

## S-4.418 **Sondas de alimentación en las demencias avanzadas: ¿mejoran algo?**

**Autores:** Ruiz García V

**Revista/Año/Vol./Págs.:** SEMERGEN. 2005;31:86-7

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** En la sección de "la búsqueda de la mejor información" se tratan problemas clínicos importantes en forma ágil y rigurosa, de forma que el autor deja claro en este caso, sin duda, que las sondas de alimentación son inútiles y peligrosas en los pacientes dementes que dejan de comer. No hay ensayos clínicos al respecto, pero los estudios permiten concluir que las sondas nasogástricas y las gastrostomías endoscópicas percutáneas no mejoran la mortalidad de los pacientes con demencia avanzada ni el estado nutricional. Tampoco ayudan a prevenir la aparición de úlceras de decúbito. Y constituyen un factor de riesgo para las neumonías por aspiración.

**Referencias bibliográficas:** 3

**Revisor:** MPF

## S-4.419 **Asma, ignorancia científica y clase social**

**Autores:** Gervas J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Pharm Care Esp. 2004;6:166-70

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Ignoramos casi todo acerca de una enfermedad de gran prevalencia en nuestras consultas, incluso eso, la prevalencia, como comenta el autor. Por ejemplo, la prevalencia de asma grave es cuatro veces mayor en Cartagena que en Pamplona, pero no estamos muy seguros de si eso es cierto o un artefacto. Lo más lamentable es que sabemos también poquísimo de la etiopatogenia, aunque parezca imposible, y a ese ton va el tratamiento. Por ejemplo, sería conveniente el uso complementario a los corticoides inhalados de dosis bajas de teofilina para lograr el aumento de la concentración de deacetilasa de histonas y, así, la represión de genes que sintetizan citoquinas activas en el asma. Con lógica, pero desconocido.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** MPF

## S-4.420 **Medicamentos sin receta en los pacientes con asma**

**Autores:** Zardain M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Pharm Care Esp. 2004;6:235-41

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La autora trabaja en el Centro de Información de Medicamentos, del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias. Como en todos estos centros, la información que dan es buenísima. Sirva de ejemplo este artículo en el que reco-

gen recomendaciones sobre el uso de medicamentos de libre dispensación en los pacientes asmáticos. Advierte de los problemas de los analgésicos y recomienda de elección del paracetamol. Asimismo, recomienda evitar los mucolíticos con acetilcisteína en los asmáticos con sensibilidad a la misma, por el peligro de broncoespasmo.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** MPF

## S-4.421 **Resultados y recursos en el sistema sanitario español: el contexto del sistema comparado**

**Autores:** Puig-Junoy J, Castellanos A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V, editores. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson; 2004;15-42

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En este texto se aceptan sin discutir mucho los resultados del estudio de la OMS en que se compararon sistemas sanitarios. Al menos se complementan con los de la OCDE, y con el claro razonar de los autores. Concluyen así, con lógica, que no hay ninguna posibilidad de llegar a una norma que determine el nivel adecuado de gasto en servicios sanitarios. España sale muy bien en las comparaciones internacionales, con un índice de eficiencia que sólo superan Italia y Francia, pero los autores señalan que eso se debe a la moderación en el gasto, no a la excelencia en los resultados. Quizá lo que haya sea un buen trabajo micro (del médico), y un peor trabajo macro (del sistema agregado).

**Referencias bibliográficas:** Libro

**Revisor:** MPF

## S-4.422 **Efectividad de la aplicación de un protocolo clínico para el manejo de la faringitis aguda en adultos**

**Autores:** Irurzun C, González M, Recondo M, Urtasun M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2005;35(1):22-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Trabajo realizado en Buenos Aires, en el que se evalúa un programa de mejora de calidad secuencial en el diagnóstico y el tratamiento de la faringitis. Se aumentó la utilización de prueba de detección antigénica (del 30% al 50%), la prescripción total de antibióticos no varió (36%) y mejoró el uso adecuado de antibióticos y la prescripción de los de primera elección (benzilpenicilina o penicilina V). El uso de prueba rápida de detección antigénica no parece mejorar el uso global de antibióticos. *S. pyogenes* es sensible a penicilina y debe ser el tratamiento de primera elección, salvo excepciones.

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** MARL

### S-4.423 **Efectividad del tratamiento con bromuro de tiotropio en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica**

**Autores:** Jaén JI, de Castro C, Cordero B, Gontán MJ, Callejas S, López F

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)*. 2005;124(1):1-3

**Calificación:** Buena

**Comentario:** Estudio llevado a cabo en un centro de salud de Toledo con 24 pacientes con EPOC. Se les sustituyó el tratamiento de bromuro de ipratropio (BI, Atrovent) por el de bromuro de tiotropio (BT, Spiriva). A los tres meses, se observaron cambios favorables en calidad de vida, grado de disnea, tolerancia al ejercicio, espirometría (sólo significativo para el FEV<sub>1</sub>) y sobre todo en el cumplimiento terapéutico, que pasó del 67,5% al 96,5%. Con la escasa muestra estudiada, la no comparación con un grupo control es muy difícil obtener conclusiones válidas respecto a efectividad del BT.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** MARL

### S-4.424 **Control integral de los factores de riesgo en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular en España. Estudio CIFARC**

**Autores:** de la Peña A, Suárez C, Cuende I, Muñoz M, Garré J, Camafort M, et al y Grupo estudio CIFARC (Grupo Riesgo Vascular SEMI).

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)*. 2005;124(2):44-9

**Calificación:** Muy buena

**Comentario:** Estudio transversal en pacientes ambulatorios de Medicina Interna con riesgo cardiovascular alto o muy alto, en el que se valoró el grado de control de HTA, diabetes, c-LDL, tabaco y obesidad; sólo el 6,9% tenía bien controlado todo. Esto suele atribuirse a deficiencias en el cumplimiento terapéutico, actitud poco intervencionista de los médicos o falta de coordinación. También influye lo utópico de algunas definiciones de buen control (difícilmente alcanzable en algunos pacientes) y que algunas pacientes prefieren cierto nivel de "deficiente control" y mejor calidad de vida.

**Referencias bibliográficas:** 22

**Revisor:** MARL

### S-4.425 **Mortalidad a los tres años de los pacientes con fractura de fémur**

**Autores:** Brossa A, Tobias J, Zorrilla J, López E, Alabart A, Belmonte M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)*. 2005;124(2):53-4

**Calificación:** Buena

**Comentario:** Estudio de casos y controles, en el que se observa que los pacientes con fractura de fémur tienen una mortalidad 23,5% superior a los tres años que los controles de su misma edad y sexo (40% frente a 16,5%). La mayor mortalidad se da sobre todo en los pacientes con demencia, y también en los que tienen cáncer y/o insuficiencia cardíaca. Para disminuir esta mortalidad, además de la correcta atención a los pacientes que han sufrido fractura de fémur y tienen otra patología, es fundamental evitar las fracturas en sí, mediante un manejo adecuado de la osteoporosis y previniendo las caídas.

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** MARL

### S-4.426 **Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un servicio de urgencias hospitalario**

**Autores:** Martín G, Cáceres JJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79:5-15

**Calificación:** Muy buena

**Comentario:** Los servicios de urgencia hospitalarios actúan de forma vicariante ante los fracasos de la Atención Primaria. Visto el aumento de uso de los mismos, uno puede juzgar que la reforma de la Atención Primaria ha fracasado. El trabajo de estos autores, canarios, ayuda a ver la utilización de los servicios de urgencia separando las variaciones diarias de las semanales, y estas de las mensuales y anuales. Queda claro que la utilización depende más de usos y costumbres sociales que de necesidad. Así, de madrugada no acude nadie, y los lunes no hay quien pare. ¿Precisamos, pues, flexibilidad para ajustar la oferta a la demanda?

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** JG

### S-4.427 **Ancel Keys (1904-2004)**

**Autores:** Balaguer I

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79:79-80

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El mundo científico es como el mundo real. Es decir, la realidad es sólo una interpretación socialmente aceptada. Así, la hipertensión, el colesterol y otros factores de riesgo se manipulan a conveniencia de la corporación profesional-tecnofarmacéutica. Un ejemplo es la citación en exceso o en defecto. Este último es el caso de todo lo excelente publicado por el *Seven Countries Study*, cuyos resultados demuestran que en los países mediterráneos los factores de riesgo coronario no tienen nada que ver con los EE.UU., y los países europeos anglosajones. Este *in memoriam* es el epitafio de uno de los clásicos del *Seven Countries Study*.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

### S-4.428 **Políticas públicas y regulación de los seguros sanitarios**

**Autores:** Ibern P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Gac Sanit*. 2005;19:1-2

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los seguros privados crecen a la sombra de los públicos, y se convierten en un bien de lujo que permite evitar el contacto con "la gente" (ancianos, inmigrantes, pobres y marginados en general) que utiliza el sistema público. Además, la política fiscal del PP, y del PSOE, fomenta el aseguramiento privado como forma de pago en especie. Por eso se ha estabilizado la contratación individual, comenta el editorialista, que presenta dos trabajos (S-4.429, S-4.430) al respecto, en Cataluña (donde el 25% de la población tiene doble cobertura; ¿por qué será?). La cuestión de fondo es que no sabemos mucho al respecto desde el punto de vista científico. Una pena.

**Referencias bibliográficas:** 5

**Revisor:** JG

## S-4.429 **Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?**

**Autores:** Fusté J, Sécúli E, Brugulat P, Medina A, Juancá S  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Gac Sanit.* 2005;19:15-21

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Hay que intentar entender lo que haya tras el doble aseguramiento (público obligatorio y privado voluntario), pues afecta al 12% de la población española. Los autores utilizan la Encuesta de Salud de Cataluña de 2002 para analizar con cierta profundidad los datos, y sacar conclusiones. El doble aseguramiento lleva [o es provocado por] a mayor uso de especialistas (el 35% contra el 51% de la muestra, cuando se han utilizado servicios sanitarios en los últimos 15 días). Los doblemente asegurados son más jóvenes, sanos y ricos. Utilizan más odontología, oftalmología y ginecología (¿demanda inducida?). Todo un mundo por explorar.

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** JG

## S-4.430 **A vueltas con el aseguramiento sanitario privado**

**Autores:** López-Casasnovas, Sáez M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Gac Sanit.* 2005;19:59-64

**Calificación:** *Buena*

**Comentario:** Toda cuestión puede abordarse de múltiples maneras, por más que algunos quieran verlas en blanco o negro. Los autores escriben crípticamente, como corresponde a economistas de salud normales, pero se deduce que incluso cuestionan si no habría que subvencionar a los que tienen que pagar un aseguramiento privado, o considerar una inequidad el hecho de que algunos que podrían pagárselo sólo tengan el aseguramiento público. No dan respuesta, aunque presentan datos de un estudio en Gerona, y demuestran que el doble aseguramiento no lleva a más uso de especialistas para el problema agudo, o para la primera visita. Los especialistas privados parecen actuar de comodín.

**Referencias bibliográficas:** 7

**Revisor:** JG

## S-4.431 **False positive mammograms. Can the USA learn from Europe**

**(Los radiólogos estadounidenses interpretan más mamografías como falsamente patológicas)**

**Autores:** Fletcher S, Elmore J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet.* 2005;365:7-8

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Lo del cribaje del cáncer de mama es una historia interminable, en la que los intereses de los profesionales médicos y tecnológicos se mezclan con los de los políticos dispuestos a ofrecer el cribaje anual desde el nacimiento (por ahora sólo al sexo femenino). Todo en agudo contraste con las dificultades prácticas de tal práctica. Por ejemplo, las editoriales, gringas, comparan sus propios resultados de falsos positivos (el 50% en 10 años) con los noruegos (el 21%). Los métodos del estudio son distintos, pero lo básico es que en EE.UU. la tasa de falsos positivos en la lectura de la mamografía es del 10%, y en Noruega y otros países europeos de menos del 5%.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** JG

## S-4.432 **Discontinuation of Vioxx**

**(Plausibilidad científica e inhibidores de COX-2)**

**Autores:** Kim PS, Reicien AS, Lièvre M, Abadie E, Garattini S, Bertelé W, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet.* 2005;365:23-8

**Calificación:** *Buena*

**Comentario:** La ciencia no es muy imparcial, pero algunas cosas no hay quien las evite. Por ejemplo, si un fenómeno es imposible, será raro comprobar su existencia y viceversa. Lo dicen de otra forma dos ingleses en este torbellino de "Cartas al director" sobre el artículo y el editorial acerca de que Merck sabía de los efectos adversos del rofecoxib desde el año 2000, cuatro antes de retirarlo (S-4.305, y S-4.319). Por plausibilidad científica sabemos que los inhibidores de la COX-2 actúan en las arterias y arteriolas inhibiendo el efecto cardioprotector de las prostaciclina. Lo esperable con el uso de los i-COX-2 es el aumento de los infartos de miocardio, como ha sucedido.

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** JG

## S-4.433 **Risk of acute myocardial infarction and sudden cardiac death in patients treated with cyclo-oxygenase 2 selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs: nested case-control study**

**(El rofecoxib aumenta el riesgo de infarto, comparado con celecoxib)**

**Autores:** Graham DJ, Campen D, Hui R, Spence M, Cheetham C, Levy G, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet.* 2005;365:475-81

**Calificación:** *Buena*

**Comentario:** Los inhibidores de la COX-2 provocan una disminución de la cardioprotección, y es esperable que aumenten la patología coronaria. La demostración práctica de este efecto con el rofecoxib hizo que se retirara del mercado. Los autores utilizan datos de la Kaiser, una HMO californiana con seis millones de afiliados. Utilizaron AINE durante tres años de estudio 1.400.000 pacientes. Hacen un estudio caso-control con los 8.143 casos de infarto de miocardio (27% con resultado de muerte) y demuestran que el uso de rofecoxib se asocia a más infartos, comparado con el uso de celecoxib.

**Referencias bibliográficas:** 41

**Revisor:** JG

## S-4.434 **Newly diagnosed hypertension and depressive symptoms: how would you treat?**

**(Los bloqueadores beta, útiles en la hipertensión, incluso con depresión)**

**Autores:** Huffman JC, Wulsin LR, Stern TA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Fam Pract.* 2005;54:39-46

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** El tratamiento de la hipertensión tiene que ser pensado y medido, para que los beneficios superen a los daños y perjuicios. Por ello hay que utilizar en primer lugar los diuréticos y bloqueadores beta, contra los que se mantienen prejuicios que van contra la salud de los pacientes (por ejemplo, cuando dicen que no se pueden usar los diuréticos en los diabéticos). Los autores analizan a fondo un caso clínico, de una mujer hipertensa tratada con atenolol, que em-

pieza con depresión que mejora con fluoxetina. Lo bueno es la presentación del seguimiento y la participación de generalistas y especialistas, con sus opiniones.

**Referencias bibliográficas:** 7

**Revisor:** JG

## S-4.435 **A vueltas con el placebo**

**Autores:** Anónimo

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Inform AATRM* 2005;35:1-2

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Se nos suele olvidar que la mejor terapéutica es el propio médico (en dosis medidas). Es decir, se nos olvida el poderoso efecto placebo de nuestra actuación. Entre otras cosas porque sabemos poco acerca del efecto placebo. Lo comentan en este editorial del boletín de la agencia catalana de evaluación de tecnología. Ponen un buen ejemplo, el de la eficacia de la ligadura de la arteria mamaria interna en el tratamiento de la angina de pecho, muy popular en su tiempo, e inútil, pero con mucho efecto placebo. El colmo es que existen efectos adversos del efecto placebo, el nocebo. El poder de la mente humana es increíble.

**Referencias bibliográficas:** 7

**Revisor:** JG

## S-4.436 **Volume of screening mammography and performance in the Quebec population-based Breast Cancer Screening Program**

**(Los radiólogos que interpretan más mamografías lo hacen mejor)**

**Autores:** Thérberge I, Hébert N, Langlois A, Major D, Brisson J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CMAJ*. 2005;172:195-9

**Calificación:** *Buena*

**Comentario:** El punto débil de los programas de cribaje son los falsos negativos, pero también interesan los falsos positivos. De ambos tipos de errores no se sabe mucho, y menos en España (parece que todo se hace perfectamente aquí). En este trabajo canadiense, con resultados de más de 300.000 mujeres, en tres años, con 1.709 cánceres de mama diagnosticados (el 27% carcinoma *in situ*, cuya historia natural suele ser de benignidad), se valora el trabajo de 275 radiólogos en 68 centros acreditados. Los mejores resultados lo dan los radiólogos que interpretan muchas mamografías en centros con gran volumen de trabajo.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** JG

## S-4.437 **The obesity paradox. Body mass index and outcomes in patients with heart failure**

**(El beneficio de estar gordo si tienes insuficiencia cardíaca)**

**Autores:** Curtis JP, Selter JG, Wang Y, Rathore SS, Jovin IS, Jadbabaie F, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Arch Intern Med*. 2005;165:55-61

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** A mis pacientes gordos y felices les deseo que sigan igual. No digamos si tienen insuficiencia cardíaca, enfermedad en la que sabemos que adelgazar es anunciar una próxima muerte. Lo vuelven a confirmar los autores, con 7.767 pacientes que participaron en el ensayo clínico sobre

el uso de digital en la insuficiencia cardíaca, seguidos durante una media de 37 meses. Se demuestra claramente que a más obesidad menos mortalidad, incluso corrigiendo en un análisis multivariante. Y viceversa, a más delgadez, más mortalidad. Vale la pena ver el lado positivo de estar gordo.

**Referencias bibliográficas:** 45

**Revisor:** JG

## S-4.438 **Impact of specialist follow-up in outpatients with congestive heart failure**

**(Para el paciente complicado, en insuficiencia cardíaca, lo mejor es la cooperación del especialista y del generalista)**

**Autores:** Ezekowitz JA, Walraven C, McAlister FA, Armstrong PW, Kaul P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CMAJ*. 2005;172:189-94

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** No sabemos muy bien si los médicos en general somos útiles, y en particular no sabemos si sirven para algo los especialistas. Por eso es muy bonito este trabajo canadiense, en el que se siguen dos años a los 3.136 pacientes dados de alta en el hospital con insuficiencia cardíaca de nuevo diagnóstico. Ajustan por comorbilidad (índice de Charlson), y estudian el resultado. Los 1.062 que no visitaron a ningún médico murieron más y fueron más a urgencias. Los que fueron vistos por el médico de familia y el cardiólogo tenían más comorbilidad, pero murieron menos y fueron menos a urgencias. Servimos para algo, y más si colaboramos.

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** JG

## S-4.439 **Patients with treatable malignant diseases, including heart failure, are entitled to specialist care**

**(La soberbia de los especialistas)**

**Autores:** Cleland JGF

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CMAJ*. 2005;172:207-9

**Calificación:** *Informativo*

**Comentario:** Los especialistas son muy agresivos, pero no sólo con los pacientes (diagnóstico y tratamiento), sino también contra los médicos generales. No se cortan un pelo cuando reivindican cada vez más. Un buen ejemplo es este editorial, de un inglés cardiólogo, que comenta del trabajo previo (S-4.438). El autor no tiene duda de que la atención debe ser prestada por un especialista que como los oncólogos, cite y recite a los pacientes, y que organice y lleve toda la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Es un editorial para recordar cuando se habla de dónde estamos en Medicina General. ¡Qué bruto!

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

## S-4.440 **A randomized, double-blind, placebo-controlled noninferiority trial of amoxicillin for clinically diagnosed acute otitis media in children 6 months to 5 years of age**

**(La otitis media no es una indicación para el uso de antibióticos)**

**Autores:** Le Saux N, Gaboury I, Baird M, Klassen TP, MacCormick J, Blanchard C, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ*. 2005;172:335-41

Calificación: *Muy bueno*

**Comentario:** Utilizamos los antibióticos en exceso. Y más en España, donde se calcula que hay 2.000 muertes innecesarias al año por consecuencia de la resistencia a los antibióticos. En este trabajo se valora el uso de la amoxicilina frente al placebo en la otitis media. Como era previsible, el simple "esperar y ver" es igual al antibiótico. Al cabo de dos semanas la mayoría de los niños se ha curado (85% entre el grupo placebo y 93% en el tratado con amoxicilina). Los niños sin antibióticos requieren más analgésicos. A destacar que quisieron participar en el ensayo clínico sólo la mitad de los niños que cumplían los criterios de inclusión.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

### S-4.441 **Controlling meticillin-resistant Staphylococcus aureus, aka "Superbug"**

(Contra el estafilococo resistente, higiene)

Autores: *Huskins WC, Goldmann DA*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet*. 2005;365:273-5

Calificación: *Bueno*

**Comentario:** En los hospitales existe un grave problema con los estafilococos resistentes a la meticilina, pues pueden matar a más de un paciente, aparte de consumir recursos sin cuento. En este editorial se comenta un artículo en que se demuestra que da igual aislar que mantener en la UCI a los pacientes con dichos estafilococos. En los hospitales del estudio se cumplió el lavado de manos en el 21% de los casos. Como bien comenta el editorialista, lo que hace falta es higiene, lavado de manos, guantes desechables, desinfectantes tópicos, control de los portadores y demás.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

### S-4.442 **Can meta-analysis help target interventions at individuals most likely to benefit?**

(El difícil paso de las recomendaciones de los meta-análisis a la resolución de los problemas del paciente concreto)

Autores: *Thompson SG, Higgins JPT*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet*. 2005;365:341-6

Calificación: *Muy bueno*

**Comentario:** Hay quien piensa que ser médico general es sencillo. O no lo han hecho nunca o no se han enterado. Una de las dificultades básicas es utilizar en el paciente concreto el conocimiento generado por los ensayos clínicos y los metaanálisis. Es tarea casi imposible, como demuestran los autores, ingleses y bioestadísticos. No basta con lo que se intenta con la metarregresión (agrupar los resultados globales según características de los pacientes). Hay que ir a los datos originales, agrupar los resultados según las características de los pacientes y sacar conclusiones. Además, se necesitan resultados acerca del riesgo absoluto, no del riesgo relativo.

Referencias bibliográficas: 48

Revisor: JG

### S-4.443 **Does capitation matter? Impacts on access, use, and quality**

(El trabajo en grupo, o asalariados, más importante que la capitación)

Autores: *Zukevas SH, Hill SC*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Inquiry*. 2004;41:316-35

Calificación: *Bueno*

**Comentario:** Es lamentable que sea americana gran parte de la investigación sobre la capitación. Es nuestra culpa, no cabe duda. En este trabajo se aprovechan datos de dos encuestas poblacionales para valorar el impacto de la capitación en el acceso, la calidad de la atención y la coordinación (medida por la respuesta a la pregunta sobre si su médico le pregunta por los medicamentos recetados por otros médicos). El pago por capitación en el sistema de iguales (HMO) no influye mucho, pero si los médicos trabajan en grupo (como autónomos), o asalariados, ofrecen más fácil acceso, más prevención y menos coordinación.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

### S-4.444 **Does more choice reduce waiting times?**

(Lo importante no es el tamaño de la lista de espera sino el tiempo de espera)

Autores: *Sicialini L*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Econ*. 2005;14:17-23

Calificación: *Bueno*

**Comentario:** Casi nada es tan sencillo como parece. En este trabajo teórico inglés se analiza el comportamiento de la derivación a dos hospitales en función de su lista de espera. Si los médicos generales pueden elegir, y los hospitales son pagados por presupuesto cerrado, la consecuencia final es que se alarga el tiempo de espera. El hospital más elegido no es capaz de asumir la demanda, y el no elegido reduce la oferta, sin que se llegue a un equilibrio. Puesto que lo importante no es la longitud de la lista de espera, sino el tiempo de espera, lo que se podría hacer es que el hospital no elegido tuviera que pagar de su presupuesto la atención en el otro hospital.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

### S-4.445 **Evidence-based medicine: a unified approach**

(El fundamento científico desde el punto de vista del grupo de pacientes, y desde el punto de vista del paciente individual)

Autores: *Eddy DM*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Aff*. 2005;24:9-17

Calificación: *Bueno*

**Comentario:** La medicina basada en pruebas tiene de bueno que pone en cuestión lo que hacemos. Pero poco, más, dado el dogmatismo de los que la difunden (con el barbarismo de Medicina Basada en la Evidencia). Este artículo es el primero de una buena serie publicada en el mismo número de la revista *Health Affairs*. El autor es un clásico que demanda que se distinga claramente entre las guías y demás publicaciones, dirigidas a grupos de pacientes (Medicina Basada en Guías Científicas), y las recomendaciones diri-

das al médico para la toma de decisión en el paciente individual (Medicina Basada en Decisiones Clínicas Científicas). Parece lo mismo, pero no lo es.  
**Referencias bibliográficas:** 31  
**Revisor:** JG

## S-4.446 *Impacto de los servicios sanitarios sobre la salud*

**Autores:** Ortún V, Meneu R, Peiró S  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V, editores. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson; 2004. p. 173-204  
**Calificación:** Muy bueno  
**Comentario:** Los autores se preguntan si los servicios sanitarios valen lo que cuestan. La respuesta es ambivalente, pues "depende". Depende del contexto y de la práctica. Es decir, depende de la prevalencia e incidencia de las enfermedades a que se apliquen métodos diagnósticos y terapéuticos, y depende de la propiedad con que se apliquen. El mayor problema es la brecha entre la efectividad y la eficiencia, que los autores no llaman ausencia de calidad. Así, la efectividad ante la tuberculosis es de menos del 14% cuando la eficacia es del 95%. Por cierto, aceptan que un año de vida ajustado por calidad equivale a 30.000 euros.  
**Referencias bibliográficas:** Libro  
**Revisor:** MPF

## S-4.447 *Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos de una población rural española*

**Autores:** Gavira F, Caridad JM, Guerrero JB, López M, Romero M, Pavón MV  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Aten Primaria*. 2005;35:67-76  
**Calificación:** Bueno  
**Comentario:** Desconocemos la historia natural de la mayoría de los problemas de salud, por lo que este estudio es muy importante al aportar información sobre la evolución de la incontinencia urinaria en ancianos en la comunidad (incluyeron los acogidos en los asilos). La prevalencia aumentó del 36% al 46%, entre 1996 y 2001 (dos entrevistas a domicilio). El aumento se debe a que la incidencia es casi el doble que la remisión espontánea (29% y 15%, respectivamente). La incontinencia no se asocia a mayor mortalidad. Sí se asocia a mortalidad la mala salud percibida y la peor situación funcional.  
**Referencias bibliográficas:** 25  
**Revisor:** MPF

## S-4.448 *Anticonceptivos. ¿Qué hay de nuevo?*

**Autores:** Anónimo  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *INFAC*. 2004;12:35-8  
**Calificación:** Informativo  
**Comentario:** En este trabajo se revisan las novedades en la anticoncepción hormonal (se incluye la postcoital), con una tabla sobre qué hacer en situaciones especiales. Por ejemplo, en pacientes con migraña y aura: intentar métodos de barrera y el DIU, y en todo caso utilizar anticonceptivos sólo con progestágenos. La misma recomendación sirve para el periodo de lactancia. Respecto a eficacia, los implantes de progestágenos son más eficaces que la esterilización (femenina o masculina). Se comenta también la píldora trimestral,

que deja cuatro menstruaciones al año. Cada vez más muñecas, más artificiales, sin saber la seguridad a largo plazo.  
**Referencias bibliográficas:** 15  
**Revisor:** MPF

## S-4.449 *Missing clinical information during primary care visits*

(Carencias en la información necesaria acerca del paciente)

**Autores:** Smith PC, Araya R, Bublitz C, Parnes B, Dickinson LM, Vorts R, et al  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA*. 2005;293:565-71  
**Calificación:** Bueno  
**Comentario:** Aproximadamente falta información relevante del paciente en un 14% de los encuentros con el médico general/ de familia, según este trabajo. El médico echa en falta información importante, que existe pero no está disponible, sobre resultados de laboratorio (6%), informes (5%), radiología (4%), resultados de historia y exploración hospitalaria (3%), y otros aspectos. Falta más información cuando el paciente es inmigrante, o nuevo, o cuando aumenta la comorbilidad (con 5 problemas casi se triplica la carencia de información). Hay menos falta de información en el medio rural y cuando se tiene una historia clínica electrónica.  
**Referencias bibliográficas:** 48  
**Revisor:** MPF

## S-4.450 *Missing clinical information. The system is down*

(Las consecuencias de la falta de información relevante en el encuentro clínico)

**Autores:** Elder NC, Hickner J  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA*. 2005;293:617-9  
**Calificación:** Bueno  
**Comentario:** Los editorialistas comentan el artículo previo (S-4.449) y se preguntan cómo es posible que haya tan mala comunicación entre los médicos cuando la comunicación es central en el proceso de atención. Cuando se pierde información relevante se pierde tiempo en buscarla (hasta 5 minutos en la búsqueda inútil, en el 20% de los casos), y se corre el riesgo de aumentar los errores y efectos adversos, retrasar la atención y llevar a duplicaciones y aumento del gasto. Como sugieren los autores, ni la historia clínica electrónica lo puede arreglar todo. Convendría ser prácticos y dar y actualizar la información al paciente. El paciente como mensajero, pues.  
**Referencias bibliográficas:** 20  
**Revisor:** MPF

## S-4.451 *Investigación en Atención Primaria*

**Autores:** Fernández I  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)*. 2005;124(2):57-60  
**Calificación:** Bueno  
**Comentario:** Editorial, escrito por la responsable de Investigación de la SEMFyC, en el que se señala la importancia de la investigación en AP como generadora de conocimiento y contribución a una medicina de calidad, con menos variabilidad y mayor eficiencia. Se destacan algunos hechos dife-

renciales de la AP, como son el trabajo con poblaciones accesibles y bien definidas en su propio contexto, la atención continua de los problemas más prevalentes, el trabajo con incertidumbre. En cuanto a las dificultades, lo ya sabido: falta de formación, tiempo, reconocimiento e incentivos, deficiencias estructurales, dispersión, etc.

**Referencias bibliográficas:** 22  
**Revisor:** MARL

### S-4.452 **Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas**

**Autores:** Martínez-Frías ML, Rodríguez E, Bermejo E y Grupo Periférico del ECEMC

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)*. 2005;124(3):86-92

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El tabaco es nocivo para la salud individual y colectiva, y por supuesto para el feto y el recién nacido. A pesar de ello, en este estudio se constata un estancamiento en la prevalencia de embarazadas fumadoras desde 1993, en torno al 30% (hasta ese año había ido aumentando). Sólo una de cada cinco dejó de fumar al inicio del embarazo. Las que más fuman son las menores de 25 años y las de menor nivel de escolaridad, asociándose con frecuencia tabaco, alcohol y otras drogas. Para mejorar la situación quizá haga falta más información, pero también nuevas estrategias

**Referencias bibliográficas:** 37

**Revisor:** MARL

### S-4.453 **Planificación del tratamiento de la hipercolesterolemia orientada a la obtención de objetivos**

**Autores:** Masana Ll, Plana N

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)*. 2005;124(3):108-10

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Artículo con recomendaciones específicas, claras y muy prácticas, para el manejo de los pacientes con hipercolesterolemia. Se aconseja tener en cuenta de forma inicial el porcentaje de reducción de LDLc necesario y comenzar el tratamiento con dosis de estatinas que reduzcan aproximadamente un 30% su cifra (atorva. 10, simvas. 40, lovas. 40, pravast. 40); el doblar la dosis de estatina obtiene un beneficio adicional de un 6% de reducción, y asociarla a ezetimiba un 20% más. A las seis semanas revisión para valorar objetivo terapéutico y, si no se ha obtenido, actuar en consecuencia.

**Referencias bibliográficas:** 110

**Revisor:** MARL

### S-4.454 **Errores diagnósticos: un importante efecto adverso de la asistencia hospitalaria**

**Autores:** Tudela P, Módol JM, Tor J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)*. 2005;124(3):118

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La mayoría de efectos adversos (EA) de la asistencia hospitalaria se refieren a errores en el tratamiento con fármacos, cirugía u otros procedimientos médicos. En esta carta, a propósito de un artículo previo sobre EA, se recuerda que también se deben tener en cuenta los errores diagnósticos, y los cifran en el 4,6% de los pacientes del área

médica ingresados desde el servicio de urgencias, en el Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona). Si hay error diagnóstico, mal asunto para todas las actuaciones posteriores. Debemos profundizar en el conocimiento de todos nuestros errores y sus mecanismos causales para poder prevenirlos.

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** MFP

### S-4.455 **The promises and pitfalls of Evidence-Based Medicine**

**(De la producción de conocimiento a la producción del conocimiento que introduzca el conocimiento en la práctica diaria)**

**Autores:** Timmermans S, Mauck A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Health Aff*. 2005;24:18-28

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Hay interés mundial por la cuestión de la variabilidad clínica científicamente inexplicable, y ello ha llevado al desarrollo de la Medicina Basada en la Evidencia. Con guías, normas y protocolos pretenden convertir a los enfermos en enfermedades y a los médicos en robots. Naturalmente, la cosa no funciona, y el fracaso es también mundial, como demuestran los autores con el asma (sigue habiendo muertes y sufrimiento innecesario, y el tratamiento es manifiestamente mejorable). Ahora se ha cambiado, para estudiar cómo introducir en la clínica lo nuevo, y no es fácil, aunque hay algún éxito, por ejemplo en torno al tratamiento de la neumonía. Menos ciencia abstracta, pues, y más ciencia real.

**Referencias bibliográficas:** 39

**Revisor:** JG

### S-4.456 **Evidence based? Caveat emptor!**

**(La inevitable subjetividad de "basado en pruebas")**

**Autores:** Steinberg EP, Luce BR

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Health Aff*. 2005;24:80-92

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Las etiquetas parecen que dividen nuestro pequeño mundo sanitario en "basado en pruebas" y "no basado en pruebas". Los autores, de la Johns Hopkins, EE.UU., se preguntan qué significa esa etiqueta, y su respuesta es excelente. Sobre todo, insisten en el carácter subjetivo, de juicio, que hay detrás de los metaanálisis y de las guías y protocolos. Por ejemplo, no hay suficiente conocimiento para encadenar los resultados de los ensayos clínicos, para aplicarlos con lógica en la consulta, de forma que dependamos del juicio y de la opinión de expertos en la toma de decisión para los protocolos, guías y recomendaciones.

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** JG

### S-4.457 **Making policy when the evidence is in dispute**

**(Habría que distinguir entre pruebas y valores al tomar decisiones de política sanitaria)**

**Autores:** Atkins D, Slegel J, Slutsky J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Health Aff*. 2005;24:192-213

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** No debe ser fácil tomar decisiones políticas sanitarias siendo honrado. Y La Medicina Basada en Pruebas no aporta mucha ayuda, en contra de lo que se puede esperar. Los autores hacen unas consideraciones generales, y después ponen algunos ejemplos de interés para el médico general (determinación del PSA, antibióticos en otitis media y cribaje de sordera en recién nacidos). La Cuestión de fondo es que muchas veces no se habla en el fondo de ciencia y de pruebas, sino de intereses y de opiniones. Es bonito ver que consideran que las opiniones de los médicos de primaria están más orientadas al bien público, a dar "valor" a las cosas.

**Referencias bibliográficas:** 34

**Revisor:** JG

### S-4.458 *Evidence-based quality improvement: the state of the science*

**(Los intentos de mejorar la calidad [incluye al manejo de casos] carecen de fundamento científico)**

**Autores:** Shojania KG, Grimshaw JM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Health Aff.* 2005;24:138-50

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Es cierto que los clínicos ofrecemos una brecha evidente entre la efectividad (lo que hacemos) y la eficacia (lo que podríamos hacer), y que hay necesidad de aumentar la calidad (de estrechar la brecha). Lo malo es que no sabemos cómo hacerlo. Los autores, de Ottawa (Canadá), revisan el fundamento científico de tanto invento para mejorar la calidad, como la calidad total, el rediseño del proceso, el manejo de casos y demás. Nada consigue más del 10% de mejora, y no se entiende porqué lo logran más las actividades múltiples y activas. Es decir, estamos en una nebulosa sin ciencia en la aplicación del conocimiento científico a la práctica clínica diaria.

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** JG

### S-4.459 *When the population approach to prevention puts the health of individuals at risk*

**(Los problemas de la prevención poblacional)**

**Autores:** Adams J, White M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Internat J Epidemiol.* 2005;34:40-3

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** No hay actividad sanitaria que no tenga riesgos. Desde la promoción del ejercicio, a la fluoración de las aguas. Se suele aceptar que el bien general prevalece sobre el particular, pero los autores, ingleses, hacen ver que se pueden preservar ambos en los casos en que sea fácil advertir a los posibles perjudicados. Por ejemplo, si disminuimos mucho la tensión arterial a lo mejor hacemos un flaco favor a lo pacientes con isquemia. O si conseguimos que se deje de beber alcohol, se perjudicará a los que lo consumen moderadamente, y dejará de proteger su corazón. O si logramos que no haya obesidad, algunos pasarán a estar esqueléticos o a aumentar la incidencia de trastornos de la alimentación. Hay que pensarlo.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

### S-4.460 *Oral antihyperglycemic therapy for type 2 diabetes mellitus*

**(Una revisión del tratamiento con medicación oral de la diabetes)**

**Autores:** Cheng AYY, Fantus IG

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CMAJ.* 2005;172:213-36

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las propuestas de tratamiento agresivo de la diabetes provocan muertes, por hipoglucemias. Conviene, pues, ser moderados e ir a lo práctico y sencillo. Para ello sirve esta revisión canadiense, que se basa en el tratamiento medicamentoso para hemoglobinas glucadas de más de 9% (aunque el objetivo sea lograr un 7%, discutible por intenso). Va desde el mecanismo etiopatogénico de la diabetes, al mecanismo íntimo de acción de los antidiabéticos orales, forma de uso en clínica, y efectos adversos más frecuentes. A no olvidar la insuficiencia cardíaca con las tiazolidinedionas (rosiglitazona y pioglitazona).

**Referencias bibliográficas:** 82

**Revisor:** JG

### S-4.461 *Disfunción erectil: objetivos e intervenciones en la consulta de enfermería*

**Autores:** Martínez M, Castro M, Sáez A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Enfermería Clin.* 2005;15:43-9

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** La vida sexual es parte de la vida, pero mucha gente renuncia a la genitalidad de la misma, por causas varias. Es un campo en el que los profesionales no pueden entrar como elefante en cacharrería, muchas veces sin formación adecuada y sin haber resuelto sus propios problemas. En este caso se propone la actuación de la enfermera, bien intencionada. Falta, no obstante, un enfoque global de la sexualidad, un fundamento científico de la intervención, así como un excesivo énfasis en la erección, el pene y el coito. ¿Repetiremos el fracaso de transformar la menopausia y el climaterio en enfermedad?

**Referencias bibliográficas:** 44

**Revisor:** JG

### S-4.462 *Viagra: now mending hearts*

**(El aumento de guanósín-ciclo-monofosfato cíclico [GMPc], útil en ratas con hipertrofia cardíaca)**

**Autores:** Meldenson ME

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Nature Med.* 2005;11:115-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El corazón es una maravilla, con sus elegantes y potentes miocitos, capaces de transformar unas 90.000 veces al día la señal eléctrica que les llega en una reacción química que acorta su tamaño, y provoca la expulsión de la sangre. Además, los miocitos se adaptan a la fuerza mecánica hidráulica del líquido sanguíneo, lo que provoca su hipertrofia y el engrosamiento de su pared. El autor de este comentario aprovecha los resultados en ratas (S-4.463) para repasar el mecanismo de acción del calcio y de las proteínas activadas por GMPc. Cuando aumenta la concentración de GMPc aumenta la de proteínas dependientes, lo que conlleva que los miocitos



tos ignoren los indicadores que provocan la hipertrofia cardíaca.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

### S-4.463 *Chronic inhibition of cyclic GMP phosphodiesterase 5A prevents and reverses cardiac hypertrophy*

**(El sildenafil logra impedir y revertir la hipertrofia cardíaca en ratas)**

**Autores:** Takimoto E, Champion HC, Li M, Belardi D, Ren S, Rodríguez ER et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Nature Med.* 2005;11:214-22

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El sildenafil es un fármaco cuyo mecanismo de acción entendemos como consecuencia del progresivo conocimiento del papel del ubicuo óxido nítrico en la fisiología celular. El sildenafil aumenta los niveles de GMPc intracelular, lo que provoca el aumento de la concentración de proteinquinasas, y la mejora de la relajación de los miocitos. Así, en el experimento con ratas que se presenta en este trabajo, el sildenafil bloquea la respuesta hipertrófica y la fibrosis de la pared cardíaca, cuando aumenta la presión intraventricular. Además, el sildenafil logra revertir la hipertrofia establecida en situaciones experimentales crónicas, también con ratas.

**Referencias bibliográficas:** 50

**Revisor:** JG

### S-4.464 *Study questions the benefits of vaccinating the elderly*

**(Dudas acerca de la eficacia de la vacuna antigripal en ancianos)**

**Autores:** Conde J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Science.* 2005;307:1026

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Uno tiende a creer que cuando se vende algo es porque sirve para algo, por mucha escepticismo que se padezca. De hecho, no tenía dudas sobre la eficacia de la vacuna antigripal en ancianos, aun sabiendo que fallaba en el 40% de los pacientes. Por eso no di importancia al estudio ecológico que demuestra que las muertes por neumonía aumentan en EE.UU. en paralelo al aumento de la cobertura de la vacunación (en el *Archives of Internal Medicine*). Pero en esta nota se da información acerca de la enorme repercusión del estudio, por su probable certeza.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

### S-4.465 *MORGAN (an international pooling of cardiovascular cohorts)*

**(Factores de riesgo cardiovasculares y genética, en poblaciones europeas)**

**Autores:** Evans A, Salomaa V, Kulathinal S, Asplund K, Cambien F, Ferrario M, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Internat J Epidemiol.* 2005;34:21-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La genética promete mucho, pero da poco, incluso en las enfermedades monogénicas, conocidas hace más de cien años. Pero es interesante saber de intentos de comprender enfermedades multifactoriales, como la enfermedad coronaria cardíaca y el ictus. En este artículo se describe el MORGAN, estudio derivado del MONICA, [www.ktl.fi/morgan](http://www.ktl.fi/morgan). Hay incluso interés por la clase social, lo que es insólito. La dificultad es que sabemos poco acerca de la interacción de los genes. Los autores tienen el fenotipo de los pacientes y buscan entender el efecto de los genes en la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG