

Con la colaboración de



S-1.922 *Single-therapy androgen supresion in men with advanced prostate cancer* *A systematic review and meta-analysis*

(Los antiandrógenos y la orquidectomía en el cáncer de próstata)

Autores: Seidenfeld J, Samson D, Hasselblad V, Aronson N, Albertsen P, Bennett Ch et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 132: 566-577

Calificación: Bueno

Comentario: El cáncer de próstata no tiene un tratamiento claro. En este artículo se realiza un metaanálisis de 24 ensayos clínicos (6.600 pacientes) en los que se comparan distintas alternativas. La orquidectomía (con prótesis y hecha en el ambulatorio) da los mismos resultados que los agonistas de la hormona liberadora de la luteinizante. Sin embargo, los antiandrógenos no esteroides ofrecen un peor resultado en supervivencia y efectos adversos. El dietilestilbestrol, en dosis bajas, proporciona muy buenos resultados, pero con efectos secundarios frecuentes.

Referencias bibliográficas: 64

Revisor: MPF

S-1.923 *Postmenopausal hormone therapy increases risk for venous thromboembolic disease. The Heart and Estrogen-Progestin Replacement Study (HERS)*

(La terapia hormonal posmenopáusica triplica el riesgo de tromboembolismo)

Autores: Grady D, Wenger N, Menington D, Khan S, Finger C, Hunnighake D et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 132: 689-696

Calificación: Muy bueno

Comentario: El HERS es el primer y único ensayo clínico sobre el uso de la terapia hormonal posmenopáusica para prevenir la isquemia coronaria (prevención secundaria). En este artículo, se analiza el aumento de tromboembolismo en las mujeres tratadas con las hormonas. De hecho, este ensayo clínico ha impuesto el consejo de dejar las hormonas en casos de cirugía, fractura, hospitalización y cáncer. Tras más de 4 años (2.763 mujeres), el tromboembolismo se triplicó.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: MPF

S-1.924 *Blood levels of homocystein and increased risks of cardiovascular disease. Causal or casual?*

(Los valores de homocisteína en sangre como factor de riesgo cardiovascular)

Autores: Chisten W, Ajani U, Glynn R, Mennekens Ch

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2000; 160: 422-434

Calificación: Bueno

Comentario: La homocisteína es un aminoácido producido en el metabolismo de la metionina. Se acepta como valor normal de homocisteína en sangre 10-15 $\mu\text{mol/l}$. Las concentraciones altas de homocisteína se asocian a mayor riesgo de enfermedad cardiovascular; el tratamiento con ácido fólico y vitamina B₆ disminuye los valores de homocisteína. Revisan 43 estudios en los que se analizó la relación entre las cifras de homocisteína y la enfermedad cardiovascular. Los estudios prospectivos no permiten afirmar que ésta sea un factor de riesgo.

Referencias bibliográficas: 102

Revisor: MPF

S-1.925 *Clinical survival predictors in patients with advanced cancer*

(Indicadores de supervivencia en pacientes con cáncer terminal)

Autores: Vigano A, Bruera E, Jhangri G, Newoan S, Fields A, Suárez-Almaraz M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2000; 160: 861-868

Calificación: Bueno

Comentario: Cuando un paciente con cáncer va mal, el paciente y la familia suelen querer saber cuánto durará. En este trabajo se siguieron 227 pacientes mayores de 18 años con cáncer terminal. La media de supervivencia fue de 15,3 semanas. Dos factores importantes de predicción de la muerte fueron la disminución de los valores de albúmina en sangre (< 35 g/l) y el juicio del médico; al igual que las metástasis hepáticas, la pérdida de peso (más de 8 kg en los 6 meses previos), la disminución de los linfocitos, el aumento de las transaminasas y el cáncer de pulmón.

Referencias bibliográficas: 49

Revisor: MPF

S-1.926 *Infección por VIH y cáncer de cérvix: una llamada de atención para clínicos y planificadores*

Autores: López J, Cámara MM, Santamaría JM, Baraia J, Zubero Z, Teira R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 1999; 114: 255-256

Calificación: Bueno

Comentario: Trabajo realizado en un Servicio de ETS de Bilbao cuantificando la asociación entre VIH y cáncer de cérvix. Se observa una fuerte asociación entre ambos (*odds ratio* ajustadas = 7,53). Estos hallazgos exigen una adecuada planificación para realizar controles preventivos de cáncer de cérvix a las mujeres VIH + y mantener un alto grado de sospecha del VIH en las mujeres con citologías anormales. Quizá no haya que practicar tantas citologías a mujeres con escaso riesgo y centrarse más en determinados colectivos.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-1.927 *Infecciones nosocomiales por hongos oportunistas: análisis de una serie de noticias publicadas en la prensa española*

Autores: Adell C, Trilla A, Bruguera M, Giol M, Sallés M, Bayas JM et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 259-263

Calificación: Bueno

Comentario: Curioso artículo en el que se analiza la acumulación anormal de noticias referentes a infecciones nosocomiales por hongos oportunistas en los hospitales españoles, en la prensa general, en el primer semestre de 1999, como si hubiera sido una epidemia. Generó alarma social y desconfianza en la seguridad de las instituciones sanitarias. Se considera inadecuada, máxime si tenemos en cuenta que los datos de infecciones nosocomiales son públicos. Se aconseja que los profesionales tengamos una mayor relación con la prensa.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: MARL

S-1.928 *Las vacunas combinadas de administración parenteral en el calendario de vacunaciones sistemáticas*

Autores: Dal-Ré R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 264-270

Calificación: Informativo

Comentario: El desarrollo y utilización de vacunas combinadas (tienen, en un mismo producto, antígenos para prevenir distintas enfermedades) es imprescindible para poder aplicar los actuales calendarios vacunales sin un excesivo número de inyecciones; simplifican la administración y son más aceptadas y efectivas. Aspectos que se deben asegurar respecto a ellas son su inmunogenicidad para cada enfermedad y su seguridad. Es de esperar que el tema de las vacunas siga tan dinámico en los próximos años como últimamente.

Referencias bibliográficas: 58

Revisor: MARL

S-1.929 *Tratamiento oncológico de la enfermedad neoplásica avanzada y terminal*

Autores: Sanz J, Rivera F, De Juan A, Vega ME

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 302-307

Calificación: Bueno

Comentario: Normalmente consideramos que el tratamiento de los pacientes con cáncer debe ser curativo o paliativo. En este artículo, se habla del beneficio que puede obtenerse teniendo una actitud intermedia (entre los extremos de sólo quimioterapia o sólo cuidados paliativos). Hoy día se acepta que el tratamiento quimioterápico, aparte de aumentar discretamente la supervivencia, puede mejorar la calidad de vida de algunos pacientes con cáncer avanzado. El médico debe tener en cuenta el interés y prioridades del enfermo. Cada situación es distinta.

Referencias bibliográficas: 43

Revisor: MARL

S-1.930 *Systematic reviews and meta-analyses on treatment of asthma: critical evaluation*

(Evaluación crítica de las revisiones y metaanálisis del tratamiento del asma)

Autores: Jadad AR, Moher M, Browman GP, Booker L, Sigouin C, Fuentes M et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br Med J* 2000; 320: 537-540

Calificación: Bueno

Comentario: La medicina basada en pruebas ("evidencia") se funda en los ensayos clínicos y los metaanálisis, y ensayos clínicos y metaanálisis dejan mucho que desear. En este artículo se revisan 50 revisiones sobre el asma, para descubrir que las mejores son las 12 publicadas en la Cochrane Library. En total, 40 tienen graves defectos (incluyendo las seis en las que hubo patrocinio de la industria farmacéutica). De las 10 revisiones excelentes, 7 están en la Cochrane. En el texto se listan las recomendaciones respecto al seguimiento clínico en estas 10 revisiones.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-1.931 *Gaps in the continuity of care and progress on patient safety (Discontinuidad de la atención y errores médicos)*

Autores: Cook IR, Render M, Woods DD

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br Med J* 2000; 320: 791-794

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los autores, estadounidenses, definen como críticas la discontinuidad en la atención. Por ejemplo, es importante la discontinuidad entre la consulta del médico y la farmacia a la que va el paciente a por la receta. Estas discontinuidades en la atención son fuente de error continuas, y no pueden minusvalorarse. Lo importante es que los profesionales intentan salvar la discontinuidad y que, muchas veces, reconocen nuevas discontinuidades en situaciones conocidas o nuevas (nueva tecnología, nueva organización, nuevo ambiente), pero sabemos poco sobre todo ello.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-1.932 *Effect of patients seeing a general practitioner in accident and emergency on their subsequent reattendance: cohort study*

(Ser atendido en urgencias por un médico general no disminuye el uso posterior de las urgencias)

Autores: Murphy AW, Plunkett PK, Bury G, Leonard C, Walsh J, Lynam F et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br Med J* 2000; 320: 903-904

Calificación: Bueno

Comentario: En el Hospital de St. James, en Dublín, emplean a médicos generales locales para atender las urgencias menos urgentes (las que amenazan la vida o las urgentes pasan directamente). Con eso disminuyen costes y acortan las esperas. Los autores se preguntan si este contacto disminuye el posterior uso de las urgencias; la respuesta, con datos, es no. El 42% de los pacientes atendidos así vuelve al menos una vez en los dos años siguientes (la media de revisitas es de 3).

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-1.933 *Systematic review of comparative efficacy and tolerability of calcipotriol in treating chronic plaque psoriasis*

(La eficacia del calcipotriol en la psoriasis)

Autores: Ashcroft DM, Po ALW, Williams HC, Griffiths CEM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br Med J* 2000; 320: 963-967

Calificación: Bueno

Comentario: La psoriasis es frecuente, y a veces evoluciona mal, con pobre respuesta al tratamiento. Los autores se preguntan acerca de la eficacia del calcipotriol (hoy muy popular) y demuestran que es comparable a la de los corticoides potentes locales, sin los inconvenientes a largo plazo de éstos. Revisan 62 publicaciones de ensayos clínicos en psoriasis; utilizan 37 (12 publicaciones eran duplicaciones y 8 no tenían calidad suficiente), con 6.038 pacientes. El mayor inconveniente es el de la irritación de la piel (1 de cada 10 pacientes).

Referencias bibliográficas: 34

Revisor: JG

S-1.934 *Canal lombaire étroit. Qué d'incertitudes*

(“Canal lumbar estrecho”: ¿existe?)

Autores: Noiry JP

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Prescrire* 2000; 20: 207-209

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La lumbalgia sigue siendo territorio ignoto, pese a su repercusión. En este trabajo se revisa el diagnóstico de “canal lumbar estrecho”, que florece junto al de hernia discal, protusión discal y otros tan anecdóticos. Lo malo es que el canal lumbar estrecho se trata con cirugía, a las bravas, y no hay ensayos clínicos que permitan demostrar su eficacia. Al revisar la bibliografía, se encuentran solamente series de casos. El autor concluye que el tratamiento quirúrgico debe reservarse a los casos invalidantes, como último recurso.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-1.935 *Polyneuropathies périphériques dues aux “statines”*

(La polineuropatía periférica como efecto adverso de las estatinas)

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Prescrire* 2000; 20: 279

Calificación: *Informativo*

Comentario: Las estatinas se emplean frecuentemente, por su probada eficacia en la prevención secundaria de la isquemia coronaria. Tienen efectos secundarios bien conocidos, como la miopatía (con aumento de la CPK). En esta página, se llama la atención sobre los casos de polineuropatía periférica (sensitiva y/o motora) desencadenados por las estatinas. El tiempo de toma de la medicación varió entre meses y años; la edad media de los afectados fue de 59 años; la afectación disminuyó, pero no desapareció al retirar la medicación.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-1.936 *A quantifiable alternative to double data entry*

(El muestreo continuo para valorar la calidad del registro en el ordenador)

Autores: King DW, Lashley R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Control Clin Trials* 2000; 21: 94-102

Calificación: *Bueno*

Comentario: Puede haber errores en el registro de los datos de cualquier estudio. Entre ellos, errores al pasarlos al ordenador. Se ha discutido mucho cómo evitarlo, y en este artículo técnico los autores proponen un método de muestreo continuo. Se revisan los 10 primeros registros en el ordenador y, si son correctos, se sigue revisando uno de cada 10; cuando se encuentra un registro erróneo, se corrige y se continúa comprobando uno a uno todos los registros, hasta encontrar 10 seguidos correctos.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-1.937 *Experience of a scientific panel formed to advise the federal judiciary on silicone breast implants*

(El trabajo de un grupo científico neutral en un juicio)

Autores: Hulka BS, Kerkvliet NL, Tugwell P

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 812-815

Calificación: *Excelente*

Comentario: Las mujeres son capaces de ponerse implantes de silicona (y de lo que sea) en las mamas. Y luego aparecen efectos secundarios que atribuyen al implante, y reclaman daños y perjuicios. En este artículo, se repasa la desagradable experiencia de pertenecer a un comité científico neutral que asesoró a jueces y jurados en uno de estos juicios, en EEUU. Lo bonito del texto es el relato de la dificultad de trabajar con el método científico para una actividad extracientífica (el juicio). Queda claro que hay que cambiar el método.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-1.938 *Hypertension and antihypertensive therapy a risk factors for type 2 diabetes mellitus*

(La hipertensión como factor de riesgo para la diabetes)

Autores: Gress TW, Nieto FJ, Shahar E, Wofford MR, Bracanti FL

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 905-912

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La hipertensión es un factor de riesgo (no una enfermedad) que entendemos poco. En este trabajo, estadounidense, los autores siguen a 12.550 adultos durante 6 años, para estudiar la incidencia de diabetes tipo 2 (a los tres y a los 6 años). Parece que la hipertensión actúa como factor de riesgo, pues la incidencia de diabetes es 2,5 veces entre los hipertensos (tras corregir por peso y demás); la medicación desempeña un papel nulo para los diuréticos tiazídicos e IECA, escaso para los antagonistas del calcio y del 28% para los bloqueadores beta.

Referencias bibliográficas: 49

Revisor: JG

S-1.939 *Differences between men and women in the rate of use of hip and knee arthroplasty*

(Necesidad de prótesis de cadera y rodilla en varones y mujeres canadienses)

Autores: Hawker GA, Wright J, Coyte PC, Williams JI, Harvey B, Blazier R et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2000; 342: 1016-1022

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Las mujeres suelen estar discriminadas en lo que respecta a necesidad sanitaria. Los autores identifican a los mayores de 55 años, de Ontario, les entrevistan y estudian a fondo si tienen síntomas de artrosis de cadera o de rodillas. El número de pacientes que necesitarían una prótesis de cadera/rodilla es de 50 por 1.000 entre las mujeres y de 21 entre los varones pero, curiosamente, son muchas menos las mujeres que han comentado con su médico la cuestión (pese a que hay más mujeres que querrían operarse; 5,3 por 1.000 frente a 1,6 por 1.000 en varones).

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-1.940 **Identificación de las prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi**

Autores: Orts MI, Comet P, Moreno MI, Arribas MC
Revista/Año/Vol./Págs.: *Enfermería Clínica* 2000; 10: 9-13
Calificación: Bueno

Comentario: Las enfermeras tienen un papel importante en la atención clínica; el problema es que no está definido, y va de todo a nada. En este trabajo se presentan los resultados de un estudio Delphi para determinar las prioridades de investigación. Participaron en las dos vueltas 189 enfermeras (de 1.250 con las que se contó, y de 452 participantes en la primera vuelta). La lista comienza con la necesidad de evaluar la calidad de los cuidados de enfermería y sigue con el estudio de la coordinación entre niveles para dar continuidad a los cuidados de enfermería.

Referencias bibliográficas: 35
Revisor: JG

S-1.941 **Health care for older persons: a country profile (Spain)**

(La atención de los ancianos en España)

Autores: Ribera JM, Cruz-Jentoft AJ, Bravo J, Guillén F
Revista/Año/Vol./Págs.: *JACS* 2000; 48: 67-69
Calificación: Bueno

Comentario: Está bien leer cosas sobre España, y más cuando se refieren a nuestros problemas. En este caso, a los ancianos (el 16% de los españoles tienen más de 65 años, y un 3% más de 80). Los autores son geriatras que empiezan el artículo explicando, con sencillez y claridad, el sistema sanitario español. Siguen comentando las actitudes culturales (los ancianos prefieren vivir y morir en su casa, la familia todavía es importante en su atención, etc.). Terminan revisando la especialidad de geriatría y los planes geriátricos; muy bien lo primero, mal lo segundo (en su opinión).

Referencias bibliográficas: 9
Revisor: JG

S-1.942 **What questions do patients with curable prostate cancer want answered?**

(¿Qué quieren saber los pacientes con cáncer de próstata inicial?)

Autores: Feldman-Stewart D, Brundage MD, Hayter C, Groome P, Nickel JC, Dounes H et al
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Decis Making* 2000; 20: 7-19
Calificación: Bueno

Comentario: Cuando se le diagnostica a un paciente un cáncer, lo lógico es dedicarle tiempo y responder a todas sus preguntas. Lo malo es que muchas veces no lo hacemos. Los autores pasan a 56 pacientes diagnosticados de cáncer de próstata inicial un cuestionario sobre qué creen que quieren saber los pacientes como ellos. Contestan 36 (68%), y coinciden en poco. Lo más habitual: si falla el tratamiento, ¿qué opciones hay?; ¿moriré de cáncer de próstata si no se trata?; ¿tengo probabilidades de curar si retraso el tratamiento?; ¿con qué rapidez se extiende el cáncer de próstata no tratado?, etc.

Referencias bibliográficas: 48
Revisor: JG

S-1.943 **Does clinical error contribute to unnecessary antibiotic use?**

(Sobrevaloración por los médicos de la prevalencia de amigdalitis por estreptococo del grupo A)

Autores: McIsaac WJ, Butter CC.
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Decis Making* 2000; 20: 33-38
Calificación: Excelente

Comentario: La única justificación para recetar penicilina (fenoximetilpenicilina o penicilina V) en la amigdalitis es la sospecha de infección por estreptococo del grupo A. Este trabajo fue hecho en Toronto, en una consulta en la que la prevalencia de dicha infección es del 1,38%, pero los médicos la sobrestiman. En el 75% de los pacientes a los que se les prescribió antibióticos, no había infección por estreptococo del grupo A y se consideró innecesario su uso. El riesgo atribuible, el uso innecesario debido al error del médico, justifica el 62% de los errores.

Referencias bibliográficas: 39
Revisor: JG

S-1.944 **Decision making of clinical teams: communication patterns and diagnostic error**

(El diagnóstico clínico en grupo)

Autores: Christensen C, Larson JR, Abbott A, Ardolino A, Franz T, Pfeiffer C
Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Decis Making* 2000; 20: 45-50
Calificación: Muy bueno

Comentario: No es fácil tomar decisiones en grupo cuando no se tiene la misma información. En este trabajo, forman 24 equipos de tres personas: dos médicos con diferente experiencia (residente) y un estudiante de tercero. Cada uno ve un vídeo con un paciente simulado, y tienen parte de información común y parte diferente (y en la mitad de los casos clínicos, una información clave para el diagnóstico que se da sólo a uno del grupo). Se demuestra que la información común es la que más se discute y que la información clave única puede llevar a error por no compartirla.

Referencias bibliográficas: 17
Revisor: JG

S-1.945 **Gestión sanitaria y calidad**

Autores: Ortún V
Revista/Año/Vol./Págs.: *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 688-692
Calificación: Excelente

Comentario: Lo de la calidad vende por sí mismo, aunque se convierta en una tontería. Por eso es bonito leer este texto, de un economista, que pone las cosas en su sitio. La calidad tiene un coste y raramente permite que disminuyan los costes globales. El autor estudia los cambios necesarios para mejorar la calidad sanitaria; destaca la dificultad de ajustar los resultados (cambios en salud) por los riesgos que no controla el médico (el paciente no cura, empeora o muere por causas ajenas a la calidad de la atención clínica). Destaca que las formas organizativas afectan a la calidad.

Referencias bibliográficas: 3
Revisor: JG

S-1.946 *Nuisance or natural and healthy: should monthly menstruation be optional for women?*

(La menstruación, ¿inconveniente o saludable?)

Autores: Thomas SL, Ellertson L

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2000; 355: 922-924

Calificación: Informativo

Comentario: En esto de medicalizar la sociedad no hay límites. Las autoras apoyan entusiásticamente la idea de que la mujer debería tomar la píldora toda su vida y evitar así la menstruación. Utilizan de ejemplo la terapia hormonal sustitutiva, y el tratamiento de la hipertensión y de la hipertrofia prostática. Total, que lo de la menstruación es evitable y un horror; así pues, ¿por qué no eliminarlo? Para ello demuestran que no es natural y que pone en segundo lugar a la mujer, respecto al varón; no aportan dato alguno acerca del efecto sobre la salud de la mujer.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-1.947 *Waiting for coronary angiography: is there a clinically ordered queue?*

(Organización espontánea de la lista de espera para angiografía)

Autores: Hemingway H, Crook AM, Feder G, Dawson J, Timmis A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2000; 355: 985-986

Calificación: Bueno

Comentario: Las listas de espera son consustanciales a los sistemas sanitarios. En este trabajo, se estudia la lista de espera para angiografía, creada por médicos generales y especialistas con órdenes de "urgentes" o "de rutina". Los pacientes se clasifican en 5 grupos, según su necesidad. Sorprendentemente, la lista tiene una organización interna lógica, y los enfermos que más lo necesitan esperan menos tiempo. A peor estado y necesidad del paciente, más enfermedad coronaria, más revascularización y más mortalidad tras la angiografía.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-1.948 *Benign ovarian cysts and ovarian cancer: a cohort study with implications for screening*

(Fracaso de cribado de cáncer de ovario con ecografía)

Autores: Crayford TJB, Campbell S, Bourme TH, Rawsan HJ, Collins WP

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2000; 355: 1060-1063

Calificación: Muy bueno

Comentario: El deseo de cribado es insaciable y hay quien plantea el del cáncer de ovario con ecografía. Los autores lo intentaron entre 1981 y 1987, y se preguntan en 1999 si valió para algo. Seleccionaron a 5.479 mujeres sanas y siguieron a 5.135 durante 15 años. Les practicaron tres ecografías el primer año, y detectaron 5 cánceres y 88 tumores benignos. Al cabo de 15 años, no hubo mejor pronóstico entre aquellas a las que les extirparon los tumores benignos. El grupo voluntario tiene menos muertes de las esperadas por cáncer de pulmón, y más por cáncer de mama y ovario.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-1.949 *Influence of origin of ovarian cancer on efficacy of screening*

(Origen del cáncer de ovario)

Autores: Scully RE

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2000; 355: 1028-1030

Calificación: Bueno

Comentario: Este editorial comenta el artículo previo, y revisa la cuestión del cribado con ecografía del cáncer de ovario. La cuestión es que casi todos los cánceres de ovario (90%) son epiteliales, se desarrollan *de novo* en la superficie del ovario y se diseminan inmediatamente (cuando se diagnostican clínicamente y hay metástasis en casi el 80% de los casos). Algunos cánceres se desarrollan sobre tumores benignos, o sobre tejido del endometrio (endometriosis), lo que permite su detección y extirpación previa, pero los resultados no son alentadores. Tiempo de espera, pues.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-1.950 *Bupropión: primera terapia sin nicotina para dejar de fumar*

Autores: Sampablo I

Revista/Año/Vol./Págs.: *Prev Tab* 2000; 2(1): 32-34

Calificación: Informativo

Comentario: El bupropión es un antidepresivo, el único que ha demostrado su eficacia para dejar de fumar. En este artículo, se exponen los resultados de dos trabajos: en uno se incluyó a 615 pacientes (tratamiento, 7 semanas) y en el otro a 893 (durante 9 semanas); al cabo del año, de los tratados con bupropión habían dejado el tabaco el 23,1 y el 18,4%, respectivamente, frente al 12,4 y el 5,6%, respectivamente, en el grupo placebo. Este fármaco está aprobado en EE.UU. desde 1997, habiéndose aprobado recientemente en la mayoría de los países europeos.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: MARL

S-1.951 *Ischaemic heart disease mortality and weather temperature in Barcelona, Spain*

Autores: Sáez M, Sunyer J, Tobias A, Ballester R, Antó JM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Eur J Public Health* 2000; 10: 58-63

Calificación: Bueno

Comentario: Hoy día se hacen trabajos de todo tipo. En éste, realizado en Barcelona, se relacionó la mortalidad por cardiopatía isquémica con las condiciones atmosféricas, cuantificando las variaciones de mortalidad en función de la temperatura. Ésta y la humedad influyen en dicha mortalidad. La mortalidad es más alta por encima de los 25 °C y por debajo de los 5 °C. Se considera que la temperatura puede influir en las variaciones regionales de la mortalidad por cardiopatía isquémica, por la distinta exigencia de irrigación coronaria.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: MARL

S-1.952 **Alta prevalencia de deficiencia de vitamina D en mujeres posmenopáusicas de una consulta reumatológica en Madrid. Evaluación de dos pautas de prescripción de vitamina D**

Autores: Aguado P, Garcés MV, González ML, Del Campo MT, Richi P, Coya J et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 326-330

Calificación: Bueno

Comentario: Las mujeres posmenopáusicas de una consulta reumatológica de Madrid tienen deficiencia de vitamina D. La principal fuente de esta vitamina es la irradiación solar aunque, debido a la latitud de esta región, en los meses de invierno no se sintetiza este elemento; además, el envejecimiento de la piel dificulta su síntesis. Se aconseja la administración de suplementos diarios de vitamina D o, por las dificultades de cumplimiento, la administración de 80.000 U. dos veces al año. Sería muy aconsejable la suplementación con vitamina D de los productos lácteos.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: MARL

S-1.953 **Animales modificados genéticamente como donantes de órganos en xenotrasplante**

Autores: Yélamos J, Ramírez P, Parrilla P

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 342-348

Calificación: Bueno

Comentario: El xenotrasplante es el trasplante de órganos o tejidos entre miembros de especies diferentes. Plantea tres problemas principales: inmunológicos, fisiológicos e infecciosos. La vía para superarlos y hacer del xenotrasplante una realidad clínica pasará, posiblemente, por la generación de animales politransgénicos, "humanizando" el órgano donante para que no se rechace y funcione correctamente. Existen líneas de trabajo muy activas y avanzadas, que pueden hacer viable más pronto que tarde este tipo de trasplantes.

Referencias bibliográficas: 57

Revisor: MARL

S-1.954 **45-year follow-up of hepatitis C Virus infection in healthy young adults**

(Seguimiento de la hepatitis C durante 45 años: no es una enfermedad muy agresiva)

Autores: Seeff LB, Miller RN, Rabkin CS, Busbell Z, Straley KD

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 132: 105-111

Calificación: Bueno

Comentario: En España, la hepatitis C es una plaga. La epidemia tiene que ver, claro, con la sangre: jeringuillas, intervenciones, transfusiones y demás. Parece que los pacientes con hepatitis C evolucionan mal. Los resultados de este trabajo ayudan a ser optimistas. Los autores son militares de EE.UU., que tienen muestras de sangre de soldados desde 1948-1954. Determinan en 8.568 sueros la infección por hepatitis C; la presentan 17; los identifican y estudian qué ha sido de ellos en los 45 años siguientes. Dos han padecido enfermedad hepática, frente al 2,5% entre los que no tenían hepatitis C.

Referencias bibliográficas: 43

Revisor: JG

S-1.955 **Developing and implementing computerized protocols for standardization of clinical decisions**

(Desarrollo y uso de protocolos para utilización con ordenadores)

Autores: Morris AH

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 132: 373-383

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los protocolos y las guías suelen carecer de base científica. Y cuando la tienen, carecen de interés, porque no responden a las necesidades de cada paciente concreto. Los protocolos en papel no llevan ni a decisiones clínicas similares en casos similares, ni a su aplicación a las necesidades cambiantes de los pacientes. El autor hace un estudio muy bueno acerca del uso de protocolos en ordenadores, con suficiente información previa general y del paciente concreto para ofrecer ayuda normalizada a la decisión del médico.

Referencias bibliográficas: 118

Revisor: JG

S-1.956 **The role of guidelines in the practice of physician-assisted suicide**

(Las guías para ayudar al médico en su papel de ayudante del suicida)

Autores: Caplan AL, Snyder L, Faber K.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 132: 105-111

Calificación: Bueno

Comentario: El que en Oregón (EEUU) se haya legalizado la ayuda al suicidio por el médico ha hecho que se empiece a hablar en el mundo entero de ello. En este artículo, se revisan varias guías, pero superficialmente. Lo que interesa es que insiste en el absurdo de desarrollar guías y protocolos por médicos, enfermeras y abogados, cuando los importantes son los pacientes y sus familiares. Reconoce que hay riesgo de equivocarse pero que, si ya apenas hay autonomía personal y el dolor es insoportable, mucha gente pensaría que es un error perdonable.

Referencias bibliográficas: 48

Revisor: JG

S-1.957 **Death with dignity: a case study**

(Un caso clínico de ayuda al suicidio)

Autores: Kade WJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 132: 504-506

Calificación: Muy bueno

Comentario: Este artículo nunca lo firmará un médico español, pues terminaría en la cárcel. Vale la pena leerlo. Es un caso clínico, un relato: el de un médico de Oregón, contrario a la legalización de la ayuda al suicidio, al que pide ayuda una paciente de 29 años. Con un linfoma no hodgkiniano de 10 años de evolución y un estado terminal deplorable, la enferma pide que todo acabe, y tiene el apoyo del novio y de la familia. El médico sigue la ley, facilita las cosas, y la paciente se suicida. El relato impresiona; y más saber que no tenemos ni la libertad holandesa ni la de Oregón.

Referencias bibliográficas: 1

Revisor: JG

S-1.958 *Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers*

(Escucha al terminal y a sus cuidadores)

Autores: Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL
Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 132: 451-459
Calificación: Excelente

Comentario: Los pacientes mueren, y lo pasan mal ellos y sus familiares. En este trabajo se sigue el proceso de atención de 988 pacientes terminales y de 893 cuidadores de los mismos. Es terrible el resultado, por el dolor y las complicaciones mal controladas (el 52% con cáncer, el 18% enfermedad cardíaca, el 11% con EPOC), por la sobrecarga económica (en EE.UU., el 16% de las familias necesitan pedir un préstamo por la enfermedad), y con sólo tener un médico "que escucha" disminuye la depresión entre los cuidadores y la sensación de que cuidar dificulta su vida.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

S-1.959 *The first positive: computing positive predictive value at the extremes*

(El primer positivo después de 13.000 negativos: valor predictivo positivo)

Autores: Smith JE, Winkler RL, Fryback DG
Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2000; 132: 804-809
Calificación: Excelente

Comentario: Un recién nacido ha dado positivo en un cribado para una enfermedad infrecuente (un caso cada cuarto de millón de recién nacidos). La prueba de cribado es nueva y los 13.000 primeros niños cribados han dado negativos. ¿Cuál es el valor predictivo positivo de la prueba en este primer recién nacido positivo? El problema que plantean los autores es importantísimo, conforme se nos vienen encima las pruebas genéticas. La solución que ofrecen es preciosa y entendible; hay que leer el artículo subrayándolo, claro, pero no tiene mayor dificultad.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-1.960 *Antipyretic therapy. Physiologic rationale, diagnosis implications and clinical consequences*

(Tratamiento de la fiebre: ¿innecesario?)

Autores: Plarisance R, Mackaviak P
Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2000; 160: 449-456
Calificación: Muy bueno

Comentario: La fiebre es un síntoma que asusta, que se cree asociado a convulsiones y a sobreesfuerzo del corazón isquémico. La fiebre se produce por el efecto de la prostaglandina E₂ en el área preóptica del hipotálamo anterior. Los autores revisan el uso de los antipiréticos y, sorprendentemente, no hay nada que demuestre su utilidad, ni siquiera para comodidad del paciente. Recomiendan que se empleen raramente, que no se utilicen AINE si hay isquemia de miocardio y que se evite bajar la temperatura por medios físicos.

Referencias bibliográficas: 103

Revisor: MPF

S-1.961 *General practitioners and cancer. Primary care oncology needs more research if it is to develop*

(El papel del médico general en el cáncer)

Autores: Summerton N.
Revista/Año/Vol./Págs.: *Br Med J* 2000; 320: 1090-1091
Calificación: Muy bueno

Comentario: Este editorial anima a que mucho de lo que se hace en oncología empiece a hacerse en medicina general. El autor revisa, por ejemplo, el cribado, en el que es fundamental que el paciente entienda la cuestión de los resultados falsos positivos y falsos negativos. Respecto al diagnóstico temprano, cita un trabajo que demostró que, a más médicos de atención primaria en una zona, el diagnóstico del cáncer de colon se hace en fase más temprana. Propone también el tratamiento hormonal y quimioterápico en atención primaria.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: MPF

S-1.962 *Estrogen replacement therapy for treatment of mild to moderate Alzheimer disease. A randomized controlled trial*

(Fracaso de los estrógenos en la enfermedad de Alzheimer)

Autores: Mulnard RA, Cotman CW, Kwas C, Dyck CH, Sano M, Doody R et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2000; 283: 1007-1015
Calificación: Bueno

Comentario: La hipótesis estrogénica pretende justificar el tratamiento hormonal continuado de las mujeres, incluso como terapia en enfermedades tipo Alzheimer. En este ensayo clínico, se trata a mujeres ancianas (74 años de media) con trastornos mentales (enfermedad de Alzheimer), durante un año, con estrógenos en pequeña dosis (0,625 mg/día) o dosis mayor (1,25 mg/día). La evolución mental de las pacientes es idéntica, excepto por un ligero peor resultado en una de las escalas de graduación de la demencia (peor en las mujeres tratadas con estrógenos).

Referencias bibliográficas: 49

Revisor: JG

S-1.963 *An 80-year-old man with memory loss*

(Un anciano de 80 años con pérdida de memoria)

Autores: Larson EB.
Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2000; 283: 1046-1053
Calificación: Muy bueno

Comentario: Los casos clínicos de JAMA siguen su andadura, preciosa para los médicos generales. En el que se comenta, el médico, el paciente (80 años, maestro jubilado) y uno de los hijos de éste presentan la situación clínica del anciano que empieza a notar pérdidas de memoria, se da cuenta y se angustia. El consultor es agresivo, pero no tanto como los geriatras españoles; considera las recomendaciones canadienses para evaluar al paciente demente y no aconseja ni medir la velocidad de sedimentación, ni hacer pruebas sifiliticas ni valorar el ácido fólico.

Referencias bibliográficas: 52

Revisor: JG

S-1.964 *Effects of controlled-release metoprolol on total mortality, hospitalizations, and well-being in patients with heart failure. The Metoprolol CR/XL randomized intervention trial on congestive heart failure (MERIT-HF)*

(Efecto positivo del metoprolol en la insuficiencia cardíaca)

Autores: Hjalmarson A, Goldstein S, Fagerberg B, Wedel H, Waagstein F, Kjeksush J

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 283: 1295-1302

Calificación: Bueno

Comentario: Los bloqueadores beta continúan siendo de poco uso, pese a sus múltiples aplicaciones. En este ensayo clínico, se presentan datos complementarios de los ya publicados (el metoprolol disminuye la mortalidad de los pacientes con insuficiencia cardíaca, así como el volumen de eyección sistólico [se ha demostrado lo mismo con carvedilol y bisoprolol]). Además, el metoprolol disminuye las hospitalizaciones, mejora la situación clínica, reduce las arritmias y mejora la autovaloración de la salud de los pacientes.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-1.965 *β -blocker therapy for heart failure. The evidence is in, now the works begins*

(De la teoría a la práctica: introducción de los bloqueadores beta en la insuficiencia cardíaca)

Autores: Califf RM, O'Connor CM

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 283: 1335-1337

Calificación: Bueno

Comentario: Este editorial comenta y critica el ensayo clínico MERIT/HF, cuyos resultados se publican en la reseña anterior. Los autores destacan los buenos resultados de los bloqueadores beta y lo que significa respecto a nuestro error de concepto acerca de la fisiopatología de la insuficiencia cardíaca (es otra lección, dura de aprender, que debería volvernos más humildes). Destacan que no se habla de los efectos adversos y que no hay datos sobre qué hacer en los mayores de 80 años, o sin fallo sistólico izquierdo. Otro campo de uso de los bloqueadores beta.

Referencias bibliográficas: 17

Revisor: JG

S-1.966 *Major cardiovascular events in hypertensive patients randomized to dioxazosin versus chlorthalidone. The Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Health Attack Trial (ALLHAT)*

(Aumento de la mortalidad en pacientes hipertensos tratados con doxazosina frente a clortalidona)

Autores: The ALLHAT officers

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2000; 283: 1967-1975

Calificación: Bueno

Comentario: En los ensayos clínicos, casi siempre se valora una medicina frente a un placebo, así que se pierde la oportunidad de comparación con el tratamiento habitual. En el ALLHAT, por suerte, se comparó la doxazosina (α -bloqueada) con la clortalidona, en pacientes hipertensos con, al menos, otro factor de riesgo cardíaco. Se siguieron 22.335 pacientes durante tres años y hubo que dejar de administrar doxazosina y parar el ensayo clínico porque se dobló el riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca, además de aumentar el riesgo de ictus, angina y enfermedad arterial periférica.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-1.967 *Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review*

(La visita preventiva a domicilio a los ancianos es inútil)

Autores: Hasdregt JCM, Diederiks JPM, Rossum EV, Witte LP, Crebolder HFJM

Revista/Año/Vol./Págs.: Br Med J 2000; 320: 754-758

Calificación: Muy bueno

Comentario: Con esto de la prevención no hay límites; puede llegar al domicilio del anciano sano que vive en su propio hogar. Los autores, holandeses, analizan los ensayos clínicos realizados acerca del resultado de estas visitas "preventivas" a domicilio, para valorar y mejorar los problemas físicos, psíquicos y ambientales. Estudian 16 trabajos (de 244 seleccionados) con calidad muy variable, pero la conclusión final es que tal visita es inútil y, dado el tiempo y el coste, debería desaparecer, salvo que se encuentre una forma de mejorarla.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

S-1.968 *Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders*

(Comparación de la prevalencia de enfermedades mentales: alta en EE.UU. y Holanda, baja en México y Turquía)

Autores: WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology.

Revista/Año/Vol./Págs.: Bull WHO 2000; 78: 413-426

Calificación: Bueno

Comentario: La OMS empieza a tener interés por las enfermedades mentales y el sufrimiento que comportan. En este trabajo, se presentan los resultados de una encuesta poblacional, cara a cara, con 29.644 personas de 7 países (Alemania, Brasil, Canadá, EE.UU., México, Países Bajos y Turquía). Diagnostican los casos de ansiedad, depresión mayor/manía y dependencias (alcohol y otras drogas). La prevalencia varía, de un 40% a lo largo de toda la vida en EE.UU. y Países Bajos, al 20% en México y el 12% en Turquía.

Referencias bibliográficas: 61

Revisor: JG

S-1.969 *Long-term prognosis of depression in primary care*

(Las depresiones que no ceden con tratamiento en 6 meses suelen cronificarse)

Autores: Simon GE

Revista/Año/Vol./Págs.: Bull WHO 2000; 78: 439-445

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los estudios de seguimiento de pacientes deberían ser el pan nuestro de cada día en atención primaria. Pero no es así, y por ello se agradece leer este trabajo, en el que se ha seguido a 225 pacientes (de los 358 en que su médico decidió iniciar tratamiento con antidepresivos por una depresión mayor). Se valoraron los pacientes tras 1, 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses de iniciar el tratamiento. La mayoría de las depresiones ceden en 6 meses (quedan el 10%), pero los pacientes que persisten deprimidos ya no mejoran. El mejor predictor de la evolución del caso es la respuesta a los tres meses.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG