibióticos en inútiles en las infecciones urinarias (le gana la simple nitrofurantoina, por goleada). Los autores, holandeses, demuestran que este abuso, además, puede contribuir a la rotura del tendón de Aquiles. Hacen un estudio caso/control con datos ingleses de médicos generales. El uso de quinolonas multiplica por 4 el riesgo (por 6 en pacientes de 60 a 79 años, y por 20 en los de 80 y mayores). El uso concomitante de corticoides multiplica por tres estas cifras.

Referencias bibliográficas: 38

Revisor: JG

S-3.642 *La productividad de las innovaciones médicas y farmacéuticas*

Autores: Puig-Junoy J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Humanitas 2003; 1 (3):27-34

Calificación: Muy bueno

Comentario: La nueva revista Humanitas tiene de todo. Pero este número es interesante, aunque lleven el peso los economistas. El artículo que se comenta tiene un enfoque básico: lo importante no es el aumento del coste sanitario, sino el aumento del despilfarro. Por ejemplo, como revisa el autor, el despilfarro en productos oncológicos que no añaden nada, en cantidad y calidad de vida al paciente con cáncer. Pero si la innovación disminuye otros costes, o mejora la calidad de vida, el aumento del gasto suele ser aceptable para la sociedad.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-3.643 *El gasto sanitario y la ayuda como vías para salir del círculo vicioso entre pobreza y salud*

Autores: Waagstaff A

Revista/Año/Vol./Págs.: Humanitas 2003; 1 (3):83-90

Calificación: Muy bueno

Comentario: El médico general debería estudiar mucha medicina, pero también tener interés general por la vida. Por ejemplo, ver películas como "C'est la vie" o leer este artículo. El autor es inglés, y se refiere más bien a países en desarrollo, pero se podría aplicar a Extremadura, o al barrio de Lavapiés (en Madrid). Lo interesante es el hecho que destaca acerca del beneficio de invertir dinero en el sector sanitario público, pues produce salud. Parece mentira.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-3.644 *Salud y economía. Perspectiva desde la práctica clínica*

Autores: Rozman C

Revista/Año/Vol./Págs.: Humanitas 2003; 1 (3):109-16

Calificación: Bueno

Comentario: Los médicos no somos buenos economistas, pero de vez en cuando hay que saber echar cuentas. Eso es lo que hace el autor, un clásico de la Medicina Interna, que sale en defensa del médico de cabecera como pilar del sistema sanitario. Da gusto oírselo a un especialista (¡con el dolor que da oírselo a un político!), que además insiste en la importancia de la relación médico-paciente, y en la autonomía del mismo. Por supuesto, cree en la visión pedagógica del médico, que debería actuar de ejemplo (al menos en lo que se ve, como fumar).

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-3.645 *Probing for prions: recognizing misfolded PrP*

(Anticuerpos contra la proteína del prión)

Autores: Caughey B

Revista/Año/Vol./Págs.: Nature Med 2003; 9:819-20

Calificación: Informativo

Comentario: Las enfermedades provocadas por priones han dejado de estar en la última ola. Ya es un recuerdo, tan sólo, lo de "la enfermedad de las vacas locas". Pero la cuestión es importante, y hay quien se dedica a ella, como comenta el autor. En ese mismo número se publica un artículo en el que se demuestra el desarrollo de anticuerpos contra la proteína del prion modificada. Puesto que hay una proteína normal (PrP) el organismo no reconoce su diferente conformación espacial (PrPsc) por lo que no ha sido fácil conseguir un anticuerpo. Ahora será posible un diagnóstico y tratamiento.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-3.646 *Randomised controlled trial of the effect of evidence based information on women's willingness to participate in cervical cancer screening*

(Información veraz a las mujeres sometidas a prácticas preventivas)

Autores: Adab P, Marshall T, Rouse A, Randhawa B, Sangh H, Bhangoo N

Revista/Año/Vol./Págs.: J Epidemiol Community Health 2003; 57:589-93

Calificación: Excelente

Comentario: A las pobres mujeres se les hace de todo en el altar de la Medicina Preventiva. Por ejemplo, la citología de cuello de útero para prevenir el cáncer de cuello, que en España es inútil. En este trabajo, inglés, se da un texto con información real a pacientes de médicos generales (tasa de falsos positivos, un cáncer por 2.000 mujeres alertadas; tasa de falsos negativos, 10%). En el ensayo clínico se demuestra que dicha información disminuye la intención de participar en el programa de cribaje (del 79% al 88%).

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

S-3.647 *An adaptation of the Framingham coronary heart disease risk function to European Mediterranean areas*

(El riesgo coronario: aplicación a la española de la americanizada de Framingham)

Autores: Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosua R, Wilson P, Ordovas J et al

Revista/Año/Vol./Págs.: J Epidemiol Community Health 2003; 57:634-8

Calificación: Excepcional

Comentario: La función para el cálculo del riesgo coronario de Framingham (EE.UU.) es aplicable a la población de Framingham, naturalmente. Es una locura aplicar dicha función a, por ejemplo, Fraga (Huesca). Los autores hacen un trabajo que deberíamos tener en cuenta todos los médicos españoles, y es adaptar esa función a la población nacional (a la de Gerona, en concreto). La predicción gringa es de 9.919 casos contra 3.706 reales en España (varones) y 2.425 contra 1.181 (mujeres). Modifican y proponen una nueva función, a la española.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-3.648 *Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the whitehall II prospective cohort study*

Autores: Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Ghipley MJ, Vahtera J, Marmot MG

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003; 327:364-8

Calificación: Muy bueno

Comentario: Estar de baja es una desgracia pues indica sufrir una enfermedad que conlleva minusvalía, aunque sea temporal. Los autores, finlandeses e ingleses, asocian las bajas a la mortalidad, y demuestran que más de 5 bajas (de más de una semana) en 10 años multiplica por cinco la mortalidad en varones y por tres en mujeres. Han obtenido los datos de la cohorte Whitehall II, 10308 funcionarios londinenses examinados entre 1985 y 1988 cuando tenían entre 35 y 55 años. Las bajas laborales se asocian a mucha mayor mortalidad que, por ejemplo, la diabetes.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-3.649 *Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage: population based cohort study*

Autores: Li DK, Li L, Odouli R

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003; 327:368-71

Calificación: Muy bueno

Comentario: Empleamos los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como si fueran agua, y así nos va. Los autores se interesan por la asociación entre ingesta de AINE, aspirina y paracetamol y el aborto en las primeras 20 semanas de gestación. Utilizan datos de 1.055 mujeres recién embarazadas (edad media gestacional, 40 días) de la iguala Kaiser (en California, EE.UU.). El uso de AINE y aspirina se asocia a mayor incidencia de aborto, especialmente si coincidió con la concepción y duró una semana o más. El uso de paracetamol no se asocia a aborto.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG