



S-3.650 *Vacunas como tratamiento*

Autores: Leclerc C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Mundo Científico* 2003;247:32-9

Calificación: *Informativo*

Comentario: Este artículo sirve de introducción al nuevo mundo de las vacunas anticancerosas. Un mundo, por cierto, muy desprestigiado a base de la superchería y el negocio fácil. Parece que ahora las cosas van mejor. De lo que se trata es de "forzar" al sistema inmunológico del paciente canceroso para que reconozca como extraño algún antígeno de las células tumorales, produzca los anticuerpos apropiados y destruya dichas células. Lo pueden lograr las vacunas derivadas directamente de antígenos tumorales, o a través de las células dendríticas (las que fagocitan los intrusos y presentan los antígenos a los linfocitos para que produzcan anticuerpos).

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: MPF

S-3.651 *Sex is a potent modifier of the cardiovascular system*

(El sexo modifica profundamente el aparato cardiovascular)

Autores: Leinwand LA

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Clin Invest* 2003;112:302-7

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La autora se pregunta qué hace al corazón del varón más sensible y más débil frente a la enfermedad. No hay fácil respuesta, y lo de la protección de los estrógenos parece un sinsentido después del fracaso de los parches en la menopausia, con aumento justo de infartos. Parece que dependería de la expresión de genes de los cromosomas sexuales, causa final del dimorfismo fenotípico, pero es cierto que los hombres perecen y sufren más del corazón. En otro ejemplo, la incidencia de melanoma es casi similar en ambos sexos, pero la mortalidad es mucho mayor entre los varones. Es decir, las cosas son complicadas y no basta lo que hasta ahora hemos utilizado como explicación.

Referencias bibliográficas: 66

Revisor: MPF

S-3.652 *Targeted genetic repair: an emerging approach to genetic therapy*

(Las posibilidades de reparar el ADN y el ARN en las enfermedades genéticas)

Autores: Sullenger BA

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Clin Invest* 2003;112:310-1

Calificación: *Bueno*

Comentario: Existe la posibilidad de modificar la información genética defectuosa de las células de los pacientes con enfermedades genéticas. Es un campo nuevo al que dedicará la revista seis artículos, y éste que se comenta, de introducción. Todavía hay mucho que hacer, pero ha aumentado el interés por el fracaso de la adición de genes sanos (desencadenó casos de leucemia por

transferencia de retrovirus). Se puede lograr la inducción de ribosomas que modifiquen los ARN defectuosos en el citoplasma, o se pueden utilizar fragmentos de ADN que ayuden a reparar las secuencias alteradas en el núcleo. Ya se verá.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: MPF

S-3.653 *Caring for the dying in the intensive care unit. In search of clarity*

(Muerte en la UCI: a voluntad del médico)

Autores: Rocker GM, Randall J

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2003;290:820-2

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Este editorial comenta un artículo publicado en el mismo número de la revista, con resultados acerca de las circunstancias de la muerte de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI) europeas. Es una cuestión importante, pues cada vez mueren más pacientes en la UCI, y existe la posibilidad de alargar eternamente el momento justo de morir. El problema es que es el médico el que decide, ya que ni el paciente ni la familia están para decir mucho en un ambiente tan medicalizado como el de las UCI.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: MPF

S-3.654 *Desarrollo y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes*

Autores: Baile JI, Guillén F, Garrido E

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003; 121(5): 173-7

Calificación: *Bueno*

Comentario: La insatisfacción corporal es una manifestación de desacuerdo del individuo con la forma y tamaño de su cuerpo o partes de él, que no se corresponde con una realidad objetiva. Para evaluar de forma objetiva dicha insatisfacción necesitamos herramientas, como la que se expone en este trabajo: una escala con 32 preguntas puntuadas y su correspondiente tabla de percentiles por sexo y grupo de edad, elaborada en Navarra. Su utilidad nos permitirá hablar de forma más homogénea cuando nos refiramos a la insatisfacción corporal en los adolescentes, tan vinculada a la alteración de la conducta alimentaria y otros problemas.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: MARL

S-3.655 *¿Pudo haberse evitado lo que sucedió a la médico residente N.M.N.?*

Autores: Puerta JL, Rodés J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003; 121(5): 186-8

Calificación: *Informativo*

Comentario: El 03/04/2003, NMN, residente de la Fundación Jiménez Díaz, supuestamente produjo la muerte de 3 personas y

heridas a otras 5, lo que tuvo gran eco en la prensa general. Los autores de este artículo responden con rigor y prudencia que no tienen respuesta para la pregunta con el que lo titulan. Pero aceptando que entre los médicos (como en el resto de colectivos humanos) tiene que haber de todo, señalan que deben existir cauces establecidos para facilitar la identificación, atención, e incluso si es necesario la separación del servicio en caso de impericia técnica o se pierdan o se carezca de los atributos físicos, emocionales y morales necesarios. Todo un reto, necesario.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: MARL

S-3.656 *Lista de comprobación (checklist) abreviada para evaluación de artículos de investigación biomédica básica*

Autores: Bosch F, Guardiola E y Grupo de Trabajo del Esteve Foundation Workshop 2002

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003; 121(6):228-30

Calificación: Informativo

Comentario: Exposición de un Documento de Consenso con una lista de comprobación, abreviada y simple, para la evaluación de artículos originales de investigación biomédica, previo a su divulgación-publicación. La lista no es sólo de interés para evaluadores, sino también para todos los que se deciden a escribir un artículo original con la intención de publicarlo. En ella se recogen 14 preguntas a las que se debería dar respuesta, previo al envío del original para su publicación (y evaluación), entre las que se incluye si el artículo es legible y conciso, o si aporta ideas importantes y/o novedosas.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: MARL

S-3.657 *Prescripción, dispensación y sustitución de recetas de omeprazol*

Autores: Vaquero MB

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2003;17(4):296-301.

Calificación: Bueno

Comentario: Alguno de los aspectos de la prestación farmacéutica en España es un "galimatías". En este estudio se revisan 595 recetas de omeprazol prescritas por 56 médicos y dispensadas por 16 farmacias: en el 50% se respetó la prescripción médica, siendo más baratas que las prescritas como denominación oficial española, y dispensadas EFG por el farmacéutico a su criterio. En el 14% se sustituyó la especialidad prescrita, siendo en la mayoría de los casos (76%) de especialidades más caras ¿Cómo es posible que se autoricen y financien por el erario público fármacos en teoría iguales (o "bioequivalentes") con precio distinto? ¿Y que en las farmacias se tienda a dispensar las especialidades EFG más caras o beneficiosas para el farmacéutico? (y que se tolere).

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: MARL

S-3.658 *Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study*

(Los pacientes hablan de problemas sexuales con los médicos generales, pero éstos no los registran)

Autores: Nazareth I, Boynton P, King M.

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2003; 327:423-6

Calificación: Bueno

Comentario: Sabemos poco acerca de la sexualidad "normal" (de la sexualidad que se vive sin problemas). Por eso es interesante este trabajo, inglés, con 55 médicos generales y 1.512 pacientes (1.065 mujeres y 447 varones). Los pacientes rellenaron un cuestionario sobre su vida sexual antes de la consulta, y luego se compararon los resultados con lo que constaba en la historia. Aproximadamente un 30% manifestó comentar este tipo de problemas con su médico, pero sólo constaba en el 3% de los casos. Con el cuestionario se dio un código de la CIE-10 "sexual", al 40% de las mujeres y al 22% de los varones.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-3.659 *Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey*

(Las mujeres inglesas tienen falta de apetito sexual, y los hombres eyaculación precoz, como en todo el mundo)

Autores: Mercer CH, Fenton KA, Hohnson AM, Welling K, McDowall W, McManus S, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2003; 327:426-7

Calificación: Bueno

Comentario: La población que asiste a nuestras consultas es una muestra muy especial del resto de nuestros conciudadanos. Por eso es interesante comparar los resultados del trabajo anterior (S3658) con los de éste, también inglés. Se entrevistó (con un cuestionario con ordenador) a una muestra de 11.161 ciudadanos entre 16 y 44 años. Tuvieron problemas sexuales de duración mayor a los seis meses el 17% de las mujeres (sobre todo, falta de apetito sexual) y el 6% de los varones (sobre todo, eyaculación precoz). Las cifras suben al 54% y el 35% si hablamos de problemas en el último mes.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-3.660 *What do symptoms mean? Symptoms should be explained in the broader perspective of the patient's cognition and mood*

(Los síntomas son para el paciente algo más que simples síntomas)

Autores: Ogden J.

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2003; 327:409-10

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los signos y síntomas forman un apartado que llevan al diagnóstico de enfermedades orgánicas y/o psíquicas. Pero los síntomas son algo más, al menos para el paciente. La autora, inglesa, insiste en que los médicos tendemos a "etiquetar" al paciente y vemos los síntomas como expresiones de alteraciones físicas y/o psíquicas. Pero los pacientes pueden ver y vivir los síntomas como entidades propias, que expresan su cultura y forma de vida. En síntesis, necesitamos saber más acerca de la percepción del propio paciente.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-3.661 *Women need better information about routine mammography*

(Las mujeres no dan su consentimiento informado en la mamografías de cribaje, pues les falta información)

Autores: Thornton H, Edwards A, Baum M.

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2003; 327: 101-3

Calificación: Excelente

Comentario: A todos nos venden las mamografías de cribaje como eficaces (y “beneficiosas”). Las cosas no están nada claras, y es una cuestión de creencia el aceptar los programas de prevención del cáncer de mama. Por ello los autores, ingleses, insisten en que se dé buena información, clara, y entendible, que permita a las mujeres tomar una decisión por sí mismas. Pero de eso no hay nada, y las mujeres no pueden dar su “consentimiento informado”. Así pues, es de nuevo el paternalismo técnico médico el que vende la mamografía de cribaje.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-3.662 *High result in prostate specific antigen test*

(¿Qué hacer cuando el PSA es alto?)

Autores: Mokete M, Palmer AK, O’Flynn KJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003; 327: 379

Calificación: Bueno

Comentario: Pedir el PSA es muy sencillo; otra cosa es interpretarlo, claro. En este texto se considera muy brevemente qué hacer con un varón asintomático de 52 años al que alguien ha pedido el PSA y da 5,7 ng/ml. Lo fundamental es descartar patología urinaria (retención e infección urinaria) o prostática benigna (hipertrofia) y ante la duda, se solicitará biopsia prostática guiada por ecografía transrectal. Si el tacto rectal es anormal la probabilidad de cáncer es del 20% y si el PSA es de más de 10 ng/ml la probabilidad es del 67%.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

S-3.663 *Treatment of postmenopausal osteoporosis. Choice of treatment depends on efficacy, individual risk profile and side effects*

(En la osteoporosis postmenopáusica hay tratamientos eficaces múltiples)

Autores: Cranney A.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2003; 327: 355-6

Calificación: Bueno

Comentario: Las fracturas en ancianos tienen un alto coste por su impacto en la salud a corto y largo plazo. En su prevención se pueden hacer algunas cosas eficaces, sobre todo en ancianas mayores de 65 años con alguna fractura previa. El editorialista, canadiense, repasa los ensayos clínicos y recomienda como eficaces: a) suplementos de calcio y vitamina D, b) bifosfonatos, c) etidronato y d) paratohormona (en mujeres con osteoporosis intensa y riesgo de caídas). Habría que añadir el ejercicio físico y el no fumar y beber moderadamente alcohol.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-3.664 *A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction*

(No hay nada científico sobre cómo organizar las urgencias en Medicina General)

Autores: Leibowitz R, Day S, Dunt D.

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2003; 20:311-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: Se organizan los servicios sanitarios según las buenas intenciones (o caprichos) de los políticos. ¿Hay estudios que justifiquen la adopción de un modelo concreto? Los autores, australianos, se preguntan acerca de la mejor forma de organizar los servicios de urgencias en Atención Primaria. Hacen una revisión exhaustiva, y categorizan en seis posibles formas predominantes de organización los servicios de urgencia en primaria. Ninguna ha demostrado mejor efecto sobre los resultados en salud. Un teléfono para consultas puede disminuir el trabajo, pero los pacientes suelen estar a disgusto con las consultas telefónicas.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-3.665 *A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline*

(Un esquema para entender la Medicina General)

Autores: Olensen F.

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2003; 20:311-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: Para pensar necesitamos estar abiertos a lo que nos rodea. Ese estar abiertos exige ver más allá de la práctica que nos ofusca. Y eso es lo que hace el autor, danés, al establecer un esquema de trabajo del médico general en el que se hace a) trabajo biomédico, b) trabajo en el contexto cultural, c) toma en consideración de las características individuales y d) valoración de la situación social. A partir de este esquema se puede mejorar nuestro trabajo, en lo clínico, y se puede plantear un proyecto de docencia e investigación en Medicina General.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

S-3.666 *Factors associated with failure to publish large randomized trials presented at an oncology meeting*

(Los ensayos clínicos se publican si dan resultados “significativos”)

Autores: Krzyzanowska MK, Pintilie M, Tannock IF.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2003; 290:495-501

Calificación: Muy bueno

Comentario: Es difícil publicar todo lo que se hace, y las razones para no publicar pueden ser espurias. Los autores, canadienses, estudian los resúmenes de diez años de congresos de una sociedad estadounidense de oncología clínica. Identifican 510 presentaciones de grandes ensayos clínicos y determinan que en los 5 años siguientes se publican el 81% de los que dan resultados “estadísticamente significativos”, contra el 68% de los no los dan. El patrocinio de la industria se asocia a publicación. Comenta una revista que publica resultados no significativos (www.jnrbm.com)

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: JG

S-3.667 *Nurses experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death*

(Muerte digna en terminales que deciden dejar de comer y de beber)

Autores: Ganzini L, Goy E, Miller LL, Rabat TA, Jackson A, Delorit MA.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2003; 349:359-65

Calificación: Muy bueno

Comentario: La eutanasia sigue siendo un tabú, por absurdo que parezca. En la práctica los profesionales ayudamos a bien morir, y no lo hacemos muy mal. Por ejemplo, en este trabajo se pasa una encuesta postal a las 429 enfermeras de "casas de terminales", de Oregón (EEUU), acerca de su experiencia con pacientes que se dejan morir y renuncian a comer y a beber. Es una experiencia vivida por el 33% de la muestra, que califica de 8 (sobre 9, mejor muerte) la calidad de la muerte en estos terminales. La muerte sucede en menos de quince días después del comienzo del rechazo a la comida y bebida.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-3.668 *Comparison of low-intensity warfarin therapy with conventional intensity warfarin therapy for long-term pervention of recurrent venous thromboembolism*

(El INR, entre 2 y 3)

Autores: Kearon C, Ginsberg JS, Kovacs MJ, Anderson DK, Wells P, Julian JA, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2003; 349:631-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: Cuando un paciente tiene episodios recurrentes de tromboembolismo venoso lo lógico es anticoagularlo. ¿Con qué intensidad y por cuánto tiempo? Los autores, canadienses, proponen dos años (no tres meses) y hacen un ensayo clínico para comprobar si el INR debe estar entre 2 y 3, o entre 1,5 y 1,9. Al cabo de dos años y medio hay más del doble de casos de tromboembolismo en los pacientes con el INR por debajo de 2; y lo que es peor, los episodios de hemorragia son similares en ambos grupos. Hay que conseguir, pues, INR entre 2 y 3

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-3.669 *Secondary prophylaxis with warfarin for venous thromboembolism*

(Heparina una semana, y anticoagulación, entre tres y seis meses)

Autores: Büller HR, Prins MH.

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2003; 349:702-4

Calificación: Muy bueno

Comentario: Es muy difícil decidir qué hacer en la práctica clínica con los pacientes concretos. Los autores, holandeses, comentan el trabajo previo y revisan las cuestiones resueltas con ensayos clínicos, de calidad. Su recomendación es tratar con heparina fraccionada subcutánea, al menos una semana, cuando hay un tromboembolismo venoso, y continuar con anticoagulación al menos tres meses. Demuestran que ir más allá es probablemente beneficiosa (6 a 12 meses), y que más de un año puede ser perjudicial. El INR, claro, entre 2 y 3.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-3.670 *Promoción de la lactancia materna*

Autores: Ruiz Ferrón C, Romero J, Barberá N, Ardenillo S.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Rol Enf* 2003; 26:514-22

Calificación: Muy bueno

Comentario: No hay nada como una buena teta, al menos para alimentar al recién nacido. Pero muchos recién nacidos se ven privados de la lactancia materna por el influjo y la desidia de

los padres, los profesionales y la sociedad. Sirva este trabajo de matronas sevillanas para dejar las cosas en su sitio: la lactancia materna es la mejor forma de alimentación del bebé. Además, las autoras dejan claro que el ambiente hospitalario es nefasto para la lactancia materna. Conviene tenerlo claro, pues hoy casi todas las mujeres paren en los hospitales, donde las agreden sin excusas científicas.

Referencias bibliográficas: 51

Revisor: JG

S-3.671 *The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998*

(España, muy bien respecto a Atención Primaria)

Autores: Macinko J, Starfield B, Shi L.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Services Res* 2003; 38:831-65

Calificación: Excelente

Comentario: No es fácil medir el impacto del sistema sanitario en la salud; y es todavía más difícil hacerlo comparando sistemas sanitarios de distinto países. Los autores, de la Johns Hopkins, lo logran. Demuestran una asociación entre menos mortalidad evitable y atención primaria fuerte. España queda muy bien, en la cabeza de los 18 países de la OCDE estudiados (después de Dinamarca y el Reino Unido, en el grupo de Holanda, Italia, Finlandia, Noruega, Australia, Canadá y Suecia)

Referencias bibliográficas: 85

Revisor: JG

S-3.672 *Hormonal birth control and pregnancy: a comparative análisis of thromboembolic risk*

(Evita la píldora de tercera generación)

Autores: Wilks J.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Pharmacother* 2003; 37:912-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: El control de la natalidad ha permitido separar actividad sexual genital de maternidad. Pero todo tiene un precio. El autor, australiano, hace una revisión a fondo del aumento del riesgo tromboembólico que conlleva la píldora. Desde luego, tomar la píldora aumenta el tromboembolismo, hasta un 40% con la de segunda generación y el 100% la de tercera, si se compara con el embarazo. Eso del gestodeno y desogestrel (tercera generación) como cosa "moderna" y mejor, es absurdo.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-3.673 *Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada*

Autores: Marrugat J, Solanas P, Dágostino R, Sullivan L, Ordova J, Gordón F, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Esp Cardio* 2003; 56:253-61

Calificación: Excepcional

Comentario: Ya se anuncia hasta el zumo de naranja "sin" colesterol. Hemos vuelto locos a los pacientes, para beneficio de unos pocos. Un desatino médico. Los autores se molestan en hacer algo sencillo y excepcional: corregir la función predictora de riesgo coronario obtenida con cifras de la cohorte de Framingham con datos de España (Gerona). Publican las casillas típicas, pero las que tienen un riesgo superior al 19% a los 10

años es 13 veces menor en España que en EE.UU. Por ejemplo, el riesgo alto/muy alto en varones que son diabéticos y fumadores pasa del 64% al 13% de la población.

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: JG

S-3.674 *Sexual function in men older than 50 years of age: results from the Health Professionals Follow-up Study*

(Si quieres mantener actividad sexual mantén una vida sana)

Autores: Bacom CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm E.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2003; 139:161-8

Calificación: Bueno

Comentario: A veces es una suerte que aparezcan medicamentos para una patología, porque eso hace crecer como hongos el número de pacientes "ad hoc", en este caso, la patología sexual, estudiada en 31.742 varones profesionales sanitarios gringos (farmacéuticos, médicos, dentistas y demás), mayores de 50 años. Con el envejecimiento disminuye en general la actividad sexual, y aumenta la disfunción eréctil. Los varones sin enfermedades crónicas, que hacen deporte, no fuman, beben poco y ven poca televisión son los que tienen mejor salud sexual.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

S-3.675 *Acarbose treatment and the risk of cardiovascular disease and hypertension in patients with impaired glucose tolerance. The STOP-NIDDM Trial*

(La acarbosa disminuye el riesgo de diabetes en la tolerancia disminuida a la glucosa)

Autores: Chiasson JL, José RG, Gomis R, Hanefeld M, Karasik A, Laakso M.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2003; 290:486-94

Calificación: Bueno

Comentario: Lo mejor para evitar la diabetes tipo 2 es hacer ejercicio y no engordar. ¿Qué hacer cuando hay ya una tolerancia disminuida a la glucosa? Los autores, de varios países (España incluida) han seguido a un total de 1.429 pacientes sin enfermedad cardiovascular previa, con glucemias entre 100 y 140 mg/dl, durante unos tres años. El grupo experimental (acarbose, 100 mg, tres veces al día) tuvo menos hipertensión y menos patología coronaria y cardiovascular. Las cifras no son muy llamativas, pero parece que la acarbose hace que la gente engorde menos.

Referencias bibliográficas: 48

Revisor: JG

S-3.676 *Diet first, then medication for hypercholesterolemia*

(Contra el colesterol, lo primero dieta sana)

Autores: Anderson JW.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2003; 290:531-3

Calificación: Bueno

Comentario: Acerca de las hiperlipemias hay muchas fantasías que llevan todas al tratamiento con estatinas. El editorialista comenta un trabajo publicado en el mismo número de la revista que demuestra la utilidad de una dieta vegetariana en el control de la hipercolesterolemia. De hecho, se alcanzan los mismos re-

sultados que con estatinas. La cuestión de fondo es si se necesita tratar a la muestra (sanos con el colesterol alto) y si una dieta tan estricta es práctica. En fin, por lo menos evita los riesgos de las estatinas.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-3.677 *Diagnosis and management of anaphylaxis*

(Mas adrenalina en la anafilaxia)

Autores: Ellis AK, Day JH.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2003; 169:307-11

Calificación: Bueno

Comentario: Hay cosas de rutina que hacemos mal, por ejemplo, el tratamiento de la anafilaxia, tantas veces dejado de la mano de los corticoides. Lo lógico, y necesario, es la inyección de adrenalina (mejor intramuscular que subcutánea), más el uso simultáneo de antihistamínicos y de ranitidina. Al emplear los corticoides como terapia inicial favorecemos la presentación de la típica re-agudicación (tan tarde incluso, como a las 24 horas) así que es hora de pasar a utilizar más frecuentemente la adrenalina.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-3.678 *Género y población. Una perspectiva internacional*

Autores: Aracil E, Bastida E, González GJ, Vega MG (editores)

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

Calificación: Bueno

Este libro está dedicado "a las hijas; el futuro es mujer", pero luego no es tan radical, y tiene algún capítulo interesante, por ejemplo, el dedicado a la opinión pública sobre el aborto en España. Se basa en la comparación de la respuesta a dos encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en 1985 (cuando se aprobó la Ley), y en 1992, cuando ya se había implantado y no era una cuestión "viva". Ya antes de aprobar la legislación sólo se oponía a la despenalización del aborto uno de cada doce encuestados (el 8%), aunque es curioso que hubiera más oposición (el 40%) al aborto tras embarazo por violación. Siete años después, hasta el 41% opinaba que la Ley debía ampliarse para cubrir los problemas sociales, económicos y de edad.

Referencias bibliográficas: Libro

Revisor: MPF

S-3.679 *Tasa de empadronamiento real de los pacientes hospitalizados en el Hospital de Poniente almeriense*

Autores: Salas J, Díez F, Puerta J, Zambrana JL, Delgado M, Rivera F, Gallego F

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2003;17(4):312-5.

Calificación: Bueno

Comentario: Los datos de población obtenidos del Padrón Municipal suelen servir de base para la asignación de recursos sanitarios (y de otro tipo). En este artículo, los autores observan que el 24% de los pacientes ingresados en la unidad de medicina interna del Hospital de Poniente en Almería no estaban empadronados en los municipios de su área de influencia. Por ello proponen que en la asignación de recursos se tenga en cuenta otras fuentes de información, como la expedición de

tarjeta sanitaria o los datos de hospitalización de la población realmente atendida. Algo lógico, y que también sería conveniente en Atención Primaria, especialmente en zonas con población no censada (desplazados, inmigrantes, itinerantes, etc).

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MARL

S-3.680 *Comparación del perfil de factores de riesgo cardiovascular entre accidentes isquémicos transitorios e infartos cerebrales*

Autores: Arboix A, Solá E, Castillo M, Baena JM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(8):292-4.

Calificación: Muy bueno

Comentario: Amplio estudio, con 1.712 pacientes, para comparar los factores de riesgo cerebrovascular en los accidentes isquémicos transitorios (AIT) y los infartos cerebrales (IC). Tradicionalmente se consideran similares, lo que es cierto para la HTA, diabetes, dislipidemia, cardiopatía isquémica y tabaquismo. Pero en el caso de los IC es más frecuente la existencia de fibrilación auricular e IC previo, y una menor frecuencia de anticoagulación con acenocumarínicos (en los pacientes con dicho tratamiento, además de menos IC, estos serían menos incapacitantes).

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-3.681 *Cuidados paliativos en pacientes no oncológicos*

Autores: Benítez-Rosario MA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2003;121(8): 297-8

Calificación: Bueno

Comentario: Los cuidados paliativos suelen relacionarse con la fase terminal de los pacientes oncológicos, y por desgracia muchos pacientes no oncológicos, en la fase terminal de su vida, sufren innecesariamente, por una orientación pretendidamente curativa y/o medicalizadora de la muerte. A veces es difícil reconocer y aceptar la etapa terminal de los pacientes (que no debe confundirse con la etapa agónica). En este editorial se aboga por los cuidados paliativos (en su vertiente física, emocional, psicológica, espiritual, familiar y social) de todo tipo de pacientes, no sólo de los oncológicos.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: MARL

S-3.682 *Use of back belts to prevent occupational low-back pain*

(Falta de utilidad de las fajas en el dolor lumbar laboral)

Autores: Canadian Task Force on Preventive Health Care.

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ* 2003; 169:213-4

Calificación: Muy bueno

Comentario: Recomendamos muchas cosas a los pacientes sin fundamento científico, desde medicamentos, a ingesta de agua o uso de fajas. En este trabajo canadiense se revisan los perjuicios y beneficios del uso de la faja lumbar para prevenir el dolor lumbar laboral (o para disminuir sus consecuencias). Revisan la literatura y los ensayos clínicos y concluyen que tiene pocos beneficios y que puede tener perjuicios. Finalmente argumentan que no hay suficientes pruebas para recomendar la faja (ni para recomendar que no se use).

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-3.683 *New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care*

(Nueva graduación de las pruebas de eficacia de la prevención)

Autores: Canadian Task Force on Preventive Health Care

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ* 2003; 169:207-8

Calificación: Informativo

Comentario: A la gente le encanta el lenguaje de signos, de ahí su proliferación. Entre los signos, la clasificación desde A hasta E de las recomendaciones acerca de la prevención (A, pruebas indudables de eficacia y E pruebas individuales de ineficacia). El grupo canadiense pionero en estas lides utilizará en el futuro otra categoría nueva, I, para aquella pauta preventiva en la que hay insuficientes pruebas. Y doblará C en dos, según la incertidumbre acerca de su valor dependa de las contradicciones entre las conclusiones de varios estudios o la falta de estudios en cantidad y calidad.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-3.684 *Comparing the quality of oral anticoagulant management by anticoagulation clinics and by family physicians: a randomised controlled trial*

(Los hematólogos y generalistas en el control del INR)

Autores: Wilson SJA, Wells Ps, Kovacs MJ, Lewis GM, Martin J, Burton E, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ* 2003; 169:293-8

Calificación: Muy bueno

Comentario: El aumento de la anticoagulación debería corresponder a un frecuente autocontrol, pero a los hematólogos les cuesta soltar la presa que les está permitiendo sobrevivir. En este trabajo, canadiense, se distribuyeron al azar 221 pacientes, y se les siguió 3 meses tras empezar el tratamiento con anticoagulantes. Los hematólogos lo hicieron mejor, respecto al control del INR (82% contra 76%, pacientes todo el tiempo bien controlados). No hubo diferencias respecto a hemorragias, tromboembolismo o muertes. Así pues, poco impacto el de los hematólogos.

Referencias bibliográficas: 44

Revisor: JG

S-3.685 *Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: a meta-analysis*

(El Alzheimer puede mejorar algo con medicación)

Autores: Lanctôt KL, Herrmann N, Yau KK, Khan LR, Liu BA, Lou-Lou M, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ* 2003; 169:557-64

Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes con Alzheimer no se curan y someten a una gran sobrecarga a sus familiares y al sistema sanitario. Hay mucho que hacer en su cuidado, como mantener al máximo la relación con ellos. ¿Cómo mejorar? Los autores, canadienses (y alguno empleado en la industria farmacéutica) revisan en un metaanálisis los 16 ensayos clínicos de una cierta calidad. Encuentran un escaso impacto (nada, porque no se publica, sobre el efecto en las actividades). En cuanto a la estabilización, habría que tratar a 7 para estabilizar a 1; y 12 para provocar en un efecto adverso.

Referencias bibliográficas: 90

Revisor: JG

S-3.686 *Preventing pregnancy: a fresh look at the IUD* (El DIU en Atención Primaria)

Autores: Weir E.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2003; 169:585

Calificación: Informativo

Comentario: En España los pediatras nos han quitado a los niños, y los ginecólogos a las mujeres. Así les va, expuestos al continuo encarnizamiento diagnóstico y terapéutico. En Canadá, como comenta de refilón la autora, poner un DIU es cosa del médico general (lo mismo ocurre en Portugal). Lo raro es que el médico general no haga ginecología. En todo caso se ofrece información para saber más, en inglés y francés, en <http://sogc.medical.org/index.ktml>. El procedimiento es fácil y seguro (y barato, más que la píldora). Puede utilizarse en fumadoras, a las que no les conviene la contracepción oral.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-3.687 *Should liver transplantation be made available to every one? The case against*

(La racionalización de los trasplantes según utilidad)

Autores: Neuberger J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2003; 163:1881-3

Calificación: Bueno

Comentario: Sobre trasplantes hay mucho escrito, pero falta conocimiento, organización y ética. Basta recordar, por ejemplo, el texto de Costas Lombardia acerca de los intereses económicos espurios de médicos y enfermeras. En este artículo (y en el siguiente) se emplea España como país del mundo con el mayor número de donaciones (32,5 donantes por millón). El autor, inglés, se refiere a EE.UU. y el Reino Unido y defiende que se implante un criterio de utilidad para el trasplante hepático (más fácil para el que se espera mejor resultado).

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-3.688 *Should every one have equal access to organ transplantation?*

(La racionalización de los trasplantes según equidad)

Autores: Douglas D.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2003; 163:1883-6

Calificación: Bueno

Comentario: En el debate sobre trasplantes hay que preguntar a la gente. El autor, gringo, cita un trabajo inglés en el que los especialistas sólo piensan en el mejor resultado (utilidad); el público en los niños, los que más han esperado y el mejor resultado; y los médicos generales adoptan una postura intermedia. Lo interesante es que insiste en lo importante que es tener en cuenta la valoración de la población de la equidad sobre la utilidad, lo que revierte la opinión habitual de los profesionales. Un problema, pues, que requiere examen y nueva formulación.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-3.689 *The quantity and quality of scientific graphs in pharmaceutical advertisements*

(Los anuncios con gráficos manipulan muchas veces la realidad)

Autores: Cooper RJ, Schriger DL, Wallace RC, Mijulich VJ, Wilkes MS.
Revista/Año/Vol./Págs.: J Gen Intern Med 2003; 18:294-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los anuncios suelen presentar la buena cara de lo anunciado para persuadirnos de sus ventajas y favorecer su consumo. No son peores, claro, los anuncios de medicamentos. Pero pueden llevar a tomar decisiones que afectan a la salud de terceros, los pacientes. En este trabajo se revisan los gráficos en los anuncios de medicamentos de diez revistas gringas (incluye JAMA, The New England, Annals of Internal Medicine, Pediatrics y demás). Hay pocos gráficos científicos, sólo 85 en 3.185 anuncios. Se distorsionan los gráficos en el 36% de los casos; y de los 40 que se refieren a un resultado intermedio sólo 6 dicen que eso puede ser irrelevante en el resultado final.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-3.690 *Screening for high blood pressure. A review of the evidence for the US. Preventive Services Task Force*

(Los beneficios compensan los inconvenientes del cribaje de hipertensión en la consulta)

Autores: Sheridan S, Pignone M, Donahue K.

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Prev Med 2003; 25:151-8

Calificación: Muy bueno

Comentario: Tomamos la tensión casi en exceso. ¿Vale la pena? Los autores revisan todo lo publicado acerca de las ventajas e inconvenientes del cribaje de la hipertensión durante la consulta médica. Parece que no hay dudas a cerca de un balance positivo, y en los adultos deberíamos hacerlo. No obstante, hacen un listado de preguntas sin contestar. Por ejemplo, ¿sería más eficaz centrarse en algún grupo de edad y en pacientes con mayor riesgo cardiovascular?

Referencias bibliográficas: 71

Revisor: JG

S-3.691 *Screening for high blood pressure. Recommendations and rationale*

(Aplica el cribaje de hipertensión en la consulta sólo a adultos; deja en paz a niños y adolescentes)

Autores: US. Preventive Services Task Force

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Prev Med 2003; 25:159-64

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las recomendaciones se suelen extrapolar, lo mismo las diagnósticas que las preventivas. Así terminamos enfangados con todo el mundo. Los autores intentan limitar lo del cribaje clínico de la hipertensión. Revisan lo publicado y concluyen que no está claro el beneficio de hacerlo en niños y adolescentes, por lo que no lo recomiendan. Otra cosa es en adultos, en los que creen que también debería tratarse la hipertensión sistólica aislada del anciano.

Referencias bibliográficas: 46

Revisor: JG

S-3.692 *Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; European overview*

(En España es mayor en mujeres que en hombres el impacto de la desigualdad social sobre la enfermedad)

Autores: Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP

Revista/Año/Vol./Págs.: *Social Science Med* 2003; 57:861-73

Calificación: Muy bueno

Comentario: La población anciana española tiene pocos recursos materiales y culturales, ¿qué duda cabe! Los autores, holandeses, aprovechan los resultados de la primera encuesta de salud en Europa, de 1994; en que se entrevistaron a 14.107 varones y 17.243 mujeres de 65 años y más años de edad. La desigualdad en salud (peor salud a menor clase social) existe en los ancianos, se atenúa con los años pero no desaparece. Respecto a los varones, es mayor en Grecia, Holanda, Irlanda e Italia; en mujeres, es mayor en España, Grecia e Irlanda. Se demuestra, además, el bajo nivel de educación formal de los ancianos españoles.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

S-3.693 *Health insurance and child mortality in Costa Rica*

(La mortalidad infantil disminuye por mejor cobertura sanitaria y por mejora de la sociedad)

Autores: Dow WH, Schmeer KK.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Social Science Med* 2003; 57:975-86

Calificación: Muy bueno

Comentario: Damos por hecho que lo mejor para la salud es un sistema público sanitario, pero quizá haya otras cosas tan importantes. Los autores, gringos, utilizan datos de Costa Rica, de 1960 a 1990 para valorar el impacto de la ampliación de la cobertura pública de la población infantil (en 1973). El aseguramiento público logra un impacto enorme sobre la mortalidad infantil, pero dicho impacto desaparece cuando se corrige por cosas con la educación de la madre o el suministro de agua potable. No sólo del sistema sanitario depende la salud.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-3.694 *Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany; a comparative cross-sectional study*

(Más disparidad social en Alemania que en Estados Unidos, tal vez por muerte prematura de los pobres en éstos)

Autores: Knesebeck O, Lüschen G, Cockerham WC, Siegrist J.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Social Science Med* 2003; 57:1643-52

Calificación: Bueno

Comentario: Es difícil comparar la salud entre naciones. Los autores lo intentan a partir de nuestras poblacionales de ancianos en Alemania y EE.UU., a los que se entrevistó por teléfono (las tasas de respuesta respectivas fueron del 62% y del 57%, con un número absoluto de 682 y 608 personas). Se compararon varios indicadores de estatus social y de salud, para concluir que las diferencias socioeconómicas existen más entre los ancianos alemanes que entre los gringos. Los autores imaginan que los gringos de clase baja mueren antes de llegar a la vejez, por falta de equidad en servicios de salud.

Referencias bibliográficas: 57

Revisor: JG

S-3.695 *Effectiveness and equity of serum cholesterol and blood pressure testing: a population-based study in Spain*

(Se cumple la ley de cuidados inversos respecto al riesgo coronario)

Autores: Rodríguez-Artalejo F, Díez-García L, Basaldua A, Banegas JR.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Preventive Med* 2003; 37:82-91

Calificación: Bueno

Comentario: Hay quien cree que vale la pena medir el colesterol y la tensión arterial en España, como los autores. Hacen un estudio sobre una muestra poblacional, de 4.042 personas, con una respuesta del 85%. Los participantes contestaron un cuestionario a domicilio en presencia de un auxiliar que aclaraba dudas. Lo interesante es que el trabajo confirma la "ley de cuidados inversos", y el determinar el colesterol y medir la tensión se hace más en las clases sociales altas, con independencia de la necesidad y factores de riesgo cardiovasculares.

Referencias bibliográficas: 47

Revisor: JG

S-3.696 *Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding*

(Si se colabora en el hospital, se alarga la lactancia natural)

Autores: Braun ML, Giubliani ERJ, Mattos MA, Giugliani C, Proença A, Machado CM.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Public Health* 2003; 93:1277-9

Calificación: Bueno

Comentario: En los hospitales se puede promover, también, la lactancia natural. Hay un programa de diez pasos que se aplica en más de 16.000 hospitales, de ellos 200 brasileños. En Brasil, en Porto Alegre, comparan la alimentación de 187 niños nacidos en 1994 contra 250 nacidos en 1999 (dos años después de establecer el programa). Se consigue poco, como pasar de lactancia natural exclusiva de 1 a 2 meses, pero lo importante es que se consigue más en las clases sociales bajas.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-3.697 *Primare care attributes and care for depression among low-income African American women*

(A mejor atención, más valoración y tratamiento de la depresión en mujeres jóvenes negras)

Autores: O'Malley AS, Forrest CB, Miranda J.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Public Health* 2003; 93:1328-34

Calificación: Muy bueno

Comentario: Cuando las cosas se hacen bien suelen obtenerse buenos resultados, aunque no siempre se logra. En este trabajo se entrevista por teléfono a una muestra poblacional de mujeres negras pobres mayores de 40 años (de la ciudad de Washington), y se valora la atención primaria que reciben y sus síntomas de depresión. Una oferta más integral de servicios se asocia a más interés y mejor tratamiento de la depresión. Otro sí, las pacientes que sienten que sus médicos las tratan con más respeto también son más preguntadas y tratadas por depresión. No parece que lo uno sea independiente de lo otro, ¿no?

Referencias bibliográficas: 46

Revisor: JG