

**S-4.274** *Home blood glucose monitoring in type 2 diabetes***El autocontrol de la glucemia no añade nada en el seguimiento de la diabetes tipo 2**

**Autores:** Reynolds RM, Strachan MW  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2004;329:754-5  
**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Los firmantes son endocrinólogos ingleses, que revisan las recomendaciones tan al uso de autocontrol de los diabéticos. Todas ellas se basan en los “consensos”, y como dijera el clásico “*non sensus consensus*”. Así, en el Reino Unido, en 2001, se gastó el 40% más en tiras de autocontrol que en medicamentos hipoglucemiantes orales. No hay ningún ensayo clínico que demuestre las ventajas del autocontrol en pacientes no insulino dependientes. El negocio está en las tiras. Lo pagan los pacientes, con igual control que sin ellas, pero con efectos adversos sobre su calidad de vida (ansiedad, preocupación, depresión).

**Referencias bibliográficas:** 8  
**Revisor:** MPF

**S-4.275** *Acute cough: a qualitative analysis of how GPs manage the consultation when patients explicitly or implicitly expect antibiotic prescriptions***Cuando consultan por tos, los pacientes no piden antibióticos, aunque los reciben**

**Autores:** Altiner A, Knauf A, Moebes J, Sielk M, Wilm S  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Fam Pract* 2004;21:500-6  
**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Los pacientes no pidieron antibióticos en las 42 primeras consultas por tos aguda analizadas en este trabajo. Está hecho en Alemania, con 8 médicos generales, que registraron en audio las consultas. Recetaron menos antibióticos (25% de los casos) de lo que se había demostrado en un trabajo previo, sin registro en audio (50% de los casos). Lo peor es que en ningún caso se exploraron las expectativas de los pacientes. No se consideró, pues, la discusión con el paciente, que a lo mejor esperaba o rechazaba implícitamente la receta de antibióticos. Está claro que los médicos “disparamos” rápidamente con antibióticos.

**Referencias bibliográficas:** 19  
**Revisor:** MPF

**S-4.276** *Relationship between general practitioner certification and characteristics of care***La acreditación de los médicos generales australianos mejora el proceso de la atención**

**Autores:** Miller G, Britt H, Pan Y, Knox S  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Care* 2004;42:770-8  
**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** La acreditación de los médicos generales busca una mejora de la calidad de la atención, y lo logra en este caso, en Australia. Los autores aprovechan los datos de un

trabajo de registro, BEACH, de casi 200.000 encuentros, de 1.982 médicos generales. Los médicos acreditados son más jóvenes, y tienen pacientes más jóvenes. Ofrecen más calidad y piden más pruebas complementarias. Curiosamente miden adecuadamente la mala prevención según la tasa de peticiones de antígeno protático específico (PSA) en varones añosos, y no hay diferencias. Tampoco hay diferencias respecto a las derivaciones a especialistas. Los acreditados recetan menos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en los ancianos, y menos antibióticos en las IRA.

**Referencias bibliográficas:** 30  
**Revisor:** MPF

**S-4.277** *Consulta de orientación diagnóstica y terapéutica en Medicina Interna*

**Autores:** Barón B, Rodríguez P, García JM, Martínez T, Pujol E, Otero A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Rev Clin Esp* 2004;204:607-10  
**Calificación:** *Informativo*

**Comentario:** Los internistas pueden facilitar el acceso al hospital, y colaborar eficazmente con los generalistas, como se describe en esta carta al director. Lo curioso es que se destaca el uso del teléfono móvil (“en horario laboral”) como una gran conquista. Lo es, pues el uso del teléfono es alta tecnología en el sistema sanitario español, en el que es difícil lograr establecer contacto telefónico con el especialista. La experiencia del Hospital de Huelva es una más en el afán de los internistas de encontrar un lugar al sol, lo que puede beneficiar a los pacientes del generalista, con el peligro continuo de abducción hospitalaria (en este caso “sólo” afecta al 33% de la muestra).

**Referencias bibliográficas:** 3  
**Revisor:** MPF

**S-4.278** *Reposo en cama o deambulación precoz como tratamiento de la fase aguda de la trombosis venosa profunda: revisión sistemática y metaanálisis*

**Autores:** Trujillo AJ, Martos F, Perea E  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(17):641-7  
**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** La deambulación precoz en la fase aguda de la trombosis venosa profunda (TVP) puede favorecer la emigración del trombo y la producción de embolia pulmonar, pero el reposo es un factor protrombótico. Habitualmente se recomienda reposo absoluto los primeros días de una TVP, sin que exista “evidencia” de que sea mejor que la deambulación precoz, como se señala en esta revisión sistemática (sólo se encontraron 3 estudios, con 296 pacientes), en la que no se encontró un aumento de embolia pulmonar entre los pacientes con TVP que iniciaron la deambulación entre los días 0-2. Como tantas veces, hacen falta más estudios.

**Referencias bibliográficas:** 24  
**Revisor:** MARL

## S-4.279 **Características de la hospitalización evitable en España**

**Autores:** Alfonso JL, Sentís J, Blasco S, Martínez I.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(17):653-8  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Lo ideal sería que cada paciente sea atendido y se dé respuesta a sus necesidades en el mínimo nivel sanitario que pueda hacerlo correctamente. Según este estudio, el 15,8% de todos los ingresos en los hospitales españoles en el año 2000 habrían sido "evitables" con una Atención Primaria de calidad. Ese porcentaje depende de los ingresos que se consideren "evitables", de la accesibilidad a la Atención Primaria y su calidad, de las características de la población y de la organización del sistema sanitario. Desde luego no es atribuible sólo a una Atención Primaria deficiente. La oferta hospitalaria influye en una mayor hospitalización evitable.

**Referencias bibliográficas:** 26  
**Revisor:** MARL

## S-4.280 **Nueva revisión de los requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: ¡atención a la ética!**

**Autores:** Pulido M.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(17):661-3  
**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Recientemente se han revisado los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos Presentados a Revistas Biomédicas (conocidas como "normas de Vancouver") y en este editorial se informa de ello y de la disponibilidad de su traducción en la página [www.doyma.es](http://www.doyma.es), así como de algunos aspectos relativos a autoría de los artículos, proceso editorial, confidencialidad o publicación redundante. No existen cambios importantes en los aspectos formales de la elaboración de manuscritos, destacándose las cuestiones que pretenden una mayor honestidad, transparencia y entendimiento a través de las publicaciones científicas.

**Referencias bibliográficas:** 8  
**Revisor:** MARL

## S-4.281 **Seguridad de los fármacos antiepilépticos durante el embarazo**

**Autores:** Rebordosa C, Aguilera C  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(17):675-6  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Cualquier fármaco antiepiléptico es potencialmente teratogéno. Los hijos de madres epilépticas tienen un riesgo de malformaciones congénitas de 2-3 veces superior a la población general. Los antiepilépticos pueden ser teratogénos, pero su no utilización aumenta el riesgo de convulsiones con el consiguiente posible daño materno y fetal. Por eso sí se recomienda el tratamiento antiepiléptico de las mujeres epilépticas embarazadas con el fármaco o fármacos que mejor controlen la enfermedad, asociados a ácido fólico durante el período periconcepcional y vitamina K al final del embarazo y neonato.

**Referencias bibliográficas:** 24  
**Revisor:** MARL

## S-4.282 **Health care or health trade? A historic moment of choice**

### El mercado se come la salud

**Autores:** Hart JT  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Internat J Health Serv* 2004;34:245-54  
**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Hay quien piensa que se pueden vender actividades sanitarias como se venden churros, y así nos va. El mercado es un monstruo que conviene tener dominado, pues en otro caso nos muerde sin compasión. En este trabajo de Julian Tudor Hart se hace una preciosa disección de lo que podemos esperar de la nueva ola de industrialización de la actividad médica, que ya ha invadido América del Norte y del Sur, y que llegará a Europa de la mano de la Organización Mundial del Comercio. En EE.UU. las organizaciones y hospitales privados atienden con resultado de más muertos, o de más tiempo innecesario de diálisis renal antes del trasplante, por ejemplo.

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

## S-4.283 **Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries**

### La desigualdad en salud en Europa, máxima en Portugal

**Autores:** Doorslaer E, Koolman X  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Health Econ* 2004;13:609-28  
**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Sabemos que hay desigualdad en salud incluso en los países europeos ricos, y con sistema sanitario que cubre a toda la población. Para entender un poco más la cuestión, los autores, holandeses, emplean los datos de una encuesta paneuropea, lo que permite una mejor comparación. Portugal es el país más desigual respecto a salud, seguido del Reino Unido y de Dinamarca. La desigualdad de los daneses no se funda en desigualdad por ingresos, sino en la jubilación anticipada de la clase social baja con muy mala salud. España sale muy bien, si exceptuamos que hay mucha desigualdad regional. En todo ello influye más la educación que los ingresos.

**Referencias bibliográficas:** 26  
**Revisor:** JG

## S-4.284 **The prevention paradox, traffic safety and driving while intoxicated treatment**

### Castigar a los que beben y conducen disminuye la reincidencia, pero no los accidentes

**Autores:** Woodall WG, Kunitz SJ, Zhao H, Wheeler DR, Westberg V, Davis J  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Prev Med* 2004;27:106-11  
**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La paradoja de la prevención, de Rose, establece que la actuación sobre los pacientes de alto riesgo tiene mucho beneficio individual, pero poco social. Por ejemplo, si no condujeran en un año los que hubieran sido multados por conducir bebidos, sólo disminuirían un 5% los accidentes por exceso de alcohol en conductores. Lo comprueban los autores, en una provincia de Nuevo Méjico, en la que los conductores ebrios van a la cárcel y reciben un curso especial. Ello disminuye su reincidencia, pero no el número de accidentes relacionados con el alcohol. La mayoría

de dichos accidentes (82%) no los producen los que ya han sido multados y penados.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

## S-4.285 *Addressing multiple behavioral health risks in Primary Care*

**Mejora de la respuesta única integral a los problemas múltiples de los pacientes**

Autores: Orleans CT

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Prev Med* 2004;27(2S):1-3

Calificación: *Informativo*

Comentario: Es raro que un paciente tenga sólo un problema de salud. Lo normal es que tenga varios. Lo mismo pasa con los factores de riesgo, que se acumulan. En este suplemento de la revista se publican varios artículos acerca de cómo integrar en una consulta la respuesta a los múltiples factores de riesgo que suelen presentar los pacientes. Es un intento un poco vano, porque lo único que funciona es el consejo contra el tabaco. Lo demás, sobre obesidad, vida sedentaria y consumo excesivo de alcohol, es menos firme. Y la respuesta científica integral a los pacientes habituales, con varios factores de riesgo al tiempo, es casi ciencia-ficción.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

## S-4.286 *Health care as a risk factor*

**Los efectos adversos de la intervención médica**

Autores: Davis P

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ* 2004;170:1688-9

Calificación: *Excelente*

Comentario: No hay intervención médica sin efectos adversos. Si hacemos algo en busca de un buen resultado, siempre existe el riesgo potencial de provocar daño al paciente. El autor del editorial, neozelandés, comenta un artículo publicado en la revista, sobre efectos adversos prevenibles provocados por la actividad médica. Hasta un 21% con resultado de muerte, en Canadá. Y los efectos adversos sanitarios provocan hasta el 8% de las hospitalizaciones. No es un problema menor, pues. En Nueva Zelanda lo han enfocado con un sistema de reparación de daños que obvia los juicios como forma de evitar mayores males al paciente o su familia.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

## S-4.287 *Safety and efficiency of emergency department assessment of chest discomfort*

**En urgencias no diagnostican isquemia coronaria al 5% de los pacientes con dolor precordial**

Autores: Christenson J, Innes G, McKnight D, Boychuk B, Grafstein E, Thompson CR, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ* 2004;170:1803-7

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los médicos realizamos un proceso diagnóstico más o menos estructurado, desde el síntoma a las pruebas complementarias. Frente al dolor precordial, lo más preocupante es un infarto de miocardio o una angina inestable. En este trabajo, canadiense, se sigue un mes a 1.819 pacientes con dolor precordial que fueron a urgencias a dos

hospitales. Se dio de alta sin sospecha de isquemia coronaria al 5%, y luego se demostró que la tenía. Viceversa, se dedicó más de tres horas, o se ingresó, al 71% que al final se demostró que no tenía nada. La prevalencia de la isquemia fue del 22%. El valor predictivo positivo fue del 50%.

Referencias bibliográficas: 38

Revisor: JG

## S-4.288 *Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine*

**Los estudiantes de Medicina que eligen ser generalistas son mayores y han vivido en pueblos**

Autores: Wright B, Scott I, Woloschuk W, Brenneis F

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ* 2004;170:1920-4

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: En Canadá el número de estudiantes que eligen Medicina de Familia como especialidad al terminar la carrera ha pasado del 44% en 1992 al 25% en 2003. Para tratar de entender el fenómeno, los autores encuestan a los estudiantes de primer año de Medicina en tres universidades. Sólo el 20% identifica Medicina de Familia como su primera opción al terminar los estudios. Estos estudiantes son mayores, han vivido en pueblos, tienen menos orientación hospitalaria, se preocupan por los estilos de vida, tienen una orientación hacia los problemas sociales y desean hacer una práctica médica variada.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

## S-4.289 *Data protection, informed consent, and research*

**En busca del equilibrio en la protección de los datos clínicos**

Autores: Peto J, Fletcher O, Gilham C

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004;328:1029-30

Calificación: *Excelente*

Comentario: A todos nos parece lógico que se empleen datos de pacientes cuando no se pueda identificar a la persona. Estos dos principios parecen fáciles de entender y de aplicar, pero las cosas no son sencillas. Los autores, ingleses, se quejan de las enormes restricciones para acceder a datos clínicos. Ponen de ejemplo dos estudios, sobre cáncer de cuello de útero y sobre mesoteliomas, en los que llevan años sin poder tener acceso a los datos. Pronto habrá problemas de este estilo en España, al mismo tiempo que los desarrollos tipo Osabide (País Vasco) siembran de indignidad la confidencialidad de los datos clínicos informatizados. Habría que encontrar un equilibrio, ¿no?

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: JG

## S-4.290 *Direct-to-consumer pharmaceutical advertising*

**Los anuncios de medicamentos a los pacientes, molestos para los médicos y poco útiles para los pacientes**

Autores: Robinson AR, Hohkmann KB, Rifkin JI, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2004;164:427-32

Calificación: *Muy bueno*

**Comentario:** En España está prohibido anunciar los medicamentos con receta al público general. Se hace, pero de forma intermedia, a través de sugerencias (“sexo es vida”, por ejemplo) y de expertos (“aconsejan el nuevo tratamiento con antipsicóticos”). En este trabajo se encuestó a médicos y pacientes en Colorado, donde es legal anunciar medicamentos que sólo se pueden obtener con receta. Los médicos piensan que dichos anuncios no dicen nada sobre el coste, otros tratamientos posibles ni los efectos adversos (99%, 95% y 55%), que alargan el tiempo de consulta, y que llevan a que los pacientes pidan medicamentos concretos (56% y 81%).

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** JG

## S-4.291 *Are physicians doing too much colonoscopy? A national survey of colorectal surveillance after polypectomy*

**Uso y abuso de la colonoscopia en EE. UU.**

**Autores:** Mysliwicz PA, Brown ML, Klabunde CN, Ransohoff DF  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2004; 141:264-71

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** La colonoscopia es una exploración agresiva, que conlleva riesgos y no se puede recomendar sin más. Pero es fácil de realizar, y muy aparatosa, de forma que a los médicos que la realizan les gusta. En este trabajo se encuesta a un grupo representativo de gastroenterólogos y cirujanos generales en EE. UU. Se presenta un caso, varón de 50 años, y se pide que digan qué harían. Frente a un pólipa hiperplásico el 100% de los gastroenterólogos y el 54% de los cirujanos generales hacen colonoscopia, aunque no está justificado. Es decir, hacen colonoscopias de más.

**Referencias bibliográficas:** 47

**Revisor:** JG

## S-4.292 *Creating a culture of quality: the remarkable transformation of the Department of Veterans Affairs Health Care System*

**En diez años se puede cambiar un sistema sanitario**

**Autores:** Greenfield S, Kaplan SH

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2004; 141:316-8

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Es fácil caer en el desánimo cuando uno ve pasar los años sin que el sistema sanitario cambie de acuerdo con el conocimiento científico para prestar la mejor calidad en los cuidados clínicos. Por eso es muy gratificante leer este artículo acerca del éxito del sistema sanitario de atención a los veteranos de guerra en EE.UU. Es el único sistema público, con médicos asalariados. Pues bien, en diez años han mejorado sustancialmente la calidad del trabajo y la forma de medirlo (datos básicos mínimos, historia electrónica aplicación sistemáticas de normas y demás). Han logrado ofrecer a los diabéticos igual o mejor calidad que en organizaciones privadas.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** JG

## S-4.293 *Chlamydia screening in primary care*

**El necesario cribaje de las clamídeas**

**Autores:** Oakeshott P, Hay P, Pakianathan M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Br J Gen Pract* 2004;54:491-3

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** La salud sexual no es algo que esté mejorando, y lo peor es que no nos enteramos en las consultas. En este editorial los autores hacen una breve y oportuna revisión del cribaje de clamídeas en Medicina General. Se puede determinar en orina, o en muestras vaginales y endocervicales. Lo lógico es hacerlo en mujeres jóvenes, con múltiples compañeros sexuales, o con alteraciones ginecológicas, o que piden abortar; también en varones menores de 35 años con uretritis, supuración uretral o epididimitis. El tratamiento es muy eficaz, con azitromicina o con doxiciclina. La cuestión de fondo es considerar la infección como posible.

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** JG

## S-4.294 *Referral of suspected colorectal cancer: have guidelines made a difference?*

**La derivación por sospecha de cáncer no obedece sólo a las normas evidentes**

**Autores:** Jiwa M, Hamilton W

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Br J Gen Pract* 2004;54:608-10

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** El proceso diagnóstico no es fácil de normalizar (estandarizar), pues muchas veces lo que guía al médico es algo difícilmente medible. Se demuestra en este estudio, sobre 200 casos de cáncer colorrectal, en el Reino Unido, donde hay un proceso especial de tiempo máximo de espera de 2 semanas cuando el médico general deriva con urgencia un caso sospechoso, según los síntomas de un protocolo. El problema fue que 41 casos no cumplieron los criterios de la guía de derivación de cáncer colorrectal (pero fueron derivados por su médico). Y que 113 si cumplieron los criterios, pero sólo 63 se derivaron con urgencia. Todo tiene su intrínquis.

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** JG

## S-4.295 *Near-patient testing in Primary Care*

**El beneficioso uso de pruebas diagnósticas en Atención Primaria**

**Autores:** Fitzmaurice D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Br J Gen Pract* 2004;54:650-1

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** La tecnología permite llevar muchas técnicas diagnósticas y terapéuticas cerca del paciente, a la consulta o al domicilio, con ventajas e inconvenientes. En este editorial se repasa la cuestión y se considera desde la determinación de la proteína C reactiva en el diagnóstico de sinusitis bacteriana al diagnóstico precoz del embarazo. Más a fondo se considera la utilidad de la determinación y control del INR, bien en el centro, bien por el propio paciente en su domicilio. Se demuestra claramente un beneficio si se mide por eventos de sangrado o hemorragia grave, aunque suele haber un peor control del propio INR.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG

## S-4.296 *Cost-effectiveness of implementing new guidelines for treatment of hypertension in general practice*

**Se puede mejorar el proceso de atención a la hipertensión, pero hay que valorar el impacto en el incremento de personal**

**Autores:** Richardson G, Godfrey L, Gravelle H, Watt I  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Br J Gen Pract* 2004;54:765-71  
**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** La hipertensión es un grave problema cuando no se trata y es alta. Pero sabemos poco acerca de la forma práctica de marcar el límite de "alta", excepto que toda nueva guía baja el límite previo. Los autores utilizan la nueva guía británica, y calculan el impacto de su aplicación con datos reales de 2.023 pacientes en un centro de salud con 16 médicos generales y 7 enfermeras. Se pasa de no hacer nada en el 90% de los pacientes a no hacerlo en el 77%. El coste por evento cardiovascular evitado es de 30.000 libras, muy alto (y variable, según se mida). Calculan en 13 libras la consulta con el médico general y 7,6 con la enfermera.

**Referencias bibliográficas:** 28  
**Revisor:** JG

## S-4.297 *Getting the science right and doing the right science in vaccine safety*

**El control de la seguridad de las vacunas, cuestión candente y sin resolver**

**Autores:** Bernier R, Midthum K  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Public Health* 2004;94:914-7  
**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Las vacunas se comercializan con la buena intención de mejorar la salud de la población. A veces logran su fin, pero en cualquier caso se establece un sistema permanente de seguimiento que asegure el cumplimiento de sus fines. En este trabajo gringo se defiende el mecanismo de seguimiento de la *Food and Drug Administration* (FDA) y los *Centers for Disease Control* (CDC), contra una propuesta de crear un organismo independiente, por el peligro de que estos dos tengan interés en "sostener" sus propias recomendaciones. Los autores demuestran que se supo retirar la vacuna contra los rotavirus. No obstante, es cierto que no se ha sabido resolver ni los conflictos de interés, ni la transmisión a la sociedad de la seguridad de las vacunas.

**Referencias bibliográficas:** 3  
**Revisor:** JG

## S-4.298 *The origins of primary health care and selective Primary Health Care*

**La mejora general de los servicios sanitarios, o la mejora selectiva de los programas para atender lo más importante**

**Autores:** Cueto M  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Public Health* 2004;94:1864-74  
**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** Es proverbial la tensión entre la orientación de los servicios sanitarios, bien global bien selectivos. El autor, peruano, revisa la historia de la declaración de Alma Ata, y otros movimientos consecuentes para finalizar pidiendo la integración de los programas horizontales y verticales. La visión horizontal es más de una cierta izquierda, y la vertical de una cierta derecha. La global da pie a una mejora general y al desarrollo de sistemas polivalentes; la vertical a me-

jas selectivas y al desarrollo de respuestas muy eficaces.  
**Referencias bibliográficas:** 66  
**Revisor:** JG

## S-4.299 *Research and development of new vaccines against infectious diseases*

**El desarrollo de nuevas vacunas contra enfermedades infecciosas**

**Autores:** Kieny MP, Excler JL, Girard M  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Public Health* 2004;94:1931-5  
**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** La vacunación infantil es la actividad médica más coste-efectiva. Aunque hay quien se pregunta de qué vale salvar a niños de países pobres de la muerte por enfermedad infecciosa para dejarlos morir de hambre, el segundo problema no es médico (e intervenimos como simples ciudadanos), así que más vale intentar arreglar lo que es nuestro. Los autores hacen una revisión de lo que se está haciendo en vacunas, frente a diarreas, infecciones respiratorias, sida, virus del papiloma humano y demás. Relatan la historia del fracaso de la vacuna contra el rotavirus, para evitar diarreas y muertes por deshidratación, comercializada en 1998 y retirada del mercado en 1999, por un raro efecto adverso.

**Referencias bibliográficas:** 10  
**Revisor:** JG

## S-4.300 *CME and the pharmaceutical industry: two worlds, three views, four steps*

**La necesidad de dejar claro el papel de la industria farmacéutica en la formación de los médicos**

**Autores:** Davis D  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CMAJ* 2004;171:149-51  
**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** La formación continuada de los médicos es una cuestión de ética profesional, pero se mezcla con los intereses de quienes desarrollan nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos, y nuevas formas de gestión, por ejemplo. Esta mezcla puede llevar a la ceguera, y a la falta de ética. De todo ello habla el editorialista, canadiense, quien considera el punto de vista de la industria, de las Facultades de Medicina y de los pacientes. Lo clave, sugiere el autor, sería una colaboración clara y franca, con los intereses comerciales desvinculados de las actividades docentes.

**Referencias bibliográficas:** 14  
**Revisor:** JG

## S-4.301 *Prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures in postmenopausal women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care*

**Los canadienses se suman a la recomendación del cribaje y de prevención secundaria de osteoporosis en las mujeres climatéricas**

**Autores:** Cheung AM, Feig DS, Kapral M, Diaz-Granados N, Dodin S, *The Canadian Task Force on Preventive Health Care*  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CMAJ* 2004;170:1665-8  
**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** La osteoporosis se previene con ejercicio regular, ingesta de una dieta adecuada, poco café, y no fumando. Distintas sociedades científicas recomiendan el cribaje y la

prevención de la osteoporosis en las mujeres postmenopáusicas, y en este trabajo se les suman los canadienses. Éstos suelen ser más prudentes, y así sólo recomiendan el tratamiento preventivo secundario, en las mayores de 65 años, o con fractura previa. Como tratamiento sugieren los bifosfonatos y el raloxifeno. No recomiendan el tratamiento preventivo en general, y menos en climatéricas jóvenes.

**Referencias bibliográficas:** 6

**Revisor:** JG

## S-4.302 *Acceptability of less than perfect health states*

### El nivel normal de salud con el envejecimiento

**Autores:** Brouwer WBF, Exel NJV, Stolk EA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Social Sc Med* 2005;60:237-46

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Cuando se le pregunta a la gente acerca de la movilidad de un anciano, lo lógico es que se acepte una menor movilidad que en un joven, como demuestran los autores, holandeses. Se ve normal que un joven vaya a comprar al supermercado, y admira que el anciano de 92 años lo haga. El resultado de una encuesta por Internet deja claro que el proceso normal de envejecimiento no es visto homogéneamente, y hay áreas, como la sexual, en que se espera una actividad más constante a lo largo de la vida; en otras, como fertilidad femenina, se acepta su ausencia en la vejez. Son resultados esperables en un área poco explorada, como es el concepto relativo de salud.

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** MPF

## S-4.303 *The causes of low back pain: a network analysis*

### Las causas del dolor de espalda, según los pacientes

**Autores:** Campbell C, Muncer SJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Social Sc Med* 2005;60:409-19

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Los pacientes tienen una explicación para su dolor de espalda que difiere de la de los médicos, al menos cuando se les deja hablar, como han hecho los autores, ingleses. Para ello entrevistaron a 123 pacientes, de una muestra original de 234. Al analizar a fondo las respuestas de 71 mediante el uso de un diagrama en red, se demuestra que son cuatro las causas predominantes: problemas discuales, problemas de ciática, levantar peso y accidentes. Cada paciente tiene su propio esquema etiológico, y conviene conocerlo para intentar dar una respuesta lógica a su dolor de espalda que evite el uso innecesario del sistema sanitario.

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** MPF

## S-4.304 *Rofecoxib frente a antiinflamatorios no esteroideos en el tratamiento de la artrosis: análisis coste efectividad para España*

**Autores:** Ariza B, Hernández Cruz B, Navarro F

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Rev Clin Esp* 2004;204:457-65

**Calificación:** *Informativo*

**Comentario:** Este trabajo es arquetípico de los que logran la difusión de pautas terapéuticas sin fundamento científico.

Los autores, sevillanos, aceptan el valor de los inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 (Cox-2) por sus menores efectos gastroerosivos respecto a los inhibidores no selectivos de las Cox, como el ibuprofeno. Presentan la alternativa con y sin uso de gastroprotectores en mayores de 65 años, para el tratamiento de la artrosis, cuando fracasa el paracetamol. Demuestran que el tratamiento con rofecoxib es coste-efectivo. Lo malo es que no se preguntan otras cuestiones, que llevan a infarto de miocardio y a la muerte a los pacientes tratados con rofecoxib (S-4.305 y S-4.319).

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** MPF

## S-4.305 *Risk of cardiovascular events and rofecoxib: cumulative meta-analysis*

### Se retiró del mercado el rofecoxib a finales de 2004, pero desde 2000 se sabía su capacidad de provocar infartos de miocardio

**Autores:** Juni P, Nartey L, Reichenbach S, Sterchi R, Dieppe PA, Egger M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2004;364:2021-9

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** Los autores, suizos e ingleses, se preguntan si se conocía de antiguo el aumento de infartos de miocardio que conlleva el uso del rofecoxib. Para ello revisan estudios publicados, y archivos de la *Food and Drug Administration* (FDA) estadounidenses; en total, 18 ensayos clínicos y 13 estudios observacionales. Demuestran que a finales de 2000 ya se podía establecer un nexo entre el uso de rofecoxib y la mayor incidencia de infartos de miocardio. Esta mayor incidencia no se podía atribuir al efecto cardioprotector de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) no selectivos. Los autores se preguntan por qué no se retiró el medicamento hasta septiembre de 2004, y por qué la FDA no cumplió sus deberes.

**Referencias bibliográficas:** 49

**Revisor:** MPF

## S-4.306 *Evaluación cognitiva del anciano. Datos normativos de una muestra poblacional española mayor de 70 años*

**Autores:** del Ser T, García MJ, Sánchez F, Frades B, Rodríguez A, Bartolomé MP, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122((19):727-44

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** La evaluación del deterioro cognitivo en el anciano con los test habituales que utilizamos está muy influida por el nivel de escolarización. En este estudio realizado con la población anciana de Leganés se establecen los datos normativos de una serie de pruebas neuropsicológicas para cuatro subgrupos de edad y dos de nivel cultural, que pueden ser muy útiles para establecer con rigor el diagnóstico de demencia y de deterioro cognitivo leve en cada uno de los subgrupos. Aún no disponemos de tratamiento específico en las demencias; los inhibidores de la acetilcolinesterasa en fases precoces pueden reducir el deterioro cognitivo y funcional, aunque de forma muy discreta.

**Referencias bibliográficas:** 51

**Revisor:** MARL

### S-4.307 **Efectividad comercial de la industria farmacéutica. Rentabilidad para la industria y valor para los clientes**

**Autores:** Mur J, Vilardell M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(19):753-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En los últimos años lo habitual ha sido la promoción homogénea y estándar a través de extensas redes de ventas, pero se observa una disminución del retorno de la inversión promocional y una saturación de la visita médica (se recuerdan menos del 10% de visitas, un 20% de médicos no recibe delegados, sólo un 30% considera a los visitantes una fuente importante de información, y la mayoría creen necesario un cambio de estilo y contenido). Se aboga por cambios importantes en la estrategia comercial y por una personalización de la visita que aporte información y servicios útiles.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** MARL

### S-4.308 **Análisis de los costes de la enfermedad de Alzheimer en función del deterioro cognitivo y funcional**

**Autores:** López S, Garre J, Turón A, Hernández F, Expósito I, Lozano M, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2004;122(20):762-72

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Estudio prospectivo observacional en el que se determinan los costes de atención médica y sociosanitaria en pacientes ambulatorios con enfermedad de Alzheimer. Como es lógico, a mayor deterioro cognitivo y funcional y a mayor carga del cuidador, mayor coste, variando de 419 € al mes en los casos más leves a 1.150 € en los casos de más deterioro. Gran parte de este coste recae en las propias familias a través de la atención que prestan, estimado en unas 77 horas mensuales de ayuda para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

**Referencias bibliográficas:** 56

**Revisor:** MARL

### S-4.309 **Prescripción científica en la atención clínica diaria. De la teoría a la práctica**

**Autores:** Gervas J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** En: Meneu R, Peiró S. *Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica*. Barcelona: Masson SA, 2004

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Son múltiples los condicionantes de la prescripción farmacéutica de los médicos, y múltiples sus repercusiones. De ello suele escribirse con poco conocimiento real, o con bastante hipocresía. Por eso es muy de agradecer este capítulo escrito por un compañero nuestro que conoce bien la realidad desde múltiples perspectivas, en el que se abordan las dificultades de realizar una prescripción científica en la atención clínica diaria, partiendo de ejemplos y situaciones muy concretos. A pesar de las dificultades y situaciones especiales, considera que el 80% de la prescripción debería ser "científica", cosa que sin duda dista mucho de cumplirse.

**Referencias bibliográficas:** 62

**Revisor:** MARL

### S-4.310 **Relation between randomized controlled trials published in leading general medical journals and the global burden of disease**

**Los ensayos clínicos se orientan hacia los intereses de las sociedades opulentas (y los intereses de los que los financian)**

**Autores:** Rochon PA, Mashari A, Cohen A, Misra A, Laxer D, Streiner DL, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CMAJ* 2004;170:1673-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los ensayos clínicos tienen virtudes y vicios. Entre estos últimos, el centrarse en unas pocas cuestiones biológicas de tratamiento conocido. Los autores analizan 286 ensayos clínicos publicados en la mejores revistas científicas, en 1999, y contrastan los problemas clínicos a que se refieren con las enfermedades que producen mayor incapacidad y mortalidad en el mundo. Sólo el 43% de los ensayos clínicos se refieren a alguno de los 35 problemas mundiales importantes. Casi la mitad de estos problemas importantes fueron ignorados por los ensayos clínicos. El interés de los resultados de los ensayos clínicos fue muy pobre

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** JG

### S-4.311 **Author self-citation in medical literature**

**La autocita no implica mala calidad en un artículo científico**

**Autores:** Kovacic N, Misak A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CMAJ* 2004;170:1929-30

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Hay quienes citan mucho sus trabajos previos, como el firmante. Las causas son muchas, y no todas inocentes. Para muchos autores es la forma de incrementar su "impacto", que se mide por el número de citas que reciben sus trabajos (indicador que no excluye las autocitas). Los croatas autores de este editorial hacen una revisión de la cuestión al comentar un artículo con resultados originales en el mismo número. Lo importante es que la autocita no se asocia a peor calidad de los trabajos, y que en las revistas de mucho impacto no tiene efecto en la graduación de dicho impacto.

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** JG

### S-4.312 **Estimating deaths attributable to obesity in the United States**

**La obesidad como causa directa o indirecta de muerte**

**Autores:** Flegal KM, Williamson DF, Pamuk ER, Rosenberg HM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Public Health* 2004;94:1486-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Esto no hay quien lo controle, pues cuando la gente deja de fumar empieza a comer, y a engordar. La obesidad en los EE.UU. es algo impresionante, una epidemia de muchos kilos. Los autores revisan la cuestión y demuestran que los cálculos sobre el impacto en la mortalidad no están muy bien hechos. Se estima una mortalidad anual del uno por mil (unos 300.000 al año en los EE.UU.), pero se ha calculado para poblaciones sanas (riesgo relativo entre obe-

sos y no obesos) y se ha excluido a los muy ancianos. En España el problema no ha hecho más que empezar, pero vale la pena saber de qué va.

**Referencias bibliográficas:** 35

**Revisor:** JG

### S-4.313 *Hypertension control rates: time to translation of guidelines into clinical practice*

**Del ensayo clínico a la consulta diaria hay un largo trecho, al menos respecto al control de la hipertensión**

**Autores:** Hart PD, Bakris GL

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2004;117:62-4

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los ensayos clínicos dan algo de luz en el seguimiento de algunos problemas, como en la hipertensión. No son perfectos, pues lo máximo que se consigue es el control del 60% de los pacientes en las condiciones ideales del ensayo clínico. Los autores del editorial, de Chicago (EE.UU.), revisan el problema a propósito de un trabajo en el mismo número que demuestra el control correcto del 34% de los hipertensos en la práctica clínica. Es decir, que la práctica clínica podría mejorar manifiestamente. No sabemos si esa mejora sería lo mejor, dadas las contraindicaciones y los efectos adversos del tratamiento antihipertensivo, pero eso es algo que no cuestionan los editorialistas.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

### S-4.314 *Suboptimal pharmacotherapeutic management of chronic stable angina in the primary care setting*

**Tratamiento insuficiente de los pacientes anginosos sintomáticos**

**Autores:** Wiest FC, Bryson CL, Burman M, McDonell MB, Henikoff JG, Fihn SD

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2004;117:234-41

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los tratamientos de eficacia probada tienen eficacia si se utilizan, claro. Uno tiende a pensar que cuando hay síntomas los médicos lo hacemos mejor, pero los autores estudian a pacientes con angina estable, y demuestran que las cosas siguen siendo manifiestamente mejorables. Estudiaron a 10.295 pacientes, y en los que había síntomas de dolor anginoso más de dos veces por semana; el 22% no recibía ninguna medicación y el 33% sólo una; además, el 18% tomaba una dosis menor de la necesaria. En toda la muestra sólo el 36% recibía bloqueadores beta, de los cuales el 58% era a dosis infraterapéutica; hubo contraindicación para su uso en el 9% de los utilizadores.

**Referencias bibliográficas:** 44

**Revisor:** JG

### S-4.315 *Bedside diagnosis of coronary artery disease: a systematic review*

**La angina y el infarto pueden deducirse de un estudio básico**

**Autores:** Chun AA, McGee SR

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2004;117:334-43

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** No es fácil discernir la gravedad y la probabilidad de una angina o de un infarto en un paciente con dolor anginoso. Por eso es muy ilustrativo este trabajo en el que se revisaron 64 artículos sobre el valor pronóstico de los síntomas del paciente con dolor anginoso. En el caso de dolor anginoso crónico, lo de mayor valor es el dolor anginoso típico (subesternal, desagradable, que se precipita por el ejercicio, y cede en 10 minutos con reposo o nitroglicerina); le sigue un colesterol superior a 300 mg/dl, un infarto previo, y tener más de 70 años. En el dolor agudo, lo más útil es una elevación nueva del ST; le sigue, nuevas Q, y una nueva depresión de ST.

**Referencias bibliográficas:** 73

**Revisor:** JG

### S-4.316 *Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality*

**La mala salud percibida se asocia a más mortalidad, pero no por accidentes, homicidio o suicidio**

**Autores:** Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Social Sc Med* 2004;59:1297-306

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La salud percibida es un indicador extraordinario, pues si alguien se siente mal morirá antes, con gran probabilidad. Los autores, gringos, intentan entender un poco más este valor predictivo de la salud percibida. Utilizan datos de una encuesta nacional, de 689.710 personas, a las que siguieron una media de 7 años (4,3 a los que murieron, y 7,2 a los que sobrevivieron). La mala salud percibida se asocia a mayor mortalidad, más en varones; y sobre todo a muerte por diabetes e infecciones; menos a muerte por cáncer y enfermedad cardiovascular. No hay asociación con mortalidad por accidentes, homicidio y suicidio.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** JG

### S-4.317 *Unhealthy European health policy*

**Las reformas sanitarias europeas, a veces una oportunidad para la privatización**

**Autores:** Vos PD, Dewitte H, Stuyft PV

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Internat J Health Serv* 2004;34:255-69

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El estado de bienestar europeo exige un acuerdo entre políticos y ciudadanos para que no se pierda lo conquistado en el siglo xx, ni se limite la capacidad de competencia de la industria y los servicios (con cuya riqueza se sostiene dicho estado). Los autores analizan la nefasta manía reformadora de intentar obtener beneficio económico privado de la actividad sanitaria, mediante técnicas de gestión generalmente importadas de EE.UU. Con ello se pretende privatizar, o transferir gastos a los bolsillos de los ciudadanos, como una forma de asegurar el mantenimiento del sistema sanitario público.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG

### S-4.318 *Efficacy of gene therapy for SCID is being confirmed*

**Éxito de la terapia genética en el síndrome de inmunodeficiencia grave ligado al cromosoma X**

**Autores:** Cavazzana-Calvo M, Fischer A  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2004;364:21-2  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Como con casi todo, hay demasiadas expectativas acerca de la terapéutica genética. En concreto, hubo dos casos de leucemia en niños franceses tratados con transferencia de genes a través de retrovirus para devolver la capacidad inmunopoyética a la médula ósea en el síndrome grave de inmunodeficiencia ligada al cromosoma X. Este editorial, de autores franceses, comenta el éxito inglés sin efectos adversos, en nueve de los diez casos tratados, que se publica en otro artículo en el mismo número. Parece que la clave es retrasar el tratamiento hasta que los niños tienen más de tres meses.

**Referencias bibliográficas:** 8  
**Revisor:** JG

### S-4.319 *Vioxx, the implosion of Merck, and aftershocks at the FDA*

**Los efectos adversos del rofecoxib (para Merck y la FDA)**

**Autores:** Horton R  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2004;364:1995-6  
**Calificación:** Excelente

**Comentario:** En España Merck llevó a cabo una reclamación absurda contra Laporte, a propósito de los efectos adversos de rofecoxib, un antiinflamatorio de última generación. Merck perdió el juicio, y parte del crédito. En este editorial el director del *Lancet* comenta un artículo en el mismo número (S-4.305), en el que se demuestra que Merck sabía de los graves efectos adversos coronarios del rofecoxib cuatro años antes de retirarlo del mercado. Eso puede haber costado 27.000 muertos sólo en EE.UU. Está bien que los de Merck se hagan ricos a costa de crear buena salud, pero no a costa de muertos, como parece.

**Referencias bibliográficas:** 3  
**Revisor:** JG

### S-4.320 *External validity of randomised controlled trials: "To whom do the results of this trial apply?"*

**La validez externa, talón de Aquiles de los ensayos clínicos**

**Autores:** Rothwell PM  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2005;365:82-92  
**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los ensayos clínicos añaden conocimiento para decidir en la práctica clínica, pero no son la panacea. El autor, inglés, hace una excelente revisión acerca de las dificultades intrínsecas cuando se trata de utilizar los resultados de los ensayos clínicos en pacientes concretos. Entre otras cosas, hay diferencias de culturas médicas, de organización de servicios, y de niveles de atención. En el Reino Unido, por ejemplo, puede haber listas de espera de tres meses, frente a tres semanas en Bélgica y Holanda, en un ensayo clínico sobre endarterectomía carotídea. Lo peor es que ni se exige ni se mide la validez externa al publicar o valorar los ensayos clínicos.

**Referencias bibliográficas:** 102  
**Revisor:** JG

### S-4.321 *Evidence-based practice and the individual*

**El paciente y los ensayos clínicos**

**Autores:** Summerskill W  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2005;365:13-4  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La Medicina es un arte en continua evolución. Por eso es difícil ser médico general, y tratar de dominar el cambio continuo en los campos de mayor frecuencia en la consulta. El autor de este editorial, del *Lancet*, comenta la serie sobre la Medicina Basada en Pruebas que comienza con el artículo comentado previamente (S-4.320), primero de la serie. Se dedicará a considerar el problema de la aplicación de los ensayos clínicos a los pacientes concretos. Los médicos necesitamos saber más, pero los ensayos deben incluir, por ejemplo, una valoración clínica de los resultados, no sólo acerca de la validez estadística de los mismos.

**Referencias bibliográficas:** 9  
**Revisor:** JG