

## S-4.370 **Variabilidad en la estimación del riesgo coronario en la diabetes tipo 2**

**Autores:** Jimeno J, Molist N, Franch J, Serrano V, Serrano L, Gracia R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Aten Primaria* 2005;35:30-6

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** En el Centro de Salud del Raval Sur, de Barcelona, siguieron durante 10 años la evolución de 112 pacientes diabéticos. Clasificaron su riesgo cardiovascular según cuatro tablas, las dos estadounidenses de Framingham (91 y 98), la inglesa de UKPDS y la española de REGICOR. Demuestran que las tablas dan un pobre rendimiento y que tienen escaso valor predictivo en general. Hubo coronariopatía en el 17% de los pacientes, pero no se distribuyó según lo calculado, de forma que hubo más casos entre los de bajo riesgo y menos entre los de alto riesgo.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** MPF

## S-4.371 **The long-term effects and economic consequences of treatments for obesity: work in progress**

**(La obesidad y su impacto sobre las enfermedades crónicas: necesitamos investigación)**

**Autores:** Zohrabian A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2005;365:104-5

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** La obesidad es importante en los EE.UU. y en cualquier país desarrollado, y como destaca el autor, de los CDCR, de Atlanta (EE.UU.), un problema de salud pública en que falta investigación. Comenta un informe inglés ([www.nchta.org/fullmono/mon821.pdf](http://www.nchta.org/fullmono/mon821.pdf)) en el que sólo se pudieron utilizar por su baja calidad el 0,3% de los artículos con resultados de ensayos clínicos, y el 0,5% de los trabajos epidemiológicos respecto a la obesidad. Sin embargo, es clave entender cómo se puede perder peso, y qué se logra a largo plazo. La cuestión clave es mantener el peso a lo largo de años, y de eso hay poco publicado.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** MPF

## S-4.372 **Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation**

**(Los resultados de ensayos clínicos sobre grupos y situaciones concretas, a plantear al inicio del estudio)**

**Autores:** Rothwell PM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2005;365:176-86

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** Este artículo forma parte de la serie del *Lancet* sobre ensayos clínicos, y el autor, inglés, hace una excelente revisión acerca de la necesidad de datos sobre subgrupos en los ensayos clínicos. Son grupos de edad y sexo, pero también de clase social, o de tiempo de evolución de la enfermedad, o de comorbilidad. Todo ello es muy importante en el trabajo diario, y muy relevante para el paciente. Los datos no pueden extraerse de análisis *post-hoc* sino que hay que planificar los grupos desde el principio. Utiliza de ejemplo muchas veces la endarterectomía; por ejemplo, para demostrar que su beneficio es muchísimo mayor en las dos primeras semanas tras un ictus.

**Referencias bibliográficas:** 128

**Revisor:** MPF

## S-4.373 **Decline in mortality due to varicella after implementation of varicella vaccination in the United States**

**(Al vacunar, baja la mortalidad por varicela de 0,41 a 0,14 por millón)**

**Autores:** Nguyen HQ, Jumaan AO, Seward JF

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2005;352:450-8

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Al vacunar se busca disminuir la morbilidad y la mortalidad, y como demuestran los autores, gringos, se pueden lograr las dos cosas al tiempo. En EE.UU. la vacunación contra la varicela ha disminuido la incidencia de la misma en, aproximadamente, un 80%. En este trabajo también se demuestra que se ha reducido la mortalidad por esa causa, sobre todo en los niños de 1 a 4 años de edad (el 92%). Sin embargo, como la varicela es una enfermedad de bajísima letalidad, en la práctica la mortalidad ha bajado un 66%, del 0,41 al 0,14 por millón. La vacunación es, pues, más útil para evitar casos que su mortalidad.

**Referencias bibliográficas:** 22

**Revisor:** MPF

## S-4.374 **¿Son eficaces pautas cortas de tratamiento en faringoamigdalitis estreptocócicas?**

**Autores:** Martín JE, Cañadas JL, Bachiller MR, Eiros JM.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Medicina General* 2004;68 :561-7

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** La penicilina sigue siendo el tratamiento de elección de la faringoamigdalitis estreptocócica. En este artículo se revisa el tratamiento antibiótico de dicha entidad. Aunque *in vitro* *S. pyogenes* es siempre sensible a penicilina, en ocasiones se producen fracasos clínicos. Para estas situaciones se plantean otros antibióticos con un mayor espectro antibacteriano y una pauta posológica más cómoda, como podría ser cefuroxima axetil. La mayoría de los macrólidos,

por sus resistencias, no se consideran indicados en las infecciones faringéas, salvo si hay alergia a betalactámicos, situación para la que también disponemos de telitromicina.

**Referencias bibliográficas:** 77

**Revisor:** MARL

### S-4.375 **Relación entre la enfermedad arterial periférica oclusiva y la infección de *Chlamydomphila pneumoniae***

**Autores:** Gutiérrez J, Linares J, Fernández F, Ros E, de Dios J, Mendoza J, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clínica (Barc)* 2004 ;123(15):561-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Estudio de casos y controles en el que se presentan nuevas pruebas de la relación entre enfermedad arterial e infección por *C. pneumoniae*. Aunque no se pudo recuperar la bacteria mediante cultivo, sí se observó el ADN de la misma en el 67% de las placas de ateroma y la presencia de IgG anti-CE en el 74% de los controles. (frente al 12% y el 31% respectivamente en los controles. Pero aún no conocemos el mecanismo por el que *C. pneumoniae* produce arteriosclerosis, ni si la bacteria causa el daño inicial o acelera una lesión ateromatosa previa (5-4.382).

**Referencias bibliográficas:** 55

**Revisor:** MARL

### S-4.376 **Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España**

**Autores:** Guallar P, Santa-Olalla P, Banegas JR, López E, Rodríguez-Artalejo F

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clínica (Barc)* 2004 ;123(16):606-10

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Es bien sabido que la actividad física tiene una importante contribución a la salud de la población. Pero en ocasiones se piensa que los que hacen más ejercicio es porque están más sanos. Por eso es interesante este artículo, en el que además de señalarse que más del 40% de la población adulta mayor española es sedentaria y que la actividad física se asocia a mejor calidad de vida, se observa que esta asociación persiste aún después de ajustar por variables relacionadas con el estado de salud y el uso de servicios sanitarios. El ejercicio físico es positivo *per se*, y debemos aconsejarlo de forma habitual.

**Referencias bibliográficas:** 45

**Revisor:** MARL

### S-4.377 **¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente?**

**Autores:** Sánchez M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clínica (Barc)* 2004 ;123(16):619-20

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Aunque se considera que el 27%-38% de las urgencias hospitalarias son inadecuadas, en este editorial se estima que la sobrecarga asistencial que viven los servicios de urgencia hospitalarios no radica en ellas (dado que no consumen mucho tiempo), sino en una insuficiente oferta de camas donde acomodar a un paciente, que habría que adecuar a la demanda y necesidades de la población, para posteriormente abrir el debate sobre los que las utilizan ina-

decuadamente. Quizá se podría hacer de forma simultánea. Parece que está resultando ineficaz intentar redireccionar esas urgencias hospitalarias inadecuadas hacia Atención Primaria, y que no se les pone ningún freno.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** MARL

### S-4.378 **Clustering by health professional in individually randomised trials**

**(En los ensayos clínicos lo variable no es sólo el resultado en el paciente, sino también el profesional y lugar en que se realiza)**

**Autores:** Lee KJ, Thompson SG

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2005;330:142-4

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los ensayos clínicos nos ofrecen ayuda en la decisión pero poco más, por los muchos problemas respecto a su validez interna y externa. Los autores, ingleses dedicados a la estadística, revisan el problema de considerar que en los ensayos clínicos sólo hay variabilidad en la respuesta de los pacientes. Se olvida la enorme variabilidad en los profesionales y ambientes en que se realiza el estudio. Por ejemplo, reanalizan un ensayo clínico sobre tele-consultas a especialistas, y demuestran la enorme dispersión y la pérdida de valor de los resultados, por la variabilidad con que re-citan los especialistas.

**Referencias bibliográficas:** 14

**Revisor:** JG

### S-4.379 **Genetic screening for a single common LRRK2 mutation in familial Parkinson's disease**

**(Una nueva mutación del gen LRRK2 en formas de presentación familiar del enfermedad de Parkinson)**

**Autores:** Nichols WC, Pankratz N, Hernández D, Paisán-Ruiz C, Jain S, Halter CA, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2005;365:410-2

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Conviene estar al día de los hallazgos genéticos, pues llegan rápidamente a la prensa, y a nuestros pacientes. Y más si se refieren a enfermedades frecuentes, como la enfermedad de Parkinson. En este caso es un grupo internacional (con participación valenciana) el que busca y encuentra una nueva mutación de un gen que se asocia a la presentación familiar de tal enfermedad. Estudian a 767 familiares de 358 familias, y determinan el gen como heterocigótico en 35 (5%) casos, y en uno como homocigótico. Esta mutación Gly2019Ser no añade nada respecto a mecanismo fisiopatológico alguno.

**Referencias bibliográficas:** 7

**Revisor:** JG

### S-4.380 **The promise of stem cells in Parkinson disease**

**(El fallo de los trasplantes en la enfermedad de Parkinson, y las expectativas con las células germinales)**

**Autores:** Langston JW

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Clin Invest* 2005;115:23-5

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En la enfermedad de Parkinson hubo un tiempo de gran esperanza, con los trasplantes de neuronas dopami-

nérgicas fetales a la sustancia *nigra*, y el estriado de los pacientes. Pero los ensayos clínicos demostraron que las neuronas pervivían sin mayoría de los pacientes, o con graves discinesias en algunos casos. El autor comenta un trabajo en la misma revista que demuestra el éxito en monos enfermos con el implante de neuronas dopaminérgicas obtenidas de células germinales ("madre", dicen algunos). Parece, pues, que éste puede ser un mejor camino.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

## S-4.381 *Injertos para el corazón*

Autores: Cohen S, Leor J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Investigación Ciencia* 2005;340:51-7

Calificación: Bueno

**Comentario:** La insuficiencia cardíaca es una enfermedad de alta letalidad, cada vez más frecuente. Su prevalencia ha aumentado por el éxito en el tratamiento de los infartos de miocardio. Hasta ahora todo lo que ofrecemos es terapéutica paliativa. Los autores, ingenieros químicos israelíes, han introducido una nueva línea, que no es exactamente trasplante de miocitos, ni de células germinales. Lo que han logrado es el uso de alginato, un derivado de algas, para que forme un entramado artificial en la zona isquémica cardíaca. Sobre el parche se regeneran los vasos y los miocitos, y se repara la lesión.

Referencias bibliográficas: 3

Revisor: JG

## S-4.382 *Antibiotics in the prevention of heart attacks*

**El error al considerar la infección por *Chlamydia pneumoniae* como un factor de riesgo cardiovascular**

Autores: Danesh J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2005;365:365-7

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** La epidemiología de los factores de riesgo es una "fabricología", en el sentido de generar cualquier conocimiento con tal de dar trabajo a los expertos. De vez en cuando se desenmascara un factor de riesgo, pero eso sólo sirve para abonar el campo, tan productivo. El autor repasa el resultado de algunos grandes ensayos clínicos en los que se han tratado a pacientes con antibióticos a cuenta de estudios observacionales y de placas de aterosclerosis que sugerían que la infección por *Chlamydia pneumoniae* participaba en el 40% de los infartos de miocardio. Los datos de los ensayos clínicos niegan tal relación y la existencia de tal factor de riesgo.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

## S-4.383 *Is the rate of biological aging, as measured by age at diagnosis of cancer, socioeconomically patterned?*

**El cáncer de colon-recto, pulmón, y próstata se diagnostica a más temprana edad en pacientes pobres; viceversa el cáncer de mama**

Autores: Adams J, White M, Forman D

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health* 2005;59:146-51

Calificación: Bueno

**Comentario:** Lo que llamamos cáncer son probablemente muchas enfermedades, aunque impliquen los mismos cambios anatomopatológicos, y el mismo tejido. Pero mientras no sepamos más conviene aclararse respecto a la historia natural de los cánceres. Por ejemplo, sobre su virulencia. O, como hacen los autores, sobre su distinto patrón de presentación temporal según clase social. El estudio, con más de 100.000 casos de cáncer, compara la edad de diagnóstico según viva el paciente en una zona rica o pobre. Entre los pobres se diagnostican antes los cánceres de colon-recto, pulmón y próstata, y más tarde el de mama.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: JG

## S-4.384 *Host immunity and synchronized epidemics of syphilis across the United States*

**(Los ciclos en la epidemia de sífilis se deben a cambios en la inmunidad de los pacientes)**

Autores: Grassly NC, Fraser C, Garnett GP

Revista/Año/Vol./Págs.: *Nature* 2005;433:417-21

Calificación: Excelente

**Comentario:** En las enfermedades infecciosas el ambiente es muy importante. Por ejemplo, la tuberculosis empezó a descender cuando se mejoró la vivienda y la alimentación, sin relación con la aparición de la estreptomocina. Sin embargo, la relación huésped-agente patógeno sigue siendo importante. Lo demuestran los autores, ingleses, con datos de EE.UU., de casos de sífilis y gonorrea en 68 ciudades, a lo largo del siglo pasado. El tratamiento antibiótico disminuyó los casos, pero ha seguido la epidemia. La de sífilis a ciclos, por la inmunidad que genera. Y los ciclos se han homogeneizado entre ciudades, probablemente por más intercambio sexual.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

## S-4.385 *Epidemic cycling and immunity*

**(Para recuperar su fuerza, el depredador necesita que la población depredada recupere fuerzas)**

Autores: Grenfell B, Bjornstad O

Revista/Año/Vol./Págs.: *Nature* 2005;433:366-7

Calificación: Bueno

**Comentario:** La ecología es la ciencia de las poblaciones, de su relación con el medio ambiente. Las enfermedades infecciosas cumplen todos los requisitos para ser un buen caso a analizar respecto a su comportamiento ecológico. Por ello los editorialistas comentan el trabajo previo sobre la sífilis. Puesto que crea una cierta inmunidad, su epidemia es cíclica, a diferencia de la epidemia de gonorrea. La sífilis "agota" a la población, y no vuelve a expandirse hasta que no cede la inmunidad, o se suman nuevos individuos. Además, con el aumento de las comunicaciones, los ciclos se homogenizan entre ciudades, por el mayor contacto sexual. Así pues, se mezclan factores endógenos y exógenos.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

## S-4.386 *As the worm ages: epilepsy drugs lengthen nematode life span*

(La etosuximida alarga la vida de *Caenorhabditis elegans*)

**Autores:** Wilckeegren I

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Science* 2005;307:193

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** De vez en cuando se publican noticias científicas curiosas, que uno no sabe si despreciar. Por ejemplo, las que se han difundido acerca del impacto de algunos anti-epilépticos en el ciclo vital de *Caenorhabditis elegans*, un nematodo utilizado como animal experimental. Parece cierto que algunos anti-epilépticos, como la etosuximida, alargan la vida del nematodo en el laboratorio pues se asocian a prolongación de su ciclo vital. No se sabe bien por qué, y se descubrió valorando medicamentos al azar (también diuréticos y corticoides). En fin, ello dirá, como se decía antiguamente.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

## S-4.387 *Short-term effects of breast cancer on labor market attachment; results from a longitudinal study*

(Tras el diagnóstico de cáncer de mama, el 12% de las mujeres dejan de trabajar para siempre)

**Autores:** Bradley CJ, Neumark D, Bednarek HL, Schenk M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Health Econ* 2005;24:137-60

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Estar enfermo no es sólo padecer la enfermedad, sino sufrir sus consecuencias. Pero los médicos muchas veces sólo nos preocupamos por la enfermedad, sin saber que los pacientes sólo se interesan por las consecuencias. En este excelente trabajo se siguen los nuevos casos de un registro de cáncer de mama, en Detroit, con una base poblacional de más de 4 millones de habitantes. Hubo 2.424 casos entre 30 y 64 años durante los 16 meses de observación. Se entrevistó a las mujeres, a través del contacto con su médico. A los 6 meses del diagnóstico, el 12% se había jubilado por edad o por invalidez. El carcinoma *in situ* no tuvo repercusión laboral alguna.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

## S-4.388 *Preventing hospitalizations for children*

(La prevención de los ingresos hospitalarios de niños)

**Autores:** Flores G

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2005;365:201-2

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** A los médicos nos interesan las MIPSE; es decir, el sufrimiento, la morbilidad y la mortalidad innecesaria y prematura, y sanitariamente evitable. Lo difícil es definir el concepto de "evitable", como bien demuestra la editoralista a propósito de la prevención de los ingresos evitables de los niños. En España han trabajado la cuestión Casanova y Caminal, por lo que hay abundante bibliografía. La editoralista considera que es más importante que la clase social *per se* el trabajo con los niños y los padres sobre la enfermedad en cuestión, el seguimiento del tratamiento, el seguimiento médico del caso y los desencadenantes de la enfermedad.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** JG

## S-4.389 *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data*

(La hipertensión afecta al 29% de la población mundial)

**Autores:** Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2005;365:217-23

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Algunos factores de riesgo tienen bajo poder predictivo. Por ejemplo, la hipertensión, factor de riesgo para infarto de miocardio, ictus e insuficiencia cardíaca. Por ello, como comentan los autores, son más coste-eficientes los métodos de población que los de pacientes. Hacen cálculos y les sale que el 29% de la población mundial era hipertensa en 2000 (972 millones de personas). Y calculan que son 1.560 millones en 2005. Hay más hipertensos en los países desarrollados, y mucho se debe a los hábitos de vida. Puesto que se ha demostrado la eficacia del cribaje con ocasión de la consulta médica, algo podemos hacer.

**Referencias bibliográficas:** 65

**Revisor:** JG

## S-4.390 *Do variations in disease prevalence limit the usefulness of population-based hospitalization rates for studying variations in hospital admissions?*

(Para medir variabilidad geográfica hay que medir variabilidad en la tasa de morbilidad)

**Autores:** Shwartz M, Peköz EA, Ash AS, Posner MA, Restuccia JD, Iezzoni LI

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Care* 2005;43:4-11

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** La variedad científicamente inexplicable ha dirigido mucho el movimiento de guías y protocolos, para conseguir una homogeneidad supuestamente beneficiosa. Los autores, gringos, se preguntan si influye la prevalencia de enfermedades en la variabilidad, y estudian las tasas de prevalencia de distintas enfermedades según ingresos y consultas ambulatorias. Con ello calculan la prevalencia verdadera en la población. Después comparan la variabilidad geográfica en hospitalizaciones, a secas, según grupos de población. Descubren que la prevalencia obliga a cambiar el orden simplemente geográfico.

**Referencias bibliográficas:** 44

**Revisor:** JG

## S-4.391 *Setting a new standard for studies of geographic variation in hospital utilization rates*

(La variabilidad, un fenómeno por aclarar)

**Autores:** Ashton CM, Pietz K

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Care* 2005;43:1-3

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Es cierto que los médicos tenemos perfiles muy variados, que se explican mal por muchas variables que se manejen. Pero no es lo mismo la falta de explicación que el hacerlo mal. La idea tras la variabilidad científicamente inexplicable es que se debe eliminar y lograr que los médicos sean más homogéneos, no que la ciencia sea capaz de

explicar poco. Los editorialistas comentan el trabajo previo (S-4.390) y concluyen que no es fácil decir cuál es la tasa apropiada de ingresos. La prevalencia de enfermedad es importante. Incluso el resultado en salud ayuda poco, pues es poco dependiente de los cuidados prestados.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

### S-4.392 *Features of medical records in community practices and their association with preventive service delivery*

(En Ohio, EE.UU., menos del 1% de las historias clínicas ambulatorias está informatizada)

Autores: Weyer SM, Konrad N, Esola D, Goodwin MA, Stange KC, Flocke SA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2005;43:28-33

Calificación: Bueno

Comentario: Parece que el único modelo de Atención Primaria es el que se impuso tras la reforma en España, que algunos no comprenden cómo no se copia en todo el mundo. Los autores describen otra realidad al estudiar el uso de historias clínicas en el medio ambulatorio en Ohio (EE.UU.), en 79 consultorios (32, el 40%, con un médico solo, en trabajo independiente). Sólo uno tenía las historias clínicas informatizadas; varios habían abandonado la informatización del material clínico. La existencia de hojas de seguimiento de vacunaciones y pautas preventivas se asoció a más actividad de prevención.

Referencias bibliográficas: 47

Revisor: JG

### S-4.393 *Comparison of the predictive validity of diagnosis-based risk adjusters for clinical outcomes*

(El acierto en la predicción de mortalidad y hospitalización depende mucho de la edad)

Autores: Petersen LA, Pietz K, Woodard LD, Byrne M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Care* 2005;43:61-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los pacientes no se hospitalizan ni mueren al azar. Los que están más enfermos suelen ser los que más ingresan y mueren, los que más gastan. Para calcular el gasto futuro de los pacientes se emplean métodos de ajuste del riesgo, como los DCG (*Diagnostic Cost Groups*) y los ACG (*Ambulatory Care Groups*). En este trabajo se clasificaron con estos dos métodos los más de 3 millones de veteranos atendidos en su sistema en EE.UU., y se valoró su capacidad de predicción respecto a mortalidad y hospitalizaciones. Fueron mejores los DCG, seguidos del ajuste por edad y sexo, y por los ACG. Añadir la edad mejoró la predicción de los dos métodos.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

### S-4.394 *Impact of physician training level on emergency readmission within internal medicine*

(Los residentes reingresan más a los pacientes en urgencias)

Autores: Adamiak GT, Kalberg I

Revista/Año/Vol./Págs.: *Internat J Technology Assessment Health Care* 2004;20:516-23

Calificación: Bueno

Comentario: Los reingresos son indicadores de problemas, bien del paciente, bien de su atención. Hay mucha literatura al respecto, pero sin que sea definitiva. Los autores, suecos, estudian el reingreso de pacientes, antes de los 30 días del alta, en Estocolmo. Se produjeron en un mes 408 reingresos inesperados, el 8% del total de ingresos. Demuestran que estos pacientes son más viejos y tienen más comorbilidad (sobre todo, insuficiencia cardíaca). Los ingresan más los residentes. Hay menos reingresos entre los pacientes que van a ver al médico general.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

### S-4.395 *What has happened to antimicrobial usage in primary care in the United Kingdom since the SMAC report? Description of trends in antimicrobial usage using the General Practice Research Database*

(El uso de antimicrobianos bajó en el Reino Unido)

Autores: Smith GE, Smith S, Haetlie H, Bashford JNR, Hawker J, Aschcroft D, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Public Health* 2004;26:359-64

Calificación: Bueno

Comentario: El uso de antibióticos es exagerado y tiene consecuencias graves por las resistencias. Se ha intentado disminuir el uso, pero no es fácil. En este trabajo se analiza la tasa de prescripción de antimicrobianos en el Reino Unido, desde 1993 a 2001, para valorar el impacto de varios informes, recomendado disminuir su uso. Se demuestra que sobre todo se consiguió un acortamiento en el tratamiento de las cistitis con trimetropin (a tres días en el 41% de los casos, desde el 16%). Disminuyó también el uso de antibióticos para las toses, y para las faringitis, pero el descenso fue menor.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

### S-4.396 *Evidence-Based Medicine, heterogeneity of treatment effects and the trouble with averages*

(La dificultad de pasar los resultados globales de los ensayos clínicos al paciente individual)

Autores: Kravitz RL, Duan N, Braslow J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Milbank Q* 2004;82:661-87

Calificación: Bueno

Comentario: Los ensayos clínicos permiten comprobar los efectos de medicamentos y otras intervenciones en ciertas condiciones más o menos ideales. El problema de los ensayos clínicos no es tanto la validez interna como la externa (pasar los resultados a las condiciones reales diarias). Los autores hacen una revisión de estos problemas, que dependen de la variedad entre los pacientes referente al riesgo de su enfermedad, respuesta al tratamiento, probables efectos adversos y valoración personal de los resultados en salud. Lo mejor, que los pacientes de los ensayos clínicos sean lo más parecido posible a la población en que se aplicarán los resultados de los mismos.

Referencias bibliográficas: 79

Revisor: JG

## S-4.397 *Diagnosis of lung cancer in primary care: a structured review*

**(Necesitamos más investigación sobre las formas de presentación del cáncer de pulmón)**

**Autores:** Hamilton W, Sharp D

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Fam Pract* 2004;21:605-11

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** La mayoría de las enfermedades tienen síntomas iniciales que llevan a los pacientes a la consulta del médico general. Es, pues, importante, saber la historia natural, desde la primera consulta hasta la enfermedad florida. Los autores revisan todo lo que se ha publicado en el mundo acerca del valor predictivo de los síntomas iniciales del cáncer de pulmón, y encuentran escasísima investigación en Medicina General. Por ello, los cálculos sobre el valor predictivo de los síntomas sólo se pueden hacer en el segundo nivel. Destaca el valor de la hemoptisis, y la escasa importancia de la disnea.

**Referencias bibliográficas:** 83

**Revisor:** JG

## S-4.398 *Varicella vaccine and infection with varicella-zoster virus*

**(La vacunación contra la varicela puede conllevar el aumento del herpes zoster)**

**Autores:** Vázquez M, Shapiro ED

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med* 2005;352:439-40

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Uno de los supuestos efectos de vacunar contra la varicela es que se disminuirá el número de casos de herpes zoster en el futuro, pero en este breve comentario se considera la hipótesis contraria. Sí se precisa una exposición repetida al virus de la varicela para mantener un estado inmunitario que evite el desarrollo del herpes zoster, los pacientes que tuvieron varicela corren riesgo de padecer el herpes, y a edades menores, si la vacunación tiene éxito poblacional. No es razón suficiente, claro, para evitar la vacunación contra la varicela, pero es una cuestión interesante.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** MPF

## S-4.399 *Gaps in the safety net*

**(El programa de la tarjeta amarilla, potente pero insuficiente)**

**Autores:** Couzin J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Science* 2005;307:196-8

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** La talidomina no se vendió en EE.UU. porque la *Food and Drug Administration* (FDA) no dio su aprobación, como recuerda la autora. Los 8.000 niños con focomelia fueron europeos. Ahora la situación es a la inversa, y la agencia europea es más estricta y, sobre todo, tiene mejor sistema de seguimiento postautorización. El problema del inhibidor selectivo de la COX de Merck puede tener tanto impacto en EE.UU. como tuvo en su tiempo el de la talidomina en Europa. Allí se le calculan 100.000 infartos e ictus (un tercio mortales). La situación exige nuevos y mejores sistemas de aprobación y de seguimiento de la seguridad de los medicamentos.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** MPF

## S-4.400 *La hipertensión: encarnizamiento diagnóstico y terapéutico*

**Autores:** Gervas J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Gac Med Bilbao* 2004;101:77-80

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Necesitamos más ciencia y menos expertos, viene a decir el autor. Ciencia que demuestra, por ejemplo, que los beneficios superan a los perjuicios en el diagnóstico precoz de la hipertensión en adultos, mediante cribado de pacientes que acuden por otro motivo a la consulta médica. Pero no hay datos para tomar una decisión respecto a niños y adolescentes. De hecho, lo más ético sería dejar en paz a los niños y adolescentes, en los que la preocupación clínica es la de la hipertensión secundaria (el 30% en la infancia). En otro ejemplo, mientras en Canadá y EE.UU. se abandona la doxazosina para la hipertensión, en España su uso aumenta.

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** MPF

## S-4.401 *Hipertensión arterial y menopausia: aspectos fisiopatológicos y terapéuticos*

**Autores:** Aranda-Lara P, Aranda-Lara FJ, Aranda-Granados PJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Gac Med Bilbao* 2004;100:85-92

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Éste es el típico trabajo de los expertos honrados, y vale la pena leerlo. Los autores son malagueños, y hacen una revisión acerca de las razones que explican que las mujeres empiecen más tarde con la hipertensión, pero luego tengan más problemas que los hombres. Hay factores de disfunción endotelial, de hiperactividad simpática y de hiperinsulinismo (el sobrepeso y la obesidad, siempre presentes). Recomiendan evitar la terapia hormonal sustitutiva, lo que es lógico. También recomiendan los diuréticos en primera línea (aunque cargan luego la mano a favor de las alternativas, como bloqueadores alfa y antagonistas del calcio, como es de esperar en unos expertos).

**Referencias bibliográficas:** 47

**Revisor:** MPF

## S-4.402 *Bronchodilator treatment and deaths from asthma: case-control study*

**(Los antibióticos y corticoides, asociados a menos muertes en asmáticos; los  $\beta$ -agonistas de acción corta, asociados a mayor mortalidad)**

**Autores:** Ross H, Ayeres JG, Sturdy PM, Martin J, Butland BK, Peckitt C, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2005;330:117-20

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** Los autores identifican 532 casos de muerte por asma (44% en el hospital), y comparan estos casos con otros tantos controles entre pacientes ingresados por asma en hospitales de la misma zona. Buscan y comparan las historias clínicas de los pacientes en Medicina General, respecto al uso de medicamentos hasta cinco años antes. Demuestran una asociación negativa de la mortalidad con el uso de antibióticos y de aerosoles de corticoides; y una asociación positiva con el uso de  $\beta$ -agonistas de acción corta. No hay asociación con el uso de  $\beta$ -agonistas de larga acción. El trabajo

destaca por el rigor de su diseño y realización, y permite concluir que hay que mejorar el seguimiento de los pacientes asmáticos.

**Referencias bibliográficas:** 14

**Revisor:** MPF

### **S-4.403** *Restricción al uso de datos personales sanitarios: a propósito de una sentencia sobre el registro de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana*

**Autores:** Regidor E, de la Fuente L, de Mateo S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clínica (Barc)* 2004 ;123(16):624-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En marzo de 2004 la Audiencia Nacional anuló una orden del Ministerio de Sanidad por la que se creaba un fichero de datos de carácter personal de sida. Los autores, desde la perspectiva de la epidemiología y la medicina preventiva, consideran que este hecho supondrá una importante limitación para la investigación y la práctica clínica y de salud pública en España. Lo que ha prevalecido en la sentencia es que el fichero no garantiza la seguridad de los datos de carácter personal que contiene ni evita el acceso no autorizado. ¿Se podrá compatibilizar la seguridad de los datos personales con el interés de la "salud pública"?

**Referencias bibliográficas:** 33

**Revisor:** MARL

### **S-4.404** *Fármacos de acción lenta para el tratamiento de la artrosis*

**Autores:** Isasi C, Alcaraz M, Sanz J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004;28:145-50

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Revisión sobre los fármacos de acción lenta para el tratamiento de la artrosis (sulfato de glucosalina, condroitin sulfato, diacereína y ácido hialurónico), en el que se concluye que su prescripción, durante períodos de dos o tres meses, puede mejorar la sintomatología de la artrosis de rodilla (que se produce tras varias semanas de tratamiento, manteniéndose temporalmente después de retirar el fármaco), sin que haya base suficiente para su utilización como tratamiento estructural. No obstante, se recuerda que la base del tratamiento de la gonartrosis es la información, el paracetamol y el fortalecimiento del cuádriceps.

**Referencias bibliográficas:** 26

**Revisor:** MARL

### **S-4.405** *Mejoría clínica y anatomopatológica de la psoriasis en pacientes con artrosis tratados con condroitín sulfato: descripción de 3 casos*

**Autores:** Vergés J, Montell E, Herrero M, Perna C, Cuevas J, Pérez M, Möller I

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clínica (Barc)* 2004 ;123(19):739-42

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En Medicina, como en otras áreas, no todos los "descubrimientos" son fruto de una investigación dirigida. A menudo la observación de la realidad nos abre nuevos horizontes, como ocurre en este caso: tres pacientes con gonartrosis tratados con 800 mg/día de condroitín sulfato durante dos meses, que además padecían psoriasis rebelde a di-

versos tratamientos, presentaron una notable mejoría clínica e histológica de su alteración cutánea. Hecho que de confirmarse en nuevos estudios puede suponer una esperanzadora posibilidad para algunos pacientes con psoriasis.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** MARL

### **S-4.406** *What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services*

**(La incontinencia urinaria, muchas veces un problema oculto)**

**Autores:** Horrocks S, Somerset M, Stoddart H, Peters TJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Fam Pract* 2004;21:689-96

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Muchos problemas de salud no llegan al médico, por cuestiones varias en torno a la accesibilidad. Uno de ellos es la incontinencia urinaria, especialmente en los ancianos. Los autores, ingleses, entrevistan en profundidad a 20 ancianos con incontinencia urinaria (de ellos 9 varones) con objeto de entender la conducta de los que no consultan. La cuestión básica para no consultar es que aceptan el envejecer como un deterioro biológico, del que forma parte la incontinencia. Lo ven como algo inevitable, de lo que da apuro hablar, y que se puede controlar personalmente, sin ayuda profesional.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

### **S-4.407** *Carl von Linné, Thomas McKeown, and the inadequacy of disease classifications*

**(La necesidad de mejorar las clasificaciones de enfermedad)**

**Autores:** Mackenbach JP

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Eur J Public Health* 2004;14:225

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las clasificaciones de enfermedad dependen del contenido científico de la Medicina. Las clasificaciones dan idea del nivel diagnóstico y terapéutico de su tiempo. El autor de este editorial, holandés, repasa la historia, desde Linneo (siglo xviii) a McKeown (siglo xx), y pone el énfasis en la necesidad de desarrollar clasificaciones sobre la etiología. El problema es que no conocemos la causa de muchas enfermedades, y en muchas hay varias causas. McKeown propuso una clasificación simple: enfermedades prenatales (genéticas y otras), de la pobreza, y de la riqueza. Es una buena clasificación, pero las cosas no son tan simples, lamentablemente.

**Referencias bibliográficas:** 5

**Revisor:** JG

### **S-4.408** *Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western populations*

**(La obesidad, el componente más importante de los estilos de vida con impacto en la hipertensión)**

**Autores:** Geleijnse JM, Kok FJ, Grobbee DE

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Eur J Public Health* 2004;14:235-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Las enfermedades del desarrollo conllevan una ironía, pues se deben a la riqueza, con la que se eliminan muchas de las enfermedades que diezmaron a la Humanidad en su evolución. Por ejemplo, la obesidad, el sedentarismo y el exceso de sal en la comida son productos típicos del desarrollo. Los autores, holandeses, parten de muestras de población de EE.UU., Finlandia, Holanda, Italia, y Reino Unido y relacionan las cifras de hipertensión con estos factores de riesgo. Demuestran que lo más importante es la obesidad (sobre todo en EE.UU.); también el sedentarismo, el exceso de sodio, y la falta de potasio y de magnesio.

**Referencias bibliográficas:** 34

**Revisor:** JG

### S-4.409 *The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions*

**(Las hospitalizaciones evitables, un instrumento para valorar la eficiencia de la Atención Primaria)**

**Autores:** Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Eur J Public Health* 2004;14:246-51

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** El trabajo médico busca evitar lo médicamente evitable. Parece, pues, un objetivo fácil de medir, pero en la práctica la cosa no es sencilla. Las autoras presentan un trabajo español, para lograr un listado de enfermedades que no deberían terminar en hospitalización con una Atención Primaria de calidad. Van más allá, pues definen un grupo en el que la hospitalización es precisa, pero se necesita una buena coordinación primaria-especializada para que terminen bien las cosas. Por ejemplo, apendicitis con complicaciones. La propuesta no es perfecta, pero sirve de punto de inicio.

**Referencias bibliográficas:** 35

**Revisor:** JG

### S-4.410 *Do lower socioeconomic groups use more health services because they suffer form more illness?*

**(A menos educación más comorbilidad y mayor uso de servicios sanitarios)**

**Autores:** Droomers M, Westert GP

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Eur J Public Health* 2004;14:311-3

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** En principio, el uso de los servicios sanitarios debería ser proporcional a la carga de enfermedad y a la vulnerabilidad médica de las enfermedades. Los autores, holandeses, emplean los resultados de varias encuestas nacionales de salud, en su país, y analizan la relación entre clase social (educación), comorbilidad y uso de servicios sanitarios. Hay más comorbilidad en la clase social baja (2,5 veces). El análisis demuestra la asociación entre dicha comorbilidad y el mayor uso de servicios sanitarios (explica el 40% de dicho uso). Al menos es evidente que se asocia uso a necesidad.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** JG

### S-4.411 *A year is a terrible thing to waste: early experience with HIPPA*

**(Las dificultades de la investigación clínica con las nuevas normas en EE.UU.)**

**Autores:** Ness RB

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *AEP* 2005;15:85-6

**Calificación:** *Informativo*

**Comentario:** La investigación es imprescindible para mejorar la actividad clínica. Para hacer investigación clínica hay que respetar al paciente y las normas deontológicas. A veces la legislación llega a ser demasiado estricta, como pasó en la Unión Europea hace unos años. Ahora le toca a EE.UU., donde en 2003 se implantó una nueva legislación cuya interpretación da pie a graves restricciones. Lo comenta la autora, y da datos de cómo el reclutamiento en un estudio se ha reducido a la mitad, y de cómo se llegó a prohibir la declaración de casos a un registro (de cáncer). Se precisa un punto intermedio, no cabe duda.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** JG

### S-4.412 *Shared decision making and risk communication in practice. A qualitative study of GP' experiences*

**(No es fácil compartir decisiones con los pacientes)**

**Autores:** Edwards A, Elwyn G, Wood F, Atwell C, Prior L, Houston H

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Br J Gen Pract* 2005;55:6-13

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Parece lógico que en la consulta se compartan decisiones y riesgos con los pacientes, sobre todo en situaciones complejas. Pero los pacientes no están acostumbrados a una dinámica que les convierte en actores y protagonistas. Lo autores, galeses, emplean el método de grupos focales para analizar las dificultades prácticas del compartir decisiones y riesgos con los pacientes. Los médicos generales estudiados había tenido previamente formación al respecto. En la práctica se escogen pacientes que parecen receptivos, y no se ofrece el compartir a todo el mundo. Muchos pacientes no desean participar en decisiones.

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

### S-4.413 *Diagnostic work-up of rectal bleeding in general practice*

**(El seguimiento de la rectorragia por los médicos generales alemanes [el 60% de los casos derivados a especialistas])**

**Autores:** Heintze C, Matysiak-Klose D, Kröhn T, Wolf U, Brand A, Meisner C, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Br J Gen Pract* 2005;55:14-9

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** La rectorragia es un síntoma relativamente frecuente en las consultas de los médicos generales. ¿Cómo se estudia y en qué acaba? En este trabajo alemán participaron 94 médicos generales (de un total de 2.440 invitados). Durante un año registraron 422 pacientes con rectorragia. Derivaron el 60%. Hubo 17 (4%) casos de cáncer y 22 de colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. Las hemorroides fueron lo más frecuente (26%). Se hizo ecografía abdominal en el 13% (en algunos casos, 10, por el mismo médico general), y la colonoscopia al 46% del total.

Referencias bibliográficas: 20  
Revisor: JG

### S-4.414 *Routine vaccines accross the life span, 2005*

(Las vacunas, recomendaciones 2005)

**Autores:** Zimmerman RK, Middleton DB, Burns IT, Clover RD, Kimmel SR

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Fam Pract* 2005;54 (Suppl 1):9-25

**Calificación:** Buena

**Comentario:** La vacunación es una forma de prevención primaria muy eficaz, aunque siempre hay fallos. Fallos por las propias vacunas, y fallos por el sistema sanitario. Los autores repasan todas las vacunas, de niños y adultos, y examinan sus ventajas e inconvenientes. El repaso es correcto, pues por ejemplo también considera la posibilidad de un calendario vacunal contra el tétanos completo en la infancia y revacunación a los 50 años (o 65), y nada más. También se analiza la necesidad de revacunación en algunos casos especiales en que se precisa más protección con la vacuna antineumocócica.

**Referencias bibliográficas:** 66

Revisor: JG

### S-4.415 *Why neoliberal health reforms have failed in Latin America*

(Las políticas de privatización aumentan la falta de equidad del sistema sanitario en Iberoamérica)

**Autores:** Homedes N, Ugalde A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Health Policy* 2005;71:83-96

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Siempre tiene uno la sensación de que lo privado funciona mejor. Sin embargo, al menos en el sector salud, las cosas no están claras. Este artículo revisa el resultado de la aplicación en los países iberoamericanos de las recetas de privatización del sector salud. Lo fuerzan el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que recomiendan privatización y descentralización, sin incremento del poder de control y planificación. El resultado es el aumento de la falta de equidad, una lacra en Iberoamérica. Los beneficiarios, las empresas de organización de servicios, las consultorías y los empleados del propio Banco Mundial.

**Referencias bibliográficas:** 81

Revisor: JG

### S-4.416 *Can health survive the single market?*

(El libre mercado de servicios afectará a la prestación de servicios de salud en la Unión Europea)

**Autores:** Neroth P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2005;365:461-3

**Calificación:** Buena

**Comentario:** La Unión Europea es más que nada un mercado común, aunque no sólo eso, pues también se redistribuye la riqueza. Hasta ahora se ha logrado el libre movimiento de bienes, capitales y trabajadores, pero los servicios se resisten. Por supuesto, en el Tribunal Europeo de Justicia se ganan todos los juicios contra las restricciones a la libertad de movimiento de servicios. Y al perder en cuestiones referentes a salud, la Comisión Europea está siendo forzada a incluir los servicios de salud entre los que hay que promover la movilidad y la competencia. Aunque sea a costa de los servicios nacionales de salud. Veremos cómo se legisla al final.

**Referencias bibliográficas:** 0

Revisor: JG

### S-4.417 *Comorbidity as a predictor of stage of illness for patients with breast cancer*

(Las mujeres diabéticas, con enfermedades mentales o hematológicas tienen cánceres de mama diagnosticados tardíamente)

**Autores:** Flemming ST, Pursley HG, Newman B, Pavlov D, Chen K

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Care* 2005;43:132-40

**Calificación:** Buena

**Comentario:** Los pacientes no son rígidos muñecos, sino complejos seres vivos. Por eso es extraño que la Medicina Basada en Pruebas tenga tanto predicamento, pese a su afán reductor de la complejidad clínica. Por ejemplo, la coexistencia de enfermedades de base en el diagnóstico tardío del cáncer de mama. Los autores hacen un estudio en el que comprueban que tienen diagnóstico tardío las mujeres diabéticas, enfermas psiquiátricas, o con enfermedades hematológicas. Por el contrario, se diagnostica precozmente el cáncer de mama en mujeres con enfermedad cardiovascular, del aparato locomotor, gastrointestinal, o patología benigna de mama. El médico no se comporta igual, o la situación es distinta.

**Referencias bibliográficas:** 36

Revisor: JG