



S-3.026 *La halitosis*

Autores: Rosenberg M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Investigación Ciencia* 2002;309:6-12

Calificación: Bueno

Comentario: Este trabajo de un israelí puede servir de ayuda para los pacientes con halitosis. El mal olor bucal es uno de los posibles malos olores de las "junglas microbianas húmedas del organismo", como denomina el autor a las de axilas, pies y otros lugares. Lo bueno es que da consejos sencillos, como la limpieza del sarro lingual, especialmente de la parte posterior de la lengua. Además, introduce lógica en un problema que desazona a los pacientes y a sus familiares cercanos, y deja en paz al estómago como fuente de la dichosa halitosis.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: MPF

S-3.027 *Post-therapeutic response and therapeutic "style": re-formulating the "placebo" effect*

(El efecto placebo es debilísimo, pero muy eficaz)

Autores: Feinstein AR

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Clin Epidemiol* 2002;55:427-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: El autor de este comentario murió el año pasado, pero le dio tiempo a preparar este texto para acompañar el artículo danés que se critica a continuación (S3028). La cuestión de fondo es que si el placebo tiene un efecto debilísimo, o ninguno, ¿cómo médicos, pacientes y familiares lo juzgan tan poderoso? La respuesta es el potente efecto de atribuir lo que sucede a lo que antecede, una falacia típica del razonar humano (*post hoc, ergo propter hoc*). Lo interesante es que el estilo de práctica del médico puede lograr que las expectativas del paciente y la propia evolución del enfermar sirvan de agentes curativos, de "placebo".

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: MPF

S-3.028 *What are the main methodological problems in the estimation of placebo effects?*

(La literatura científica sobre el efecto placebo tiene graves problemas metodológicos)

Autores: Hróbjartsson A

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Clin Epidemiol* 2002;55:430-5

Calificación: Excelente

Comentario: El efecto placebo es muy débil o inexistente, sostiene el autor. De por sí el placebo se elige entre agentes de poca o nula eficacia, lo que hace esperable su falta de eficacia. Sin embargo, se le atribuye al placebo una enorme eficacia, que no resiste el análisis científico. De continuo se demuestra que los estudios sobre el efecto placebo están mal diseñados y/o mal realizados; el placebo se confunde con la interacción profesional-paciente, falta grupo de control apropiado, no se suele definir en forma operativa ni el placebo ni su administración, y no se suele hacer doble enmascarado. En fin, que menos "efecto" placebo.

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: MPF

S-3.029 *Tracheostomy and the Spanish Civil War*

(Noticia sobre el catalán Dr. Broggi)

Autores: Simo R

Revista/Año/Vol./Págs.: *J R Soc Med* 2002;95:323

Calificación: Informativo

Comentario: Es bonito leer una "carta al director" como la que se comenta, en la que un otorrino catalán, que trabaja en el Reino Unido, aprovecha la ocasión para "hacer patria". Es decir, para hacer propaganda del libro del catalán Moisés Broggi, "*Memories d'un cirurgià*" (Memorias de un cirujano), en el que se relata vida de un represaliado de la Guerra Civil, médico que promocionó la traqueotomía precoz de los heridos de guerra con lesiones de cara y cuello, que muchas veces morían mientras se le cohibían las hemorragias, que los asfixiaban. Uno más de los miles de buenos profesionales que perdimos en el vacío de la postguerra.

Referencias bibliográficas: 2

Revisor: MPF

S-3.030 *Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad*

Autores: Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP)

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;118: 493-9

Calificación: Bueno

Comentario: Los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son las alteraciones psiquiátricas más frecuentes en la población general. Su diagnóstico en Atención Primaria suele ser clínico, utilizando ocasionalmente algunas escalas. En este trabajo se validan las versiones en español de dos escalas, la MADRS (para depresión) y la HARS (ansiedad), que pueden ser útiles para la práctica asistencial y la investigación clínica. Se adjuntan dichas escalas en el trabajo, la primera con 10 preguntas y la segunda con 14.

Referencias bibliográficas: 38

Revisor: MARL

S-3.031 *Análisis de las causas de los reingresos en un hospital de agudos y su evitabilidad.*

Autores: Jiménez A, García J, Gómez J, Hidalgo L, Lorenzo L, Fernández J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;118: 500-5

Calificación: Bueno

Comentario: La tasa de reingresos, la mortalidad, las complicaciones o las infecciones son indicadores habituales de calidad hospitalaria. En este trabajo realizado en el Hospital Costa del Sol de Marbella se concluye que la mayor parte de reingresos (81%) serían inevitables a pesar de modificar los cuidados aplicados durante el ingreso previo. Para detectar situaciones realmente evitables proponen valorar sólo los reingresos tempranos y por causa diferente al ingreso previo. Los indicadores de calidad, tanto de proceso como de resultado son un reto constante.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: MARL

S-3.032 *Osteoporosis en el anciano: una preocupante falta de tratamiento*

Autores: Alarcón T, González JI

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2002;118: 515

Calificación: Muy bueno

Comentario: Estudio realizado en La Paz (Madrid) a 210 pacientes con fractura osteoporótica de fémur (edad media de 84,2 años). Sólo el 3,8% recibían previamente algún tratamiento para la osteoporosis. El 24,3% de los pacientes tenía antecedentes de fracturas osteoporóticas previas y sólo un 7,8% de ellos recibía tratamiento (con calcio, vit. D o calcitonina). Parece que existe poco conocimiento, concienciación, motivación o convencimiento para tratar un problema médico tan frecuente e incapacitante en este grupo de edad, a pesar de disponer de tratamientos efectivos, como el simple suplemento de calcio y vitamina D.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: MARL

S-3.033 *Diferencias en la presión arterial entre días consecutivos de monitorización ambulatoria en pacientes con hipertensión arterial: el "efecto MAPA".*

Autores: Hermida R, Calvo C, Ayala D, López JE

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2002;118: 521-8

Calificación: Bueno

Comentario: Sabíamos del efecto "bata blanca" en la toma de tensión arterial, y según este trabajo realizado en Santiago parece existir también un efecto presor durante las 5 primeras horas en los pacientes a los que se les realiza una MAPA por primera vez, efecto que desaparece en el segundo día si se hace una MAPA de 48 horas o en las sucesivas MAPA. A pesar de ello, según un editorial del mismo número de la revista, es suficiente realizar la prueba durante 24 horas, salvo excepciones.

Referencias bibliográficas: 47

Revisor: MARL

S-3.034 *A concordance-based study of metaphoric expressions used by general practitioners and patients in consultations*

(Médicos y pacientes usan metáforas y comparaciones de forma muy diferente)

Autores: Skelton JR, Wearn AM, Hobbs FDR

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2001; 52:114-8

Calificación: Bueno

Comentario: Con frecuencia utilizamos metáforas y comparaciones para hacernos entender y, sobre todo, para dulcificar el lenguaje. En este trabajo se analizan los registros de 373 consultas de 40 médicos generales ingleses para estudiar el uso de metáforas y comparaciones por profesionales y pacientes. Los médicos emplean un lenguaje más frío y distanciado, más técnico, mientras que la metáforas y comparaciones de los pacientes son vividas y directas. Los autores no creen que ello sea un problema, si aceptamos que los médicos utilizan un lenguaje que confirma su competencia para ayudar a los pacientes.

Referencias bibliográficas: 21

Revisor: JG

S-3.035 *Antibiotic prescribing and admissions with major suppurative complications of respiratory tract infections: a data linkage study*

(El sobreuso de penicilina puede tener un efecto beneficioso menor)

Autores: Little P, Watson L, Morgan S, Willanson I

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2001; 52:187-93

Calificación: Bueno

Comentario: No cabe duda de que en las infecciones agudas del aparato respiratorio los antibióticos sirven de poco. Si acaso la penicilina (fenoximetil-penicilina) en la amigdalitis. Los autores hacen un estudio ecológico en Inglaterra, en 92 áreas, y comparan la tasa de prescripción de penicilina con la de ingresos por absceso periamigdalares y mastoiditis. El aumento de la prescripción no disminuye ni la tonsilectomía ni los ingresos en general, pero si algo los de abscesos periamigdalares y otitis (2.000 recetas más por 10.000 pacientes podría impedir un ingreso tal).

Referencias bibliográficas: 41

Revisor: JG

S-3.036 *The effect of diabetic control on the incidence of, and changes in, retinopathy in type 2 non-insulin dependent diabetic patients*

(La diabetes mal controlada se asocia a retinopatía diabética)

Autores: Saum SL, Thomas E, Lewis AM, Croft PR

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2001; 52:214-6

Calificación: Bueno

Comentario: La exploración de la retina para el diagnóstico precoz de la retinopatía diabética se encuentra entre las pocas prácticas preventivas de probada eficacia. En este trabajo, inglés, se estudian retrospectivamente a 260 pacientes diabéticos comparando los que desarrollan retinopatía en los 4 años de seguimiento con los que no la presentan. La retinopatía se asocia a mal control, medido con la hemoglobina glucosilada, pero no a otros factores como tabaquismo, hipertensión, obesidad o hiperlipidemia. La ceguera, pues, puede evitarse, o retrasarse con un mejor control de la diabetes.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-3.037 *Patients with new onset haematuria: assessing the discrimination value of clinical information in relation to urological malignancies*

(Valor predictivo de la hematuria)

Autores: Summerton N, Mann S, Rigby AS, Ashley J, Palmer S, Hetherington JW

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2001; 52:284-9

Calificación: Excelente

Comentario: Nos faltan trabajos que ayuden al diagnóstico clínico a la cabecera del paciente. Este trabajo está hecho en una clínica urológica a donde derivan los médicos generales pacientes con hematuria, y ayuda a pensar. Han analizado a 363 pacientes consecutivos, de los que al final no tuvieron nada 260. Pero dan datos que, por ejemplo, permiten calcular que la posibilidad de cáncer tras las pruebas es del 68% para un varón de 76 años con hematuria macroscópica.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: JG

S-3.038 *A randomised controlled trial of the effect of educational outreach by community pharmacists on prescribing in UK general practice*

(Los centros de salud muy pequeños aprovechan mejor la formación en prescripción racional)

Autores: Freemantle N, Nazareth I, Eccles M, Wood J, Haines A, EBOR

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2001; 52:290-5

Calificación: Muy bueno

Comentario: Es difícil cambiar los hábitos de prescripción de los médicos generales, por más que se empleen métodos ingeniosos. Pero bueno, no está mal intentarlo. En este caso se hace un ensayo clínico para valorar el efecto de dos charlas de farmacéuticos de oficina de farmacia (a los que se forma sobre las cuestiones pertinentes) sobre la prescripción de los médicos en cuatro áreas concretas (AINE, antidepresivos, aspirina, IECA). El efecto general es menor, muy deprimente, pero algo se logra en centros de salud pequeños (de dos médicos generales). Lo pequeño es hermoso, no cabe duda.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-3.039 *A analysis of practice-level mortality data to inform a health needs assessment*

(Los registros de mortalidad tienen utilidad)

Autores: Webb R, Esmail A

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2001; 52:296-9

Calificación: Excelente

Comentario: Hacemos registros de utilidad dudosa; por ejemplo, el libro de mortalidad, que apenas si empleamos. Los autores, ingleses, analizan la mortalidad de dos Centros de Salud del centro de una ciudad, y la comparan con la de otro centro de la periferia. Los resultados son espectaculares, al calcular los años de vida perdidos (AVAC) y los aumentos de la tasa de mortalidad normalizada. El centro de la ciudad cuadruplica los AVAC por alcoholismo y triplica los AVAC por drogodependencia y enfermedad mental. Una radiografía terrible, pero clara.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-3.040 *Calambres musculares nocturnos y sulfato de quinina*

Autores: Larrañaga B

Revista/Año/Vol./Págs.: Sendagaiak 2002;15:3-4

Calificación: Informativo

Comentario: Los pacientes sufren a veces con los síntomas menores, como los calambres nocturnos idiopáticos (no relacionados ni con síndromes neurológicos ni con trastornos electrolíticos). Una tentación es prescribir sulfato de quinina, 4 semanas de tratamiento con 200 mg diarios; disminuye el número de calambres y las noches con calambres (pero no la intensidad y duración de los cuadros). Lo malo es que el sulfato de quinina puede producir cuadros adversos graves de trombocitopenia, incluso con muerte, y de reacciones anafilácticas.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-3.041 *Consulta del viajero (II) vacunas y profilaxis*

Autores: García A, Prieto C

Revista/Año/Vol./Págs.: MEDIFAM 2002; 12:122-31

Calificación: Bueno

Comentario: Cada vez se viaja más y a lugares más exóticos. Así que conviene tener en la consulta algún texto que nos ayude a resolver las dudas de los pacientes al respecto. Por ejemplo, este trabajo, madrileño, sencillo y claro. Insisten los autores en la necesidad general de tener bien cumplido el calendario vacunal habitual, y se dan instrucciones sencillas. Por ejemplo, la vacunación contra la fiebre amarilla debe ponerse, al menos, 10 días antes del viaje. Lo único que se le nota en exceso la influencia del CDC (www.cdc.gov/travel/blusheet.htm).

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-3.042 *Del nacimiento del FIS a la consolidación de un sistema de investigación sanitaria*

Autores: Ricoy JR

Revista/Año/Vol./Págs.: QUARK 2001/2002;22/23:33-6

Calificación: Bueno

Comentario: En España es típico que las personas relevantes en un período “desaparezcan” en el siguiente. Una lástima, pues ya se sabe que “más sabe el demonio por viejo que por demonio”. Por eso da gusto leer este trabajo de Ricoy, antiguo director del FIS, en que trata de explicar cómo organizó las cosas para lograr introducir la investigación al lado de la atención clínica y la docencia. La verdad es que con montón de errores, no lo hizo del todo mal. Al menos hoy se ve con naturalidad el analizar la realidad sanitaria, el investigar.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-3.043 *Alternativas a la distribución de medicamentos y su retribución*

Autores: Menen R

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit 2002; 16:171-81

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los farmacéuticos andan buscando una alternativa (los farmacéuticos con ganas de hacer bien las cosas). A veces aciertan, a veces yerran. En este trabajo de un salubrista valenciano se hace una revisión a fondo de la organización y distribución de medicamentos, con un resultado crítico que puede disgustar a más de un farmacéutico. El *quid* es la forma de pago al farmacéutico de oficina de farmacia, que no puede seguir siendo un porcentaje de ventas sin más. Además, propone alternativas a la distribución.

Referencias bibliográficas: 53

Revisor: JG

S-3.044 *La investigación y la evolución reciente de la Atención Primaria*

Autores: Palomo L

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2002;16:182-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: La Atención Primaria no levanta cabeza, pues se la come la atención hospitalaria (en el sentido literal). Los especialistas cada vez reciben más dinero para técnicas innovadoras sin evaluación alguna. Así vamos. El autor, presidente de la Red Española de Atención Primaria, hace un análisis racional del camino recorrido por la investigación y la atención clínica en primaria. Hacen falta ideas, formación, tiempo y dinero para que despegue la investigación en atención primaria en España. El autor echa de menos al FIS y su red de investigación.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-3.047 *Aumento de la edad materna y necesidad de la utilización de técnicas de diagnóstico prenatal*

Autores: García M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Salud Rural* 2002;19(5):45-53

Calificación: Informativo

Comentario: Las mujeres están teniendo hijos cada vez con más años. La fertilidad añosa conlleva más complicaciones para la madre y para el hijo. En este artículo se presentan datos de Alicante y se demuestra que el descenso de la natalidad general ha ido paralelo al ascenso de la fertilidad de las mujeres mayores de 35 años. Del 11% en 1986 han pasado al 16% en 1998. El autor valora las pruebas de diagnóstico precoz de cromosomopatías, tanto no invasivas (cribaje bioquímico y ecográfico) como invasivas; admite tres ecografías sistemáticas durante el embarazo, cuando se duda de que una pueda ser útil.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-3.045 *DIU-levonorgestrel*

Autores: Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos

Revista/Año/Vol./Págs.: *Nuevo Medicamento a Examen* 2002; 61

Calificación: Informativo

Comentario: Ya son viejas las "fichas de transparencias", con las que el Ministerio intentó frenar el coste farmacéutico, casi en tiempos de Franco, con ningún éxito. Después la *Revue Prescrire* y el CADIME han mejorado la fórmula, y ahora se suman los vasos, de Información Farmacoterapéutica. En este caso valoran un DIU con progesterona, buen anticonceptivo y muy útil en el tratamiento de la menorragia. De hecho es un tratamiento alternativo para la mujer que quiere seguir siendo fértil (evitar la histerectomía) y sangra abundantemente.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-3.048 *Intoxicaciones graves con medicamentos*

Autores: Núñez MD, Garfías M, Guasch N, Lombraña S, Martínez V, Ortiz I et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Rol Enf* 2002;25:353-7

Calificación: Bueno

Comentario: Hay cosas simples como el lavado de estómago en un paciente intoxicado o envenenado que apenas llaman la atención. Por eso es interesante este trabajo, de enfermeros de intensivos del Hospital Clínico de Barcelona, en el que se analiza el uso del lavado de estómago y del carbón activado en 30 paciente con intoxicación grave por medicamento. El carbón (60 g) lo "disuelven" con 150 ml de agua templada, con sulfato sódico (para que el carbón no provoque esteñimiento), y lo administran por sonda nasogástrica, si no se ha tomado el medicamento hace más de 12 horas. Repiten con 30 g a la 1,3,5,7 y 9 horas.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-3.046 *¿Qué han hecho los médicos de familia formados en nuestra Unidad Docente?*

Autores: García AM, Galeras T, Bernal MA, Odriozola G, Vallejo A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Centro Salud* 2002;10:105-7

Calificación: Bueno

Comentario: Hacerse médico general es un proceso costoso que no eligen los mejores; quiero decir, los puestos de MIR de Familia los eligen los peores (en general). Duele comprobarlo año tras año. Los autores, almerienses se preguntan qué ha sido de esos 91 médicos de familia formados en la Unidad Docente de Almería entre 1989 y 2000. El 60% trabajaba en 2001 en Atención Primaria y el 57% residían en la propia provincia de Almería. No se obtuvieron datos del 25%. Se consideran bien formados, incluso para trabajar en urgencias (donde está el 40% restante).

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-3.049 *Penetrance of 8456 A (C282Y) HFE hereditary haemochromatosis mutation in the USA*

(Tener los genes de la hemocromatosis no equivale a desarrollar la enfermedad)

Autores: Beutler E, Felitti VJ, Koziol JA, Ho NJ, Gelbart T

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2002;359:211-8

Calificación: Excelente

Comentario: Nos están enloqueciendo con los genes y las enfermedades, y sobre todo, con el pronóstico de sufrir en el futuro. Este trabajo, yanqui, sobre población de origen europeo, demuestra que no basta tener los genes de la enfermedad (incluso los dos alelos, es decir, ser homocigótico) para desarrollarla. Determinan los genes de la hemocromatosis en 41.038 personas, de los que 152 tenían signos/síntomas de la enfermedad. Toda una demostración de la diferencia entre genotipo y fenotipo.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

S-3.050 *A comprehensive review of genetic association studies*

(La asociación entre genes y patología, reclamada en 600 casos, sólo se confirma en seis)

Autores: Hirschhorn JON, Lohmueller K, Byrne E, Hirschhorn K
Revista/Año/Vol./Págs.: *Genet Med* 2002;4:45-61

Calificación: *Excepcional*

Comentario: De vez en cuando hay quien tiene una idea brillante, excepcional, que vale la pena compartir. Los autores, de Cambridge, Boston y Nueva York (EE.UU.) se molestaron en revisar todos los trabajos en los que se ha establecido una asociación entre genes y enfermedad, y valoran si hay alguien que lo haya podido confirmar. Encuentran más de 600 "reclamaciones" de un gen asociado a una enfermedad, pero en sólo 6 enfermedades se ha demostrado reiteradamente dicha asociación. Es decir, que hay basura genética a mares. Un artículo que deberían leer todos los sanitarios.

Referencias bibliográficas: 663

Revisor: JG

S-3.051 *Fibrilación auricular transitoria inducida por adenosina en un paciente con taquicardia auricular*

Autores: García A, Gómez A, Sánchez JJ, Martínez J, Llanes C, Valdés M

Revista/Año/Vol./Págs.: *An Med Interna (Madrid)* 2002;19:302-4

Calificación: *Bueno*

Comentario: La administración de adenosina es el tratamiento de elección para la taquicardia paroxística ventricular. Tiene inconvenientes, como la tos, y en este artículo se presenta el caso de un varón de 42 años que acude a urgencias por palpitaciones. Tras el diagnóstico de taquicardia auricular se le administra un bolo intravenoso de 12 mg de adenosina. El fármaco ayuda a revertir la taquicardia y casi de inmediato provoca una fibrilación auricular, que requiere amiodarona y digoxina para estabilizarse. A veces es peor el remedio que la enfermedad.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-3.052 *Simulación del coste-efectividad de tratamientos hipolipemiantes en la prevención del infarto agudo de miocardio en adultos*

Autores: García MF, Reyes A, Perón R, García JL, Herrero A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Centro Salud* 2002;10:284-90

Calificación: *Bueno*

Comentario: De vez en cuando hay gente que en la periferia del sistema hace estudios que valdría la pena destacar. Este trabajo, hecho en Alcalá de Henares, es un buen ejemplo. Los autores aceptan que el colesterol tiene algo que ver con el infarto de miocardio, pero lo demás es todo correcto. Han hecho una simulación por ordenador, con datos reales de pacientes ambulatorios y de infartados en la UCI y los resultados son muy coherentes. Por ejemplo, mujer no fumadora, no hipertensa no diabética, ni tratar ni estudiar los lípidos en sangre.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

S-3.053 *The annual physical examination: needless ritual or necessary routine?*

(Así es, si así os parece)

Autores: Laine C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2002;136:701-3

Calificación: *Informativo*

Comentario: Mucho de lo que hacemos los médicos es absolutamente inútil, como poco. Pero insistimos hasta convertirlo en imprescindible. Por ejemplo, en EE.UU. la causa más frecuente para tomar contacto con el médico es "la revisión anual" ("el chequeo"), de probada ineficacia. El editorialista se queja de que se considere inútil algo que le gusta a los pacientes, así que cree que debe auscultarse y tomar una muestra de sangre aunque todo ello sea perfectamente inútil. A lo mejor el paciente se encuentra mejor y más satisfecho ... al tiempo que engorda la cartera del médico.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-3.054 *Salt, blood pressure and health: a cautionary tale*

(Sazona los alimentos como siempre: la sal es sana)

Autores: Alderman MH

Revista/Año/Vol./Págs.: *Internat J Epidemiol* 2002;31:311-5

Calificación: *Excelente*

Comentario: La sal ha sido un bien escaso, como destaca el autor, de Nueva York (EE.UU.). Sin embargo, el libre acceso al consumo de sal lleva a la ingesta regular, con independencia de culturas y conductas, de unos 100/200 mmol de sodio/24 horas. La propuesta de reducir ese consumo a la mitad es una propuesta sin fundamento científico, que ni disminuirá la tensión arterial ni sus consecuencias, ni alargará la vida de los individuos "sosos" que la sigan. La recomendación a los pacientes hipertensos de disminuir el consumo de sal no tiene eficacia probada, ni sabemos nada acerca de su seguridad.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: MPF

S-3.055 *Evidence on salt and blood pressure is consistent and persuasive*

(¿Disminuir el consumo de sal para disminuir la tensión?: sí)

Autores: Elliot P, Stalmer J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Internat J Epidemiol* 2002;31:316-9

Calificación: *Bueno*

Comentario: La cuestión del consumo de sal puede verse desde puntos de vista opuestos (4 comentarios siguen al artículo de Alderman, en este mismo número de la revista). El de los autores contradice el del artículo previo (S3054) y sostiene que el actual consumo de sal está muy por encima de las necesidades de la especie humana. Lamentablemente, termina aceptando que harían falta ensayos clínicos de tamaño y duración suficiente, aunque acepta que ya hay conocimiento como para tomar decisiones científicas. Para apoyar sus argumentos saca a colación el interés de la industria salinera en que no se baje el consumo de sal.

Referencias bibliográficas: 42

Revisor: MPF

S-3.056 *Infant mortality at time of birth and cause-specific adult mortality among residents of the region of Madrid born elsewhere in Spain*

(A peores condiciones de vida en la infancia, más mortalidad en los adultos)

Autores: Regidor E, Gutiérrez-Fisac J, Calle ME, Navarro P, Domínguez V

Revista/Año/Vol./Págs.: *Internat J Epidemiol* 2002;31:368-374

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los autores se preguntan por las causas de la mortalidad de los no madrileños (35-74 años) que viven y mueren en Madrid. Para responder a su pregunta analizan la mortalidad infantil en España, por quinquenios entre 1921 y 1961, y estudian la asociación entre mayor mortalidad infantil en el año y provincia de nacimiento y la causa de muerte. En ambos sexos hay aumento del cáncer de estómago y de enfermedades hepáticas, y en los varones con la diabetes y el cáncer de colon, y en las mujeres con enfermedad isquémica coronaria.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: MPF

S-3.057 *El síndrome del aceite tóxico*

Autores: Pestaña A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Mundo Científico* 2002;235:34-41

Calificación: Bueno

Comentario: El envenenamiento con aceite de colza, "el síndrome tóxico", es un buen ejemplo de problema de salud pública provocado por la codicia de industriales y la tolerancia de los funcionarios. Unos compraban aceite de colza barato, desnaturalizado, y lo comercializaban previa "depuración" de la anilina y mezcla con otros aceites para transformarlo en un aceite "de oliva" baratísimo, y otros hacían la vista gorda acerca de las cantidades astronómicas que entraban en España de aceite de colza. Está muy bien relatado por el autor, que repasa el grave problema tras más de 20 años de historia, y sin que se hayan solucionado todas las incógnitas.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: MPF

S-3.058 *Enfermedad por reflujo gastroesofágico*

Autores: Mearin F y grupo de trabajo de la GPC para ERGE

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;118:551-6

Calificación: Bueno

Comentario: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es muy frecuente, y hoy día disponemos de tratamientos cómodos y eficaces para el mismo, basados en el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) durante 4-8 semanas, de forma empírica o no. En este artículo de revisión se esquematiza de forma breve su manejo basándose en la reciente Guía de Práctica clínica de la ERGE publicada en España.

Referencias bibliográficas: 35

Revisor: MARL

S-3.059 *Evolución del consumo de antibióticos en España, 1985-2000*

Autores: Lázaro E, Madurga M, de Abajo FJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;118:561-8

Calificación: Bueno

Comentario: España es uno de los países con mayor consumo de antibióticos de nuestro entorno y con tasas elevadas de resistencias bacterianas. En los últimos años se observa un cambio en la utilización de los diferentes antibióticos, con una disminución de su consumo a partir del año 1996 (sobre todo por la disminución de penicilinas de amplio espectro), atribuible a las campañas educativas y de intervención para su mejor uso. No obstante el consumo aún se considera alto y existen diferencias muy acusadas entre CC.AA. no justificables por diferencias en la incidencia de infecciones.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: MARL

S-3.060 *Reflexiones acerca del abuso de antibióticos en España: el individuo frente a la colectividad*

Autores: Carné X, Cruceta A

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;118:583-4

Calificación: Informativo

Comentario: Editorial comentando el trabajo anterior. Respecto a las diferencias en el consumo de antibióticos (AB) en Europa (más en el sur), se plantean las diferencias culturales; los latinos antepondríamos los "supuestos" beneficios individuales frente a los "hipotéticos" riesgos colectivos (por ejemplo de aparición de resistencias). Se comentan los cambios en el consumo de AB relacionándolos con los cambios en su oferta y las campañas de la Administración. Se apunta la necesidad de restringir el uso de Ab en veterinaria y disminuir los AB de elevado potencial de resistencias.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: MARL

S-3.061 *La insuficiencia cardíaca en los servicios de Medicina Interna (estudio SEMI-IC)*

Autores: Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI-IC)

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;118:605-10

Calificación: Bueno

Comentario: Trabajo de ámbito nacional, realizado en 51 centros de toda España. Se incluyó a 2.145 pacientes con insuficiencia cardíaca ingresados en Unidades de Medicina Interna; edad media de 77,2 años. La mayoría fueron mujeres, con fracción de eyección de VI conservada, bajo nivel cultural y alta dependencia física, características que difieren bastante de los pacientes incluidos en los ensayos clínicos publicados, por lo que es necesario replantearse su manejo. Desgraciadamente es algo que ocurre con frecuencia y que dificulta el traslado de la "evidencia" a la práctica individualizada cotidiana.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MARL

S-3.062 *Manual therapy, physical therapy, or continued care by a general practitioner for patients with neck pain*

(La terapia manual mejora a los pacientes con dolor de cuello)

Autores: Hoving JL, Koes BW, Vet HCW, Windt DAWM, Assende HTWJJ, Mameren H et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2002;136:713-22

Calificación: Bueno

Comentario: El dolor de cuello nunca nos interesa ¿porque afecta más a las mujeres que se dedican a “sus labores”?; con convenirles de que son las cervicales hemos terminado (más algún AL-NE, claro, y ansiolítico). Valdría la pena estudiar el problema a fondo, aunque no tenga la repercusión laboral del dolor de espalda. En este trabajo holandés se demuestra que lo mejor es la terapéutica de movilización manual (6 semanas, una sesión semanal de 45 minutos), que resuelve el 68%; la terapéutica física activa resuelve el 51%; y el tratamiento habitual el 36%.

Referencias bibliográficas: 43

Revisor: JG

S-3.063 *Neck pain*

(Dolor de cuello)

Autores: Posner J, Glew C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2002;136:758-9

Calificación: Bueno

Comentario: En este editorial se comenta el ensayo clínico de los holandeses en que demuestran un efecto clínico beneficioso de la terapia manual (S3062). En la terapia manual se emplean las manos para movilizar el cuello, manipularlo, masajearlo o traccionarlo. La dificultad en la evaluación de su efecto es que el contacto físico manos /cuello conlleva una mejora de la relación del paciente con el profesional y mayor satisfacción con la atención recibida. Así, es difícil juzgar el resultado de la terapia manual, aunque parece interesante.

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-3.064 *The wrong patient*

(Un error de bulto)

Autores: Chassin M, Becker EC

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2002;136:826-33

Calificación: Excelente

Comentario: A los médicos nos gustan los casos clínicos. Basta leer libros como “Un antropólogo en Marte” para comprobar el valor pedagógico de los casos clínicos bien presentados. Siempre he promocionado la presentación de casos clínicos que incluyan errores, para compartirlos y para aprender en cabeza ajena. Así que ahora me da gusto comentar esta nueva sección de *Annals* en lo que se presentan casos clínicos en los que se cometieron errores, para analizar los problemas de calidad. Este caso es hospitalario (se equivocaron de paciente y le querían hacer un estudio angiográfico innecesario).

Referencias bibliográficas: 44

Revisor: JG

S-3.065 *Learning from our mistakes: quality grand rounds, a new case-based series on medical errors and patient safety*

(Casos clínicos centrados en errores y análisis de los mismos)

Autores: Wachter RM, Shojania KG, Saint S, Markowitz AJ, Smith M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2002;136:850-2

Calificación: Bueno

Comentario: Los autores de este editorial son los promotores de la nueva iniciativa del *Annals* de presentar casos clínicos con errores para analizarlos y mejorar la calidad de la atención. En el caso que se comenta se descubren 17 errores, muchos sistemáticos, lo que lleva a considerar que el equivocarse es humano, pero que las instituciones pueden favorecerlo o dificultarlo. Lo importante es que los casos se puedan presentar con sencillez y claridad y que se busque la lección conjunta, la mejora de la calidad, no la demostración de la inutilidad de tal o cual médico.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-3.066 *Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials*

(Falta de eficacia de la educación sexual en adolescentes)

Autores: Dicenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2002;24:1426-30

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los embarazos no deseados siguen siendo una plaga. A todo el mundo le preocupa y todo el mundo hace algo. ¿Pero hay algo que sirva, que tenga eficacia demostrada? Los autores, canadienses de la Universidad de McMaster, hacen una búsqueda exhaustiva de ensayos clínicos y encuentran 26. Ninguna actividad consigue nada, ni retrasar la edad del primer coito, ni mejorar el uso de anticonceptivos, ni disminuir el número de embarazos no deseados. Ni en la escuela, ni en clínicas de planificación. En fin, un problema sin solución.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-3.067 *Limitation of teacher delivered sex education: interim behavioural outcomes from randomised trial*

(Las clases de los maestros no tienen eficacia sobre la sexualidad de sus alumnos adolescentes)

Autores: Wight D, Raab GM, Henderson M, Abraham C, Buston K, Hart G et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2002;24:1430-3

Calificación: Excelente

Comentario: La educación sexual es un arma de poca eficacia, como se ha demostrado reiteradamente. En este trabajo, escocés, los autores se molestan en valorar con un ensayo clínico la eficacia de la educación específica dada por profesores (unas 15 sesiones en total a los 13/14 años y a los 14/15). Entrevistan a los chavales al final de los dos años de intervención y no demuestran ningún cambio con respecto al grupo sin intervención: ni se retrasa la edad del primer coito, ni se fomenta el uso de preservativos ni se disminuyen los embarazos.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-3.068 *Magnesium for preventing and treating eclampsia time for international action*

(El tratamiento de la preeclampsia con sulfato de magnesio, una necesidad internacional)

Autores: Sheth SS, Chalmers I.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2002;359:1.872-3

Calificación: Bueno

Comentario: La preeclampsia se define como un aumento de la tensión arterial con proteinuria; precede a la eclampsia y a sus complicaciones (mortalidad materno-infantil). El tratamiento es empírico, anticonvulsionante. Lo más habitual, el sulfato de magnesio. En este editorial se comenta el artículo siguiente que demuestra la eficacia del sulfato de magnesio. No se conoce bien su mecanismo de acción, como tampoco el mecanismo que provoca la propia eclampsia, pero funciona, y es barato (unos 5 euros por paciente). Así que es algo a difundir.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-3.069 *Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial*

(El sulfato de magnesio es eficaz en el tratamiento de la preeclampsia)

Autores: The Magpie Trial Collaborative Group

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2002;359:1877-90

Calificación: Muy bueno

Comentario: La mortalidad materna es muy baja en el mundo desarrollado. La que persiste se asocia con parturientas añosas, y con eclampsia. En este trabajo se compara la efectividad del tratamiento anticonvulsionante (mejor, sulfato de magnesio) en el cuadro de preeclampsia. Es un ensayo clínico, en 10.110 parturientas, internacional (desde Albania a Argentina, pasando por Australia; 175 hospitales en 33 países). La dosis inicial, 4 g de sulfato de magnesio en solución salina en 10-15 minutos, se continuó con una dosis de mantenimiento de 1g por hora, 24 horas. El tratamiento disminuyó tanto los casos de eclampsia como la mortalidad materna.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

S-3.070 *Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural.*

Autores: Fontana C, Estany J, Pujol J, Segarra I, Jordán Y

Revista/Año/Vol./Págs.: Enfermería Clin 2002;12:47-53

Calificación: Bueno

Comentario: Los ancianos van perdiendo independencia con el curso de los años, más por las enfermedades que por el envejecimiento. En este artículo se comparan dos índices que sintetizan la valoración objetiva de la independencia para las actividades de la vida diaria. Está hecho en Lérida, con los ancianos (>65 años) de un centro de salud rural (195, sólo 11 reclusos a domicilio). Como es natural la independencia se pierde con los años; ambos índices son coincidentes (aunque no se valora el grado de concordancia con el índice kappa).

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-3.071 *Fluvastatin for prevention of cardiac events following successful first percutaneous coronary intervention. A randomized controlled trial*

(La fluvastatina disminuye las reestenosis coronarias)

Autores: Serrys PWJC, Feyter P, Macaya C, Kokott N, Puel J, Vrolix M et al

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2002;287:3215-22

Calificación: Bueno

Comentario: A los pacientes con isquemia se les somete a intervenciones como la angioplastia percutánea, con una visión mecanicista de los problemas coronarios. Se logran, así, buenos resultados a corto plazo, pero regulares a largo plazo. En este trabajo multinacional, con un holandés de primer firmante, se siguen 1.677 pacientes durante 4 años tras una angioplastia, y se comparan los resultados cardíacos de los que toman 80 mg/día de fluvastatina contra los que toman placebo. La fluvastatina logra disminuir el número de eventos (y retrasarlos en el tiempo), con independencia de los niveles de colesterol en el momento de la angioplastia.

Referencias bibliográficas: 25

Revisor: JG

S-3.072 *Preventing cardiac event and restenosis after percutaneous coronary intervention*

(La prevención secundaria en la isquemia coronaria)

Autores: Sopko G

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2002;287:3259-61

Calificación: Bueno

Comentario: Este editorial comenta el artículo anterior, en el que se demuestra una tasa de disminución de incidencia de eventos cardíacos del 26,7% en el grupo de tratamiento con fluvastatina frente al 21,4% en el grupo control tras una primera angioplastia percutánea. El editorialista acepta a pie juntillas la hipótesis lipídica y la visión mecanicista de la isquemia coronaria, pero al menos explora el fundamento de la acción de las estatinas sobre la estabilización del endotelio (a través del control de la liberación del óxido nítrico).

Referencias bibliográficas: 44

Revisor: JG

S-3.073 *A 23-year-old man with schizophrenia*

(Un caso clínico de esquizofrenia)

Autores: Goff DC

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2002;287:3249-57

Calificación: Bueno

Comentario: Los casos clínicos ilustran a los médicos más que los ensayos clínicos. Las "encrucijadas" del JAMA permiten conocer la visión del médico general, del paciente y del especialista. En este caso, el problema de un joven paciente esquizofrénico. A propósito de la situación clínica se analiza la enfermedad en conjunto; incluso el fundamento genético (los factores ambientales responden del 41%, aproximadamente). Sabemos poco de la esquizofrenia, como de casi todo, pero da gusto leer una revisión con sentido clínico.

Referencias bibliográficas: 89

Revisor: JG