

S-4754 *Incidence of shoulder and neck pain in a working population: effect modification between mechanical and psychological exposures at work? Results from a one year follow up of the Malmö shoulder and neck study cohort*

(El dolor de cuello y hombro, de causa mecánica en ambos sexos, con mayor impacto psicosocial en las mujeres)

Autores: Östergren PO, Hanson BS, Balogh I, Ektor J, Isacsson A, Örbaek P, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:721-8

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los autores, suecos, siguieron durante 403 días de media a 4.919 trabajadores en activo que el año previo al de seguimiento no habían tenido ni dolor de cuello ni dolor de hombro. Valoraron su tipo de trabajo, respecto a la demanda de esfuerzo mecánico físico y su componente psicológico. También tuvieron en cuenta el grado de educación y la clase socioeconómica. Demuestran que el factor más importante asociado a la presentación de dolor de hombro y/o cuello es la demanda de esfuerzo físico en ambos sexos. En la mujer, además, es importante la confluencia con factores psicológicos con los mecánicos, que se potencian.

Referencias bibliográficas: 53

Revisor: MPF

S-4755 *Hormone replacement therapy, cancer, controversies, and women's health: historical, epidemiological, biological, clinical, and advocacy perspectives*

(¿Cómo se pudo implantar el tratamiento hormonal sustitutivo si se sabía que era cancerígeno?)

Autores: Krieger N, Löwy I, Aronowitz R, Bigby J, Dickersin K, Garner E, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:740-8

Calificación: *Excepcional*

Comentario: Este texto es excepcional y debería ser leído hasta por los estudiantes de medicina porque sirve para enfrentarnos a un error inexplicable que nunca debería repetirse. Los autores, gringos, franceses y canadienses, analizan a fondo la historia que llevó a la implantación de la terapéutica sustitutiva en la menopausia, una fase de la vida, no una enfermedad. El uso de hormonas conlleva el riesgo de cáncer, como sabemos desde los años treinta del siglo pasado, pero se dieron circunstancias médicas, científicas, sociales que lo implantaron.

Referencias bibliográficas: 155

Revisor: MPF

S-4756 *Warfarin plus aspirin after myocardial infarction or the acute coronary syndrome: meta-analysis with estimates of risk and benefit*

(Anticoagulante y antiagregante en la isquemia coronaria, salvo que haya riesgo de hemorragia)

Autores: Rothberg MB, Celestin C, Fiore LD, Lawler E, Cook JR

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med*. 2005;143:241-50

Calificación: *Bueno*

Comentario: Es difícil decidir cuándo establecer un régimen terapéutico con anticoagulantes, por los riesgos de hemorragias, pero en este artículo se hace una buena revisión al respecto, y parece que se demuestra que es ventajoso en general, tras el infarto agudo de miocardio, con algunas salvedades. Los autores revisan diez ensayos clínicos, con un total de 5.938 pacientes, en los que se comparó el efecto del antiagregante solo frente al antiagregante más el anticoagulante, con un seguimiento habitual de menos de 12 meses. El 70% de los eventos a evitar sucedieron en el primer año de seguimiento.

Referencias bibliográficas: 60

Revisor: MPF

S-4757 *Trying to predict the future for people with diabetes: a tough but important task*

(El modelo de Markov frente al de Arquímedes para la ayuda a la decisión en la prevención primaria de la diabetes)

Autores: Engelgau MM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med*. 2005;143:301-2

Calificación: *Bueno*

Comentario: Los autores se basan en datos de estudios, y en una lógica que permite clasificar a los pacientes, sus situaciones, y su probable evolución, para deducir el resultado y el coste de la misma. Al objeto de obtener datos comparativos se suele trabajar con AVAC. En este editorial se defiende el modelo de Markov, con el que se llega a la conclusión de que vale la pena intervenir sobre pacientes con riesgo de desarrollo de diabetes (con intolerancia a la glucosa), bien sin medicamentos, bien con metformina (S-4782).

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: MPF

S-4758 *Normativas para el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)*

Autores: Grupo de Estudio de la Neumonía Adquirida en la Comunidad. TIR-SEPAR

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Bronconeumol*. 2005;41(5):272-89

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La neumonía es el proceso infeccioso respiratorio más grave que atendemos en Atención Primaria, aunque es relativamente infrecuente. En este artículo se recogen las normas actualizadas respecto a su diagnóstico y tratamiento. La radiografía de tórax es obligada para el diagnóstico. Se debe estratificar el riesgo para valorar la derivación o ingreso del paciente. El tratamiento inicial debe ser empírico y precoz, aconsejándose en los pacientes menos graves (los que debemos atender en Atención Primaria) telitromicina, moxi o levofloxacino durante 7-10 días, dejando como otra posibilidad amoxicilina+macrólidos. Muy buena bibliografía y justificación de las recomendaciones.

Referencias bibliográficas: 133
Revisor: MARL

S-4759 **Prevención primaria del infarto de miocardio en una unidad territorial de Atención Primaria. Simulación sobre población atendida basada en una revisión exhaustiva de la literatura**

Autores: Clua JL, Dalmau R, Arraut B, Aguilar C, Satué B, Moya R.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Medicina General*. 2005;78:653-9

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Estudio realizado en Tarragona para conocer el riesgo cardiovascular (RCV) de una población y las intervenciones más efectivas para reducir el infarto de miocardio. Se observa una alta prevalencia de hipertensión arterial, diabetes, dislipemia y obesidad; el cálculo del RCV con las tablas sobreestima el riesgo y puede inducir a una prescripción innecesaria. Las intervenciones sobre los estilos de vida son más coste-efectivas que las farmacológicas. Los cambios en los estilos de vida precisan de intervención desde el sistema sanitario, pero sobre todo involucración y responsabilidad por la población.

Referencias bibliográficas: 38
Revisor: MARL

S-4760 **Actuación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón en los atentados del 11 de Marzo. Prólogo**

Autores: de Paula F

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)*. 2005;124(Supl 1):1-2

Calificación: *Informativo*

Comentario: Número monográfico de la revista Medicina Clínica en el que se abordan las actuaciones realizadas a todos los niveles de la organización del hospital, con especial relevancia de las actividades médico-asistenciales, para atender a las víctimas del atentado terrorista del 11 de Marzo de 2004 en la estación de Atocha de Madrid. Los hospitales no están preparados para atender situaciones de esa magnitud, pero a pesar de ello los resultados fueron satisfactorios. Esperemos que este monográfico sea sólo informativo, y que sus buenas enseñanzas no tengan que ponerse en práctica en otra ocasión similar.

Referencias bibliográficas: 0
Revisor: MARL

S-4761 **Impacto de la edad y de la comorbilidad en la supervivencia y toxicidad del paciente con cáncer de próstata irradiado**

Autores: Ferrer F, Casas F, Biete A.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)*. 2005;125(4):121-6

Calificación: *Bueno*

Comentario: El cáncer de próstata (CP) produce en España unas 5.500 muertes anuales. El tratamiento con intención curativa del cáncer de próstata debe realizarse mediante cirugía radical y/o radioterapia. En este trabajo se evalúan los resultados del tratamiento del CP mediante irradiación, observando que la edad no influye en su evolución ni aumenta la toxicidad; el factor que disminuye la esperanza de vida es la comorbilidad (presente en el 66,6% de los pacientes tratados). Siempre es aconsejable una atención integral del paciente y mucho sentido común, teniendo en cuenta todos sus problemas de salud y su situación global.

Referencias bibliográficas: 39
Revisor: MARL

S-4762 **Medical students' knowledge of the US health care system and their preferences for curricular change: a national survey**

(Los estudiantes de medicina, grandes ignorantes del sistema sanitario en el que van a trabajar)

Autores: Agrawal JR, Huebner J, Hedgcock J, Sehgal A, Jung P, Simon SR

Revista/Año/Vol./Págs.: *Acad Med*. 2005;80:484-8

Calificación: *Excelente*

Comentario: Cuando uno termina la carrera y se pone a trabajar no sabe bien dónde se ha metido. Te falta un orden mental de la organización del sistema sanitario, y de su capacidad de responder a las necesidades de la población. Lo demuestran bien en EE.UU., donde han hecho una encuesta postal a estudiantes de comienzo y de final de carrera. Demuestran que el 30% de los estudiantes cree que el sistema de salud está entre los mejores, que la expectativa de vida es la más larga del mundo, y que no es el único país desarrollado sin un sistema nacional de salud que cubra a toda la población.

Referencias bibliográficas: 25
Revisor: JG

S-4763 **Evaluación del programa de detección precoz universal de la hipoacusia en el recién nacido**

Autores: González de Dios J, Mollar J, Rebagliato M

Revista/Año/Vol./Págs.: *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:230-7

Calificación: *Excepcional*

Comentario: Todo cribaje tiene peligros; alguno, además, tiene beneficios. Con esta forma de pensar se vuelve uno cauto y prudente frente a las propuestas de tanto cribaje como nos inunda. Los autores, alicantinos, revisan en extenso las pruebas y los cribados de la hipoacusia en los recién nacidos, algo que ya se está haciendo en muchas regiones españolas, sin fundamento científico. Es una muestra más, como destacan, de la prevención bien intencionada pero inútil. Lo fundamental es que la prueba es de utilidad dudosa, pero el programa es claramente sobranante, ineficaz.

Referencias bibliográficas: 53
Revisor: JG

S-4764 **Detección precoz de la hipoacusia en el recién nacido**

Autores: Alzina V

Revista/Año/Vol./Págs.: *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:193-8

Calificación: *Informativo*

Comentario: Las pautas preventivas innecesarias se extienden como un reguero de pólvora. En España se ha implantado el cribaje universal de la hipoacusia del recién nacido, por

ejemplo en Asturias, Cantabria, Extremadura, Rioja, Navarra, País Vasco y Valencia. ¿Qué justificación científica hay para ello? Muy dudosa, o ninguna. El autor de este editorial, navarro, presidente de la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia en Recién Nacidos (CODEPEH), defiende la implantación del cribaje, en contra de las conclusiones a que se llega en la revisión publicada en el mismo número de la revista (S-4763). Sostiene que su eficacia no tiene duda, que "hoy está ampliamente aceptado que la detección".

Referencias bibliográficas: 47

Revisor: JG

S-4765 *Antibiotic prescribing for children with nasopharyngitis (common colds), upper respiratory infections, and bronchitis who have health-professional parents*

(Los hijos de médicos y farmacéuticos reciben menos antibióticos en el tratamiento de enfermedades virales que los de enfermeras y legos)

Autores: Huang N, Morlock L, Lee CH, Chen LS, Chou YJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Pediatrics*. 2005;116:826-32

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Si la educación sanitaria sirve para algo, los sanitarios tendrían que tener un comportamiento más sano que la media de la población de su mismo nivel de educación y renta. Eso se preguntan los autores, chinos de Taipei y de la Johns Hopkins, que comparan la prescripción de antibióticos a niños con infecciones virales según sus padres sean médicos, farmacéuticos, enfermeras o legos. Demuestran que los hijos de médicos y farmacéuticos reciben menos antibióticos que los de enfermeras y legos, con datos de una cohorte de 21.383 niños que hicieron 173.728 consultas, de 53.733 episodios.

Referencias bibliográficas: 53

Revisor: JG

S-4766 *Antipsychotic drugs in dementia. What should be made of the risks?*

(En la demencia...paciencia [salvo peligro real])

Autores: Rabins PV, Lyketsos CG

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA*. 2005;294:1963-5

Calificación: *Bueno*

Comentario: Las cosas se ponen de moda, a conciencia. Por ejemplo, el uso de antipsicóticos (neurolepticos) en la demencia de los ancianos, sin mucho fundamento científico, y sin mucha necesidad. Este editorial comenta un artículo en el mismo ejemplar de la revista acerca del aumento de la mortalidad en los pacientes dementes con el uso de antipsicóticos. Aumentan la mortalidad todos, no sólo los nuevos y atípicos, como la risperidona. Los autores sugieren que se precisen nuevos estudios sobre estos medicamentos, y sobre todos, con datos clínicos, a largo plazo y sobre la mortalidad (el resultado último que se debe medir siempre).

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-4767 *Does this dyspneic patient in the emergency department have congestive heart failure?*

(El paciente disneico en urgencias tiene insuficiencia cardiaca cuando el médico tiene una sospecha cierta de la misma)

Autores: Wang CS, FitzGerald JM, Schulzer M, Mak E, Ayas NT

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA*. 2005;294:1944-56

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: En la práctica diaria no es fácil tener idea del valor pronóstico de las cosas que hacemos para llegar al diagnóstico. Por eso es interesante esta sección de la revista, en la que se analizan síntomas comunes y se buscan estudios que demuestren el valor de lo que se hace de rutina. En el caso de la disnea, en urgencias, si el médico tiene una sospecha cierta es muy probable que el paciente tenga el síndrome. Lo más importante es la historia de insuficiencia cardiaca previa, de disnea paroxística nocturna, tercer ruido cardiaco, galope, congestión venosa en la placa de tórax y fibrilación auricular en el electrocardiograma.

Referencias bibliográficas: 70

Revisor: JG

S-4768 *El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal*

Autores: Ubierno MC, Regoyos S, Vico MV, Reyes R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Enfermería Clín*. 2005;15:199-205

Calificación: *Bueno*

Comentario: Los pacientes recluidos en su domicilio por enfermedad reciben la mayor parte de los cuidados de sus familiares. No es fácil ser un cuidador familiar, no formal, no pagado, durante años, por la sobrecarga física y psíquica que conlleva. En este trabajo, barcelonés, de enfermeras, se estudia el riesgo de claudicación del cuidador informal con la escala de Zarit, que va de 22 a 110 (de 56 a 110, sobrecarga intensa o riesgo de claudicación). Son 71 cuidadores los incluidos, de una edad media de 60 años, y un 86% mujeres (los pacientes, 85 años y 75%). Tenían sobrecarga intensa el 65% de los cuidadores, y la media de la escala de Zarit fue de 61 puntos.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: JG

S-4769 *Health literacy and functional health status among older adults*

(Las consecuencias del analfabetismo en el estado funcional, evidentes e importantes)

Autores: Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med*. 2005;165:1946-52

Calificación: *Bueno*

Comentario: Ser analfabeto es un problema en una sociedad desarrollada en la que todo se hace por escrito, y donde se supone que todo el mundo sabe leer y escribir. Esta suposición es gratuita, pues siempre se demuestra un alto porcentaje de analfabetismo funcional, al menos. En este trabajo, gringo, se estudia una muestra de 2.923 ancianos de 71 años de media que se incorporan al sistema público. Están correctamente alfabetizados el 66%, y estos fuman y beben más que los analfabetos. Una vez corregido por morbilidad, factores de riesgo y socio-demográficos, los analfabetos tienen peor capacidad funcional, tanto en lo físico como en lo mental.

Referencias bibliográficas: 47

Revisor: JG

S-4770 *Reading is fundamental. The relationship between literacy and health*

(No saber leer dificulta mantener la salud)

Autores: DeWalt DA, Pignone MP

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med*. 2005;165:1943-4

Calificación: *Bueno*

Comentario: No sabemos bien lo que lleva a la mala salud en los pacientes analfabetos. Puede haber un nexo común, o puede ser el analfabetismo causa de la mala salud. Insiste el editorialista al comentar el estudio previo (S-4769), hay muchos "analfabetos en salud". Es decir, personas alfabetizadas, que saben leer y escribir, pero que no se enfrentan adecuadamente y que no entienden lo que se refiere a la salud. La cuestión es importante, ya que se ha demostrado la mayor frecuencia de enfermedades crónicas en los analfabetos, lo que les lleva a tener más necesidad de enfrentarse a pautas y consejos, que no son fáciles de adquirir ni dominar.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-4771 *Tratamiento tras la ingestión de una moneda en niños asintomáticos*

Autores: Conners GP

Revista/Año/Vol./Págs.: *Pediatrics (Ed esp)*. 2005;60:137-8

Calificación: Bueno

Comentario: ¿Qué hacer si el niño se ha tragado una moneda y no tiene mayor molestia, está asintomático? El editorial comenta un trabajo publicado en el mismo número sobre observación o endoscopia en niños asintomáticos en urgencias que demuestra sin duda que se puede esperar entre 8 y 16 horas, pues muchas monedas atascadas en el esófago terminan pasando espontáneamente al estómago y no requieren intervención). La cuestión es que no conocemos la "historia natural" de este problema, ni el comportamiento en el domicilio, que puede ser más ventajoso cuando no haya síntomas ni molestias, lo que evitaría radiografías y endoscopias.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-4772 *Evaluación a corto plazo del control de los factores de riesgo y de la prescripción terapéutica en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular*

Autores: Ciria C, Pizarro A, Moreno MA, Sánchez C, Ibáñez P, Suárez C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Clín Esp*. 2005;205:425-9

Calificación: Bueno

Comentario: La prevención secundaria tiene eficacia demostrada en el infarto de miocardio y en el ictus. Pero no se aplica con la frecuencia deseable, y muchas veces por un mal tratamiento tras el alta hospitalaria. Lo demuestran los firmantes, madrileños, a partir de una extraña consulta hospitalaria de "prevención secundaria de enfermedad cardiovascular". Sólo el 51% de los pacientes con infarto de miocardio lleva el tratamiento completo (antiagregante, IECA, estatina y bloqueador beta), y sólo el 43% tras el ictus sigue el completo (antiagregante, IECA y estatina).

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-4773 *Nueva perspectiva para la enfermedad de Parkinson*

Autores: Lozano AM, Kalia SK

Revista/Año/Vol./Págs.: *Investigación Ciencia*. 2005;348:58-65

Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes con enfermedad de Parkinson tienen mal tratamiento por las complicaciones del mismo, y la

ineficacia a largo plazo. Como es una enfermedad frecuente (y en aumento, como todas las neurodegenerativas) es importante estar al tanto de por dónde va la investigación en torno al parkinson. Para ello sirve este texto, de dos canadienses, que ponen al día lo que hay sobre mecanismos fisiopatológicos, muy centrados en la genética. Destacan los genes de dos proteínas, la alfa-sinucleína (que se acumula en los cuerpos de Lewy, en la neuronas dopaminérgicas), y la parkina, que podría causar la muerte neuronal al evitar la destrucción de proteínas anormales.

Referencias bibliográficas: 3

Revisor: JG

S-4774 *A new grammar for drug discovery*

(Las rutas moleculares, el camino para nuevos medicamentos)

Autores: Fishman MC, Porter JA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Nature*. 2005;437:491-3

Calificación: Informativo

Comentario: No es fácil producir nuevos medicamentos, por lo que mucho de lo que se introduce en el mercado farmacéutico aporta poco al tratamiento de los pacientes. Los autores, de Novartis, hacen un buen repaso a las posibilidades que da la genética para el desarrollo de nuevos fármacos, y además lo hacen con una nueva perspectiva. Consideran que hay que buscar mecanismos de acción comunes a muchos genes, ya que las enfermedades no monogénicas tienen una base genética compleja y proponen que la investigación se centre en las rutas moleculares que enlazan la superficie celular con el cambio de los genes en el núcleo.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-4775 *Plan B. A collision of science and politics*

(La contracepción de urgencia, su eficacia y su venta libre)

Autores: Couzin J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Science*. 2005;310:38-9

Calificación: Informativo

Comentario: Los embarazos no deseados son embarazos complicados, por lo general, pues llevan a aborto y a complicaciones sociales y médicas. Para evitar los embarazos no deseados se puede optar por la abstinencia sexual, o por la prevención. Cuando no se opta por nada, las relaciones sexuales pueden acabar en embarazo, y queda la opción post-ex de la contracepción de emergencia. Lo malo es que ésta tiene un corto periodo de tiempo, y que debe haber contacto con un médico. La autora de este comentario desgrana la falta de ciencia de la decisión estadounidense de no dejar el levonorgestrel de libre dispensación en la farmacia, sin receta.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-4776 *Screening for hereditary hemochromatosis. A clinical practice guideline from the American College of Physicians*

(El cribaje de la hemocromatosis, sin fundamento científico)

Autores: Qassem A, Aronson M, Fitterman N, Snow V, Weiss KB, Owens DK

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med.* 2005;143:517-21

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La hemocromatosis es relativamente frecuente en las poblaciones europeas, y siempre hay médicos dispuestos a difundir la implantación del cribaje (del diagnóstico precoz en toda la población). En esta guía se deja claro que no hay suficiente información para pronunciarse al respecto, sobre todo por la baja penetrancia del gen C282Y mutado, y por las dudas acerca del tratamiento propuesto, de flebotomías repetidas en pacientes asintomáticos. En caso de sospecha de enfermedad se recomienda como métodos diagnósticos la determinación de ferritina y de la saturación de transferrina.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-4777 *Screening primary care patients for hereditary hemochromatosis with transferrin saturation and serum ferritin level: systematic review for the American College of Physicians*

(Para diagnosticar la hemocromatosis, sospecha clínica, no cribaje)

Autores: *Scmitt B, Golub RM, Green R*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med.* 2005;143:522-36

Calificación: *Excelente*

Comentario: Cuando se encuentra un paciente con hemocromatosis suele generarse un ambiente positivo para el cribaje de la enfermedad, bien con determinación genética, bien con pruebas sanguíneas a nuestro alcance. Por eso los autores hacen una revisión sistemática del cribaje en primaria con los niveles de ferritina y de saturación de transferrina. Demuestran que los beneficios no superan a los perjuicios, y que no se justifica tal cribaje. Como casi siempre, desconocemos la "historia natural" de la hemocromatosis, lo que impide hacer estudios de coste-efectividad.

Referencias bibliográficas: 65

Revisor: JG

S-4778 *Screening for hereditary hemochromatosis. Recommendations from the American College of Physicians. Summary for patients*

(Consejos para los pacientes preocupados con el cribaje de la hemocromatosis)

Autores: *American College of Physicians*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med.* 2005;143:1-46

Calificación: *Informativo*

Comentario: Hacer participar a los pacientes en las cuestiones médicas tiene ventajas e inconvenientes. Por ejemplo, es frecuente la manipulación de los "familiares de..." para lograr su apoyo a actividades preventivas sin base científica, como el cribaje del cáncer de mama y el de la sordera congénita. Es bueno, pues, tener información de calidad útil para los pacientes, para al menos poder intentar neutralizar la manipulación sin manipular a la vez. Este es el caso que se comenta sobre hemocromatosis, en que se distingue perfectamente cribaje de sospecha diagnóstica.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-4779 *The role of biomedical knowledge in clinical reasoning. A lexical decision study*

(La rapidez en el diagnóstico, asociada a la práctica clínica)

Autores: *Rikers RMJ, Loyens S, Winkel WT, Schmidt HG, Sins PHM*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Acad Med.* 2005;80:945-9

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: En el trabajo diario no puedes perder el tiempo pensando demasiado, de forma que los médicos clínicos terminan diagnosticando casi sin pensar, por lo menos ante lo frecuente. Los autores, holandeses de Rotterdam, enfrentan a 15 médicos generales con al menos 7 años de experiencia clínica con 20 estudiantes de medicina al terminar las preclínicas, en un curioso experimento con textos breves en ordenador. Son descripciones de 50 palabras de 60 casos clínicos. Tras cada caso, el ordenador presenta de palabra en palabra varios diagnósticos reales o imaginarios (por ejemplo "enfargo", por "infarto"), o claves etiológicas.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-4780 *The denominator in general practice, a new approach from the Intego database*

(Una solución práctica al problema del denominador cuando no hay lista de pacientes)

Autores: *Bartholomeeusen S, Kim CY, Mertens R, Faes C, Buntinx F*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract.* 2005;22:442-7

Calificación: *Bueno*

Comentario: Cuando se quiere saber lo que se hace en la consulta, y lo que se debería hacer, es fundamental contar con un denominador poblacional. En los países con lista de pacientes, la cosa parece fácil, pero en los países de libre acceso a médicos generales y especialistas, como Bélgica, la cosa es más difícil. Los autores emplean una base de datos que comparten 51 médicos generales flamencos, con datos anónimos de los pacientes atendidos. A partir de los que han consultado en un año, y de un listado de toda la población asegurada, puede calcularse la población que de "derecho" podría tener cada médico, incluyendo, pues, a una parte que no ha consultado en el año.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-4781 *Results of computed tomography in family practitioners' patients with non-acute abdominal pain*

(La TAC no mejora el diagnóstico del dolor abdominal inespecífico no agudo, y puede complicar el seguimiento, salvo si hay signos de alarma)

Autores: *Master S, Longstreth GF, Liu AL*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract.* 2005;22:474-7

Calificación: *Excelente*

Comentario: El dolor abdominal es el pan nuestro de cada día en la consulta. En su amplia mayoría termina resolviéndose sin diagnóstico, pero conviene hacer las cosas bien. Los autores, de la HMO Kaiser, en California, EE.UU., analizan el resultado final (al cabo de dos años) de 137 pacientes con dolor abdominal, de 58 años de media, a los que se les pidió una tomografía axial computarizada (TAC). Consideran

síntomas de alarma adelgazamiento brusco, rectorragia, vómitos, disfgia, hematuria, masa abdominal, anemia y anomalías analíticas hepáticas. En el 32% de estos pacientes la TAC dio información relevante. Sin signos de alarma, la TAC fue útil en un caso.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-4782 *Modeling complex medical decision problems with the Archimedes model*

(Mejor el modelo de Arquímedes que el de Markov)

Autores: Brandeau ML

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med.* 2005;143:303-4

Calificación: Excelente

Comentario: El modelo de Arquímedes es nuevo, y mejora en mucho al de Markov en la ayuda a la decisión (su uso demuestra que no vale la pena la "prevención" diabética). Se trata de obtener la mejor información posible de lo que ya sabemos con certeza, para deducir lo más probable respecto a lo que hay gran incertidumbre. En el modelo de Markov todo es relativamente simple, con pasos que admiten probabilidades y resultados que en conjunto simulan lo que puede suceder. En el modelo de Arquímedes se consideran también los cambios fisiológicos, la conducta de los pacientes, la utilización de recursos y otros muchos factores.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MPF

S-4783 *NICE suspected cancer guidelines*

(El médico generalista, imprescindible en la sospecha y el pronto diagnóstico de cáncer)

Autores: Mulka O

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract.* 2005;55:580-1

Calificación: Excelente

Comentario: El instituto NICE, inglés, está desarrollando un conjunto de normas y recomendaciones, de guías, para mejorar la práctica clínica, y en este editorial se comenta la que se refiere a la mejora de la derivación cuando hay sospecha de cáncer. Se puede consultar la guía en www.nice.org.uk/page.aspx?o=262122 Lo importante es que las guías se basan en síntomas de propia sospecha, sobre lo que hay poquísima investigación. Con ello se demuestra la necesidad de investigar sobre la historia natural de las enfermedades y de desarrollar el campo del médico, capaz de deducir de síntomas inespecíficos la sospecha de cáncer de colon, por ejemplo.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: MPF

S-4784 *Recent changes in the prevalence of diseases presenting for health care*

(Disminución en el Reino Unido, entre 1991 y 2001, en Medicina General, de enfermedades infecciosas, y aumento de las enfermedades crónicas)

Autores: Flemming DM, Cross KW, Barley MA

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract.* 2005;55:585-9

Calificación: Bueno

Comentario: En este trabajo se analiza el cambio en el patrón de morbilidad atendida en las consultas de Medicina General en el Reino Unido entre 1991 y 2001, con los registros de 38 centros de salud que atienden a una población de unas 330.000 personas. El trabajo ha cambiado en algunas cosas. Por ejemplo, hay menos infecciones, y aumento de

cánceres. Curiosamente no se demuestra aumento del melanoma. Ha aumentado mucho el hipotiroidismo y la diabetes, pero no la obesidad. Ha disminuido la insuficiencia cardiaca y el infarto de miocardio. Todo un rosario de cambios, que a veces asombra, y a veces coincide con lo que vemos en España.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: MPF

S-4785 *Who are physician-scientists' role models? Gender makes a difference*

(El ideal del médico científico, según el sexo de los médicos interesados en investigación clínica)

Autores: Bakken LL

Revista/Año/Vol./Págs.: *Acad Med.* 2005;80:502-6

Calificación: Bueno

Comentario: Los médicos deberíamos tener claro qué esperaríamos de nosotros mismos si fuéramos médicos investigadores, y sobre ello se le preguntó a 251 profesionales que asistieron a un curso sobre investigación clínica. Contestaron 95. Vieron al ideal como varón el 95% de los varones y el 71% de las mujeres. En general, se espera que ese modelo ideal haga múltiples publicaciones, tenga conocimiento científico y dé apoyo a los que se inician en la actividad. Cuando el modelo es una mujer, se valora que tenga capacidad de comunicación y de resolución de problemas; también que sea capaz de compatibilizar la actividad profesional y familiar, y de trabajar a tiempo parcial. Ser mujer es otra cosa, no cabe duda.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: MPF

S-4786 *Towards the global elimination of brain damage due to iodine deficiency. The role of the International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders*

(La carencia de yodo, causa evitable de retraso mental)

Autores: Hetzel BS

Revista/Año/Vol./Págs.: *Internat J Epidemiol.* 2005;34:762-4

Calificación: Bueno

Comentario: Hay autores que se identifican con determinadas cuestiones, y el firmante, australiano, tiene su vida unida al problema de la deficiencia de yodo. Es una cuestión increíble, pues es causa evitable de retraso mental, y depende sólo de introducir la sal yodada en toda la cadena alimentaria, desde la ganadería a la industria. El comité que fundó el autor ha conseguido que no se abandone la cuestión, y que se recuerde de continuo que es un problema evitable. Dicho comité comenzó en 1983 como un grupo de profesionales y amigos, determinados a resolver una lacra evitable.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: MPF

S-4787 *From caregiving to bereavement: trajectories of depressive symptoms among wife and daughter caregivers*

(La carga emocional en la mujer que cuida del paciente terminal)

Autores: Li LW

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Gerontol Psychol Sci.* 2005;60B:P190-P198

Calificación: Excelente

Comentario: Con este trabajo se demuestra que la atención a pacientes terminales se realiza en lo psicológico con un mo-

delo "de alivio", no "de agotamiento". Es decir, que la muerte del paciente conlleva una situación de alivio que permite recuperarse del estrés, y no es la gota que colma el vaso del agotamiento y desborda al cuidador. La autora siguió durante cuatro años de media a 53 esposas y 104 hijas que cuidaban de un paciente terminal, para estudiar su evolución anímica antes, y después de la muerte del mismo. En general, la sobrecarga psicológica aumenta conforme empeora el paciente y se acerca la muerte.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: MPF

S-4788 *Evaluation of movement speed and reaction time as predictors of all-cause mortality in men*

(La movilidad y la capacidad de reacción muscular predicen la mortalidad en varones)

Autores: Metter EJ, Schragger M, Ferrucci L, Talbot LA
Revista/Año/Vol./Págs.: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005;60:840-6

Calificación: Bueno

Comentario: Puesto que con la edad se pierde masa y fuerza muscular, los autores se preguntan si se podrá predecir el envejecimiento y su efecto en la mortalidad midiendo la movilidad y la capacidad de reacción muscular. La respuesta es positiva, y lo demuestran con el seguimiento de 1.196 varones de clase media-alta de Baltimore (EE.UU.), a lo largo de 40 años, evaluándolos anualmente. Miden la capacidad muscular pidiéndoles que pinchen desde determinada altura, con un bolígrafo, el centro de un círculo de papel. Con el paso de los años, los pacientes que tienen menos habilidad tienen más mortalidad.

Referencias bibliográficas: 39

Revisor: MPF

S-4789 *Myths about cancer might interfere with screening decisions*

(Miedos y mitos que afectan a la decisión de participar en programas de cribaje del cáncer)

Autores: MacGarvey EL, Brenin DR
Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet.* 2005;366:700-2

Calificación: Bueno

Comentario: Los autores, gringos, son favorables a todo tipo de cribaje del cáncer, incluso con mamografía en el cáncer de mama, pero dan buenas ideas acerca de los mitos y miedos que circulan por la cabeza de los pacientes a la hora de decidir su participación en actividades preventivas. Así, señalan que hay ideas preconcebidas acerca de distintos tipos de cánceres, que influyen aspectos psicológicos (fobias, situación mental), que intervienen factores culturales y sociales, y que importa mucho la historia familiar previa.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: MPF

S-4790 *Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario*

Autores: Jiménez S, de la Red G, Miró O, Bragulat E, Coll-Vinent B, Senar E, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc).* 2005;125(4):132-7

Calificación: Bueno

Comentario: En este trabajo se constata algo lógico, pero que pocas veces se "demuestra con números": un médico for-

mado y con experiencia (en este caso de medicina de familia) obtiene una mayor efectividad y calidad de la asistencia que un médico con poca experiencia (un residente novel), siendo coste-efectivo (en esta tierra nuestra el salario no es muy diferente, y además el buen médico genera menos gasto). Es curioso que con frecuencia a los médicos menos formados se les ponga en primera línea de los servicios de urgencias (¿será como en el campo de batalla?).

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MARL

S-4791 *Tratamiento del cáncer de próstata con intención curativa según la edad y la esperanza de vida*

Autores: Ojea A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc).* 2005;125(4):140-2

Calificación: Muy bueno

Comentario: Editorial que parte de que el principal problema que plantea actualmente el cáncer de próstata (CP) es la sobredetección (cribado) y consecuente sobretratamiento. El 83% de los CP localizados progresa y da metástasis después de 10-15 años; por tanto, algo básico será tratar de forma agresiva a los que tengan una esperanza de vida de más de 10 años. Se aconseja que los mayores de 70 años con tumores localizados bien diferenciados no se traten inicialmente. Es necesario buscar medidas preventivas, tratamientos menos traumáticos y marcadores que distingan los cánceres que pueden ser irrelevantes de los más agresivos.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: MARL

S-4792 *Tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Atención Primaria en España*

Autores: Arroyo J, Badía X, de la Calle H, Díez J, Estmatjes E, Fernández I, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc).* 2005;125(5):166-72

Calificación: Muy bueno

Comentario: Estudio realizado en 48 centros de Atención Primaria de España. Aproximadamente 1 de cada 4 diabéticos tipo 2 presenta valores de control glucémico y lipídico superiores a los recomendados. Los de más larga evolución presentan un mayor consumo de recursos y una peor calidad de vida, lógico. El 13,7% fumaba, el 60% prácticamente no realizaba actividad física, el 80% tiene sobrepeso... En fin, factores que influyen en gran medida en el control y mejor evolución de la diabetes, pero que no dependen de uno u otro fármaco, sino del cambio de hábitos personales, que a menudo tiene muy poco que ver con nuestras intervenciones. Al final, cada paciente vive como quiere y como puede.

Referencias bibliográficas: 42

Revisor: MARL

S-4793 *Información sobre medicamentos: la ficha técnica*

Autores: Manso G, Hidalgo A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc).* 2005;125(5):198

Calificación: Informativo

Comentario: La prescripción de medicamentos a menudo conlleva dudas. Una de las mejores fuentes de información sobre medicamentos es la ficha técnica de cada uno de ellos. Y en este artículo se informa de cómo acceder a ella, a través de la página de internet www.agedmed.es, seleccionando "sistemas de información", posteriormente "fichas técnicas"

e introducir el nombre comercial, principio activo, grupo terapéutico o código de la especialidad y dar a consultar. La ficha técnica es un documento oficial, no promocional, en el que se resume la información científica esencial de cada especialidad farmacéutica.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: MARL

S-4794 *PubMed perspective of family medicine research*

(La investigación en Medicina de Familia, según PubMed)

Autores: Mendis K, Solangaarachchi I

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Med.* 2005;22:570-5

Calificación: Informativo

Comentario: La industria de la bibliografía está dominada por los gringos, que incluyen predominantemente revistas en inglés en sus bases de datos. Eso también incluye a PubMed, que hoy se considera internacional, pero es gringa, y centrada en la medicina militar. Los autores, de Sri Lanka, utilizan PubMed para valorar la evolución de las publicaciones en Medicina Familiar desde 1960 a 2003. En total hay 50.288 artículos indexados. Los países que han publicado más, Reino Unido (18.760 artículos), EE.UU., Australia, Canadá y Alemania. España sale en 14º lugar, con 543 artículos. Sólo 921 autores tienen más de 10 artículos publicados.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-4795 *Which general practices have higher list inflation? An exploratory study*

(Están infladas las listas de pacientes de los médicos generales ingleses)

Autores: Ashworth M, Jenkins M, Burgess K, Keynes H, Wallace M, Roberts D, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract.* 2005;22:529-31

Calificación: Bueno

Comentario: El pago por capitación exige "ligar" a las personas a los médicos. Es decir, exige construir listas que se adscriben a médicos generales, de forma que éste tiene responsabilidad sobre los pacientes con independencia de que consulten o se mantengan ajenos. En España, las listas de pacientes están deflactadas, de forma que tenemos menos pacientes en los listados de los que atendemos. En el Reino Unido sucede lo contrario, con una inflación de alrededor del 7%. En este trabajo se enviaron 42.712 cartas a varones de 20 a 29 años, de las listas de pacientes, y si no respondieron se tomó contacto con su médico general, para que viese qué pasaba.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: JG

S-4796 *The WONCA World Congress 2004 did not meet academic standards*

(El congreso mundial de la WONCA, penoso)

Autores: Vedsted P, Sondergaard J, Sandbaek A, Thomsen A, Lauritzen T

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract.* 2005;22:576-7

Calificación: Excelente

Comentario: Suelo decir, y no es sólo una broma, que los congresos médicos facilitan la actividad sexual, como mejor beneficio. En consecuencia, asisto sólo cuando algún amigo logra complicarme la existencia. Mi rechazo no es insólito, y tiene las mismas razones que señalan los autores de esta

valiente carta. Son daneses que fueron con toda su inocencia al congreso de la WONCA en Orlando, EE.UU., en 2004, y que comprobaron horrorizados que casi nadie asiste a las presentaciones científicas, que el nivel académico es bajísimo, y que se cuida poco el intercambio de ideas y experiencias.

Referencias bibliográficas: 2

Revisor: JG

S-4797 *Performance of the Thrombolytic in Myocardial Infarction (TIMI) ST-elevation myocardial infarction risk score in a national cohort of elderly patients*

(La predicción del riesgo de muerte en el infarto, de pobre resultado al pasar de las tablas a los pacientes individuales)

Autores: Rathore SS, Weinfurt KP, Foody JM, Krumholz HM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am Heart J.* 2005;150:402-10

Calificación: Bueno

Comentario: Todos querríamos tener métodos que nos facilitasen calibrar la probabilidad del pronóstico en un determinado paciente. Las tablas de riesgo se han desarrollado con este propósito, y se han vuelto muy populares, sin pensar que una cosa es su desarrollo y validación en poblaciones, y otra, su aplicación al paciente concreto que tenemos en la consulta. Lo demuestran los autores, al intentar predecir la probabilidad de muerte en ancianos ingresados por infarto de miocardio, con elevación del ST, en una muestra representativa de EE.UU.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-4798 *To score or not to score?*

(La aplicación de las tablas de riesgo, una ejercicio académico diletante)

Autores: Roger V

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am Heart J.* 2005;150:371-2

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las tablas de riesgo facilitan no pensar. Basta aplicarlas para deducir el pronóstico y casi el tratamiento del paciente individual que nos consulta. Craso error, pues como señala el editorial que comenta el artículo previo (S-4797), la aplicación de las tablas de riesgo es un puro ejercicio académico, de escaso o nulo interés en la práctica clínica. El editorialista se centra sólo en los problemas de las muestras de los ensayos clínicos, siempre ultra-seleccionadas, sin tocar otra dificultad, el saltar de poblaciones a individuos.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-4799 *Door-to-needle time in myocardial infarction. Is there an ideal benchmark?*

(Los problemas para definir un óptimo (en el tiempo hasta la fibrinólisis en el infarto de miocardio))

Autores: Canto JG, Kiefe CI

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am Heart J.* 2005;150:365-7

Calificación: Bueno

Comentario: Las medias para las piernas, decía un profesor de estadística, y tenía razón. Los autores de este editorial comentan un artículo publicado en el mismo número de la revista, sobre cómo promover la disminución del tiempo en

tre que el paciente entra con un infarto por la puerta de urgencia, y la aplicación de la fibrinólisis, si procede. Si uno elige el tiempo medio como lo mejor, lo óptimo, lo que se promueve es la mediocridad, pues lo mejor suele estar en el extremo. Por ello se fijan como objetivo lograr un tiempo de menos de 30 minutos en el 85% de los pacientes.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-4800 *Integrating heart failure guidelines into clinical practice*

(La mejora de la atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca, labor de todos)

Autores: Sweldberg K, Ekman I

Revista/Año/Vol./Págs.: *Eur Heart J. Suppl* 2005;7 (suppl J):J21-J25

Calificación: Excelente

Comentario: Las cosas son manifiestamente mejorables en lo que respecta al tratamiento y al seguimiento de la insuficiencia cardiaca. Los autores hacen un resumen que uno rechazaría, pues promueve el cuidado desde unidades hospitalarias hospitalizadas. Sin embargo, el desarrollo del resto del texto es excelente, y carga la mano en los problemas reales en Atención primaria. Insisten en la falta de formación de los médicos de Primaria, y en la falta de apoyo por los especialistas. Citan una experiencia italiana, de promoción del uso de los

bloqueadores beta, con apoyo para la graduación de su dosis, que logró duplicar el número de pacientes bien tratados.

Referencias bibliográficas: 54

Revisor: JG

S-4801 *Resincronización cardíaca: un salto cualitativo en la terapia de la insuficiencia cardíaca*

Autores: Mont L, Hernández-Madrid A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Esp Cardiol. Supl* 2005;5:1B-2B

Calificación: Bueno

Comentario: A veces los especialistas les ofrecen cosas a tus pacientes que ni te suenan, que no han sido sometidas a ensayos clínicos y que sólo "están de moda", aunque pueden tener alguna utilidad. Por ejemplo, en la insuficiencia cardiaca la resincronización cardiaca, que busca la coordinación entre la contracción auricular y ventricular. El texto que se comenta es el primero de un número monográfico sobre esta cuestión. La implantación del marcapasos biventricular no es fácil, y está indicada sólo en los pacientes con insuficiencia cardiaca terminal y bloqueo de rama izquierda, con complejo QRS de más de 120 ms. Tras el implante mejoran algunos pacientes, y no sabemos cómo seleccionar a los que tendrán mejor respuesta.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG