



S-3.362 *Urgencias a domicilio en un Centro de Salud rural*

Autores: Acevedo A, Mateos J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Salud Rural* 2003;19:83-96

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Un Centro de Salud rural, cuando está lejos del hospital, es fundamental para la atención de la población para las urgencias. En este caso, en Miajadas (Cáceres), a más de 60 km del hospital, en Cáceres. Los autores hacen un estudio muy bonito sobre la atención a domicilio urgente, durante un año. Hubo 17.211 encuentros urgentes (47 al día, y 3 al día por cada 1.000 habitantes), de los que fueron a domicilio 893 (5,2% del total, y 2,5 al día). Hubo más domicilios en agosto (11% del total). En fines de semana y festivos, sobre todo de 13 a 14 horas (15,2%), y a diario de 17 a 23 horas. Los médicos de refuerzo derivaron más domicilios al hospital que los de plantilla.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: MPF

S-3.363 *Resultado de la prueba de la tuberculina entre los casos registrados en la Comunidad de Madrid, y factores que la modifican*

Autores: Ariñez MC.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Bol Epidemiol Comunidad Madrid* 2002;8:11-56

Calificación: *Bueno*

Comentario: Participamos en múltiples registros, y poco sabemos del resultado, pero en este trabajo se salva una parte, al menos, de los de declaración obligatoria. La autora hace una cosa simple e interesante: analiza las declaraciones de 14.155 casos de tuberculosis, en Madrid, a lo largo de 11 años, y estudia los 4.124 en los que se anotó el apartado correspondiente a la prueba de la tuberculina. Como era esperable, en los niños es más frecuente la reactividad y el Mantoux positivo (el 100% entre los que habían tenido contacto previo con tuberculosos); también en los diabéticos. El resultado es más frecuentemente negativo en los casos de tuberculosis miliar o meníngea.

Referencias bibliográficas: 4

Revisor: MPF

S-3.364 *La necesidad de reforzar las políticas de gestión de riesgo*

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: *Informatiu Ag Evaluació Tecnologia Recerca Mediques* 2002;28:1-3

Calificación: *Bueno*

Comentario: La noción de riesgo es, como dice el autor de este editorial, una estimación de la seguridad que se considera en el momento de realizar una elección, en el momento de tomar decisiones. No es lo mismo que factor de riesgo, noción de asociación estadística, que no es necesario ni suficiente para causar la enfermedad a la que se refiera. Lo bueno del editorial es

que sintetiza con precisión los tres aspectos básicos de la noción de riesgo: la dimensión técnica (la visión probabilística), la dimensión psicológica (la apreciación depende de la voluntariedad al asumir el riesgo, de la sensación de control del mismo, de la familiaridad con el riesgo concreto, de la proximidad en el tiempo del previsible daño, de la equidad en su distribución y de otros factores), y la dimensión social (donde son clave los medios de difusión).

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: MPF

S-3.365 *El futuro del seguro de dependencia*

Autores: Casado D

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2003;17:1-3

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La técnica de la avestruz no resuelve nunca nada, y menos en problemas tan graves como la atención a los pacientes con pérdida de la autonomía, los que requieren el cuidado por un tercero. El autor, de la universidad barcelonesa Pompeu Fabra, aboga en un discurso liberal por la implantación de un nuevo seguro obligatorio, a partir del IRPF, con la definición de un paquete básico que excluyese los gastos de hostelería, a cobrar en función de necesidad de cuidados, con "cheques de servicio" y administración por consorcios locales.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: MPF

S-3.366 *Detección precoz o prevención primaria del cáncer de pulmón*

Autores: Pita S, Pértega S, Montero C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;119:636

Calificación: *Bueno*

Comentario: Carta al director comentando un artículo previo sobre diagnóstico precoz del cáncer de pulmón. Habitualmente se considera que un diagnóstico precoz puede reducir la mortalidad, pero esto no siempre es así. La demora diagnóstica no siempre se relaciona con el grado de invasión, sino que está muy influida por el comportamiento biológico del tumor. La fase sintomática sólo representa una pequeña parte de la historia tumoral. Aparte de la posibilidad del diagnóstico precoz, enfatizan en la prevención primaria con la medida que más puede disminuir la mortalidad por cáncer de pulmón: no fumar.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-3.367 *Vacuna antigripal y personal sanitario: estrategias para aumentar las coberturas en un hospital de tercer nivel*

Autores: Elorza JM, Campins M, Martínez X, Allepuz A, Ferrer E, Méndez M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;119:451-2

Calificación: *Bueno*

Comentario: En el hospital Vall d'Hebron de Barcelona, la cobertura vacunal contra la gripe en el personal sanitario fue del 12,7 en la campaña 2000-2001, y en la del 2001-2002 del 14,7. Está visto que en casa del herrero, cuchillo de palo. Y eso con el riesgo que tenemos de contraer y difundir la enfermedad. Los residentes son los que más se vacunaron.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-3.368 **Tularemia: análisis de 27 casos**

Autores: González S, Rubio M, Yáñez JL, Carramiñana I, Ojeda E, Lozano J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;119:455-7.

Calificación: Bueno

Comentario: La tularemia es una antropozoonosis transmitida al hombre principalmente a través del contacto con animales infectados (sobre todo liebres) o por picadura de insectos hematófagos. Se caracteriza por fiebre, adenopatías regionales y síntomas generales. Recientemente ha habido un brote en Castilla y León, transmitido a través de liebres cazadas. En este artículo se analizan 27 casos de la provincia de Burgos. La falta de conocimiento hizo que hubiera importantes retrasos diagnósticos.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: MARL

S-3.369 **Neumonía adquirida en la comunidad: adenosindesaminasa plasmática como marcador etiológico**

Autores: Fernández R, Molinos L, Gullón JA, Rubinos G, Jiménez A, González JM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;119:481-4

Calificación: Bueno

Comentario: Incluso en la neumonía el tratamiento antibiótico normalmente es empírico, siendo infrecuente la identificación del microorganismo responsable. Algunos marcadores, como la adenosindesaminasa, se elevan en caso de infección por gérmenes atípicos, pero también lo hace en hepatopatías y en menor medida en caso de diabetes y toma previa de antibióticos. En ausencia de estas condiciones, puede servir para guiar el tratamiento empírico de la neumonía adquirida en la comunidad.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: MARL

S-3.370 **Hospitalizaciones prevenibles mediante una Atención Primaria oportuna y afectiva**

Autores: Caminal J, Morales M, Sánchez E, Cubells MJ, Bustina M.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Primaria* 2003;31:6-17

Calificación: Bueno

Comentario: Cuando juzgamos algo necesitamos indicadores. ¿Qué mejor que los indicadores de eficacia, de resultado? Por ejemplo, la evaluación de los ingresos innecesarios con una buena atención clínica en primaria. A su estudio se han dedicado los autores, catalanes, con datos de las altas hospitalarias en Cataluña, más un Delphi sobre el punto de intervención de la Atención Primaria para evitar el ingreso. Este trabajo se complementa con otros dos, en el mismo número de la revista (S-3.371, y S-3.372).

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: JG

S-3.371 **Hospitalizaciones inadecuadas: un nuevo reto para la Atención Primaria**

Autores: Tamborero G.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Primaria* 2003;31:15-7

Calificación: Bueno

Comentario: La hospitalización innecesaria conlleva dolor, sufrimiento y gasto. Hay, pues, que evitarla. Este comentario editorial hace una valoración del artículo previo (S-3.370) y lo pone en el contexto de todos los instrumentos desarrollados para valorar la hospitalización innecesaria. El autor destaca que es horrible que haya que medir la eficacia de la primaria con datos de la especializada, pero admite que puede ser un buen acicate. Lo que hay que aumentar es la capacidad de resolución y eso requiere buenos profesionales, medios adecuados y coordinación con la hospitalaria.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-3.372 **La evaluación de la Atención Primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual**

Autores: Caminal J, Casanova C.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Aten Primaria* 2003;31:61-5

Calificación: Bueno

Comentario: Necesitamos teoría y práctica. Ambas, al tiempo. La teoría da la urdimbre, la explicación e incluso la premonición. Lo importante de este artículo es que intenta hacer una análisis de los recorridos posibles de los pacientes cuando las cosas funcionan bien y cuando funcionan mal. Y deja claro, con algunos ejemplos, que la intervención de la primaria puede ser crítica para evitar la hospitalización. Por ejemplo, al evitar la deshidratación de los niños, o al evitar el coma diabético, o al atender correctamente a los pacientes con insuficiencia cardíaca.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

S-3.373 **Prevalencia de VIH, HTLV-I y HTLV-II en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, 2000-2001. Estudio anónimo y no relacionado**

Autores: Grupo Epidemiol Seeroprevalencia.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Bol Epidemiol Semanal* 2002;10:233-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: Lo del SIDA ha sido el "hombre del saco" con el que se ha pretendido reprimir la sexualidad "urbi et orbe". La gente pasa, claro, y así nos va. Este es un bonito trabajo español, hecho con muestras de suero y datos anónimos de pacientes que han consultado por enfermedades de transmisión sexual. Curiosamente, las putas son las que menos VIH tienen bien sean drogadictas (16%, contra 33% homosexuales varones y 48% heterosexuales), bien no usen drogas inyectables (0,6% contra 10% y 1,5%, respectivamente).

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

S-3.374 **Experiencia de una consulta de homeopatía pediátrica en un Centro de Salud**

Autores: Ballester A, Gosálbez E, Ballester R.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Acta Pediatr Esp* 2003;61:33-7

Calificación: Bueno

Comentario: Como mucho de lo que hacemos, la homeopatía carece de fundamento científico. ¿Hay que despreciarla? Dada que no es agresiva puede utilizarse, con una cierta dosis de escepticismo. Los autores, valencianos, la han utilizado en una consulta pediátrica altruista específica (horario de tarde, fuera del normal). En dos años atendieron a 111 niños, sobre todo por problemas otorrinolaringológicos (26%) y problemas psicológicos (23%). La evolución subjetiva de padres y niños fue favorable en el 64% de los casos. Se incluye un glosario que ayuda a entender la jerga homeopática.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-3.375 *Retraso diagnóstico de una coartación aórtica a los 6 años: ¿se puede evitar?*

Autores: Barcelo A, Valdés A, Borragán C, Serrano M, Vallés P, del Cerro MJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Acta Pediatr Esp* 2003;61:38-40

Calificación: Bueno

Comentario: Los errores diagnósticos son más frecuentes de lo que quisiéramos, pero pocas veces se habla de ellos. En este trabajo, de pediatras cántabros y madrileños, se presenta el caso de una paciente de 6 años con el cuadro típico de coartación aórtica: hipertensión arterial en extremidades superiores, ausencia de palpación de los pulsos femorales y un soplo sistólico en borde esternal izquierdo y foco aórtico. La niña, de 6 años, había tenido tres ingresos sin que nadie se hubiera enterado. En fin, estas cosas son frecuentes, aunque se oculten.

Referencias bibliográficas: 13

Revisor: JG

S-3.376 *Provant de sobreviure en la nostra cadira. Manual de directologia aplicada*

(Cómo ser gerente y no perecer en el esfuerzo, según los médicos clínicos)

Autores: Casajuana J, Davins J, Durán J, Fernández MJ, Marcos L, Marquet R, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: SCMFYC, Barcelona; 2002

Calificación: Excelente

Comentario: Una gran parte de los males de la Ciencia y la Medicina española son consecuencia de la incapacidad de hacer reír con altura crítica. Se comprueba con esta publicación catalana, que es una muestra de lo que se podría conseguir con un ánimo generoso, gentil e inteligente. Es una publicación que debería ser leída por todos los sanitarios, para poner en su sitio a los gerentes, pero también para ponernos a nosotros mismos donde deberíamos estar. Leerla refresca el alma y aguza el ingenio.

Referencias bibliográficas: libro

Revisor: JG

S-3.377 *Epidemiología de las infecciones víricas prevalentes en el medio penitenciario*

Autores: Pallás JR, López A, Fontecilla N.

Revista/Año/Vol./Págs.: SEMERGEN 2003;29:4-7

Calificación: Bueno

Comentario: La cárcel, para los policías, los jueces, los políticos y los banqueros. Sin embargo, a la cárcel van los pobres, en lo económico y en lo mental. Además, la condena de cárcel es, ca-

si, condena de muerte. Ayuda a ver esta locura de los presos este trabajo, santanderino, en el que se exponen los resultados de un análisis y encuesta voluntaria a 771 presos (de un total de 1.054) que ingresaron en la cárcel de Santander, y estuvieron al menos una semana. Edad media 30,8 años, el 58% ya habían estado en la cárcel, el 93% varones. Tenían VIH el 16%, VHB el 32% y VHC el 38%. Los drogadictos intravenosos, los que peor.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: JG

S-3.378 *Sizing up scoliosis*

(Dejad en paz a los adolescentes con escoliosis)

Autores: Sponseller PD.

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2003; 289:608-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: Una práctica irracional frecuente y difícil de erradicar es el reconocimiento anual escolar. Entre otras cosas, se consigue mandar a un montón de adolescentes por "escoliosis lumbar" que no tienen nada. Estas cosas comenta el editoria- lista, de la Johns Hopkins, a propósito del artículo siguiente (S-3.379). El trabajo demuestra que la escoliosis del adolescen- te progresa lentamente, y que si no es grave (> 80°) no se acom- paña de alteración de la perspectiva de vida. Las espalderas co- rrectoras son poco útiles, al igual que le pasa a la cirugía. Co- mo tantas otras veces, conviene no empezar una "cascada".

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-3.379 *Health and function of patients with untreated idiopathic scoliosis. A 50 year natural history study*

(La escoliosis idiopática no impide una vida plena)

Autores: Weinstein SL, Dolan LA, Spratt KF, Peterson KK, Spoonamore MJ, Ponseti IV.

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2003;289:559-67

Calificación: Excelente

Comentario: Los humanos no vivimos tanto como los elefantes, pero mucho más que las mariposas. Por ello es lógico hacer es- tudios a largo plazo, los típicos de la Medicina General. Y, co- mo es lógico, no se hace ni uno. Este está hecho en la Univer- sidad de Iowa (EE.UU.) y es precioso. Han seguido a una co- horte de 444 adolescentes con escoliosis "idiopática" y han publicado los resultados a los 10,30, 40 y 51 años de segui- miento. El texto es el de los 51 años y se demuestra que puede hacer una vida plena, con algo más de dolor de espalda y cier- to grado de preocupación por la imagen.

Referencias bibliográficas: 62

Revisor: JG

S-3.380 *The irresistible biology of resistin*

(Resistina y diabetes)

Autores: Hotamisligil GS.

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Clin Invest* 2003;111:173-4

Calificación: Bueno

Comentario: Sabemos poco de casi todo, y creemos que sabe- mos todo de casi todo. Así nos va. El autor comenta la acción de la resistina, una proteína producida en grandes cantidades por los adipocitos. La resistina provoca una reducción de la

captación de glucosa inducida por la insulina sobre los adipocitos. La resistina se descubrió intentando averiguar el mecanismo de acción de las tiazolidinonas, nuevos antidiabéticos que mejoran la acción de la insulina. Estos medicamentos inhiben al gen que expresa la resistina y otras moléculas similares. Parece que todo ello puede ponerse en relación con la asociación de obesidad a resistencia a la insulina y diabetes.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-3.381 *Genotype, phenotype: upstairs, downstairs in the family of cardiomyopathies*

(Fenotipo y genotipo en el corazón)

Autores: Chien KR.

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Clin Invest* 2003;111:175-8

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Las relaciones entre genotipo y fenotipo son extrañas y difíciles de entender. En este "comentario" se analiza el problema de las cardiomiopatías congénitas, cuyas tres formas (hipertrófica, dilatada y restrictiva) corresponden, aparentemente, a genotipos específicos. Sin embargo, cuando se estudia a fondo el problema, el genotipo es sólo el componente necesario, pero no suficiente. Es decir, las mutaciones que afectan al sarcómero producen formas hipertróficas y las que afectan al citoesqueleto, formas dilatadas, pero en su desarrollo y gravedad influyen cientos de eventos ambientales.

Referencias bibliográficas: 69

Revisor: JG

S-3.382 *Influence of the third generation pill controversy on prescriptions for oral contraceptives among first time users: population based study*

(La píldora anticonceptiva de 3ª generación es peor que la de 2ª generación)

Autores: Berg LJ, Tobi H, Bijker B, Berg P.

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2003;326:254

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Los especialistas usan eso de "tercera generación" para hacernos creer que un medicamento de 3ª es mejor que uno de 2ª, e infinitamente mejor que uno de 1ª. Falso en el caso de la píldora anticonceptiva. En Holanda, tras demostrarse más trombosis profundas venosas con la píldora de 3ª generación, en 1995 se recomendó que se abandonara y no se introdujera. Los autores, demuestran con el registro Inter-Action que la píldora de 3ª generación pasó de ser prescrita al 73% de las mujeres, en 1995, que empiezan con anticoncepción, al 11% en el 2000.

Referencias bibliográficas: 5

Revisor: JG

S-3.383 *Setting standars based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey*

(Los pacientes quieren acceso rápido y ver al mismo médico)

Autores: Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N.

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2003;326:258-60

Calificación: *Bueno*

Comentario: El acceso a los servicios y la continuidad de la atención son factores clave para explicar la percepción de calidad que prestamos los médicos generales. Los autores, ingleses, utilizan datos de diversos estudios previos para saber cómo valoran 21.905 pacientes la calidad de los servicios de los médicos generales. Los pacientes quieren que se les vea, como mucho, al día siguiente de pedir cita, no estar en la sala de espera más de 10 minutos y ver casi siempre al mismo médico. En España no sabemos, pero hay que cuidar que lo de los "10 minutos" no nos lleve a semanas para la cita, como en Portugal.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-3.384 *Monitoring mortality rates in general practice after Shipman*

(Un médico general asesino de pacientes nos obliga a estudiar mejor la mortalidad en pequeñas áreas)

Autores: Baker R, Jones DR, Guldblatt P.

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2003;326:274-276

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Entre los médicos generales hay de todo, desde santos a asesinos. Uno de estos últimos causó un gran asombro en el Reino Unido, hace unos tres años, cuando se descubrió que mataba a sus propios pacientes, sobre todo ancianitas y especialmente por su dinero. Los autores revisan el exceso de mortalidad de Shipman, el médico general asesino, y demuestran que entre 1974 y 2000 tuvo 236 muertes por encima de la media en su distrito. De ellas 102 muertes son altamente sospechosas. También es muy sospechoso el exceso de mortalidad entre la 1 y las 6 de la tarde, y de muertes en casa o en su consulta, especialmente de mujeres mayores de 75 años.

Referencias bibliográficas: 23

Revisor: JG

S-3.385 *Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis*

(La obesidad y el tabaco son escuderos de los jinetes de la Apocalipsis)

Autores: Peeters A, Barendregt JJ, Willekens E, Mackenbach IP,

Al Mamun A, Bumneux L,

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med* 2003;138:24-32

Calificación: *Excelente*

Comentario: El sobrepeso y la obesidad son consecuencia de la abundancia. Sin saber que la abundancia conlleva menos años de vida. Lo demuestran los autores, holandeses, con datos del estudio de Framingham y un bonito trabajo. Siguen a la cohorte estudiada durante 42 años, y ven el destino de los obesos y con sobrepeso, que tenían al principio 40 años, varones y mujeres. Pierden respectivamente, 7,1/3,1 años de vida y 5,8/3,1. Si además eran fumadores, pierden respectivamente los obesos 14 años (varones) y 13 (mujeres).

Referencias bibliográficas: 35

Revisor: JG

S-3.386 *Lessons learned from recent cardiovascular clinical trials: Part I*

(Lo que enseñan los ensayos clínicos en pacientes cardiovasculares: Parte I)

Autores: DeMets DL, Califf RM.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Circulation* 2002;106:746-51

Calificación: *Excepcional*

Comentario: Lo de los ensayos clínicos sigue siendo una cruz para los médicos generales, que se ven obligados a “tragarse” sus resultados según los interpretan los especialistas interesados. Por eso es excepcional el ejercicio de humildad que ha hecho la revista *Circulation* con la publicación de cuatro artículos críticos con los ensayos clínicos. Los autores repasan los problemas de los resultados intermedios, con ejemplos concretos y los problemas de las “diferencias de grupos”. En este último caso emplean los ensayos clínicos PRAISE I y II, y su fracaso al demostrar la inutilidad del amlodipino en la insuficiencia cardíaca.

Referencias bibliográficas: 55

Revisor: JG

S-3.387 *Lessons learned from recent cardiovascular clinical trials: Part II*

(Lo que enseñan los ensayos clínicos en pacientes cardiovasculares: Parte II)

Autores: DeMets DL, Califf RM.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Circulation* 2002;106:880-6

Calificación: *Excepcional*

Comentario: Los autores, un cardiólogo y un estadístico, han publicado 4 artículos sobre ensayos clínicos en *Circulation*, de los que aquí comentamos los dos primeros. El conjunto es excepcional, por hacer accesible un conjunto de problemas cuya lectura haría vibrar al médico general al sentir que “puede” entender, interpretar y valorar las trampas de los ensayos clínicos. En este segundo artículo sobre los ensayos clínicos cardiovasculares insisten en la necesidad de un centro independiente estadístico que pueda parar el estudio. También en la necesidad de aleatorizar y enmascarar. Todo con ejemplos preciosos.

Referencias bibliográficas: 57

Revisor: JG

S-3.388 *Late nephrologist referral and access to renal transplantation*

(Menos trasplantes si se deriva tarde al paciente y/o si es pobre)

Autores: Winkelmayer WC, Glynn RJ, Levin R, Miffleman MA, Pliskin JS, Avorn J.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Transplantation* 2002;73:1918-23

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Derivar pacientes al especialista es un arte, y no se enseña. Así, derivar mal puede hacerse por ignorancia respecto a dicho arte (no ignorancia científica). Los autores utilizan datos de seis años de Nueva Jersey (EE.UU.) sobre trasplantes renales para valorar la oportunidad de la derivación al nefrólogo. Es un estudio de casos/control (seis controles por caso). Queda claro que la derivación tardía y el ser de clase baja se asocia a retraso o ausencia de trasplante renal.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: JG

S-3.389 *Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates*

(Los varones de 45 a 64 años mueren como pajaritos cuando hay problemas sociales)

Autores: Skrabski A, Kopp M, Kawachi I.

Revista/Año/Vol./Págs.: *J Epidemiol Community Health* 2003;57:114-9

Calificación: *Excelente*

Comentario: Se llama “anomía” al aislamiento del individuo o la desorganización de la sociedad provocados por la falta o el re-

chazo de las normas sociales. El autor, húngaro, cree que los varones de 45 a 64 años son particularmente sensibles a la anomía que conllevó el cambio de régimen en Hungría, del comunismo al capitalismo. Ello provocó una mortalidad equiparable a la de los años de 1930. Lo estudia y demuestra con los resultados de una encuesta nacional de 1995. En las provincias en las que se cree menos en los otros, y en la sociedad, y donde menos ayuda se recibe de organizaciones civiles, los varones de 45 a 64 años tienen mayor mortalidad.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-3.390 *El genoma y sus metáforas. ¿Detectives, héroes o profetas?*

Autores: Davo M, Álvarez Dardet C.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2003;17:59-65

Calificación: *Excelente*

Comentario: En el caso de la “nueva genética” el objetivo es pasar de una concepción fenotípica de la salud (“yo soy yo y mis circunstancias”) a otra genotípica, en la que se dota a los genes de intencionalidad, y a la genética de la llave para resolver cualquier problema de salud. Este bonito estudio de revisión de tres periódicos, ABC, El País y El Mundo, demuestra que en el 15% de las noticias sobre genética se introducen metáforas, bien estratégicas (“control”), bien teleológicas (“lenguaje de Dios”), bien bélicas (“ataque”). Todo con tal de excluir la influencia del medio ambiente personal y social en el enfermar.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: MPF

S-3.391 *Administración de especialidades: ¿se puede partir el comprimido, abrir la cápsula, cortar el parche, etc.?*

Autores: Zardain E.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Sendagaik* 2003;16:1-4

Calificación: *Bueno*

Comentario: Los médicos solemos dar recomendaciones acerca de cosas que desconocemos, con ligereza y seguridad. Por ejemplo, acerca de la modificación de la forma de administración de los medicamentos. Como dice la autora, asturiana, la norma general es no recomendar cambios. Hay casos bien documentados, como cápsulas orales por vía vaginal (Utrogestan, Progeffik), o la administración rectal de comprimidos orales (MST Continus) o solución inyectable (Valium). Lo peligroso son las modificaciones de las presentaciones orales de liberación retardada y de liberación controlada, pues pueden provocar la absorción brusca e inmediata de dosis pensadas para su liberación lenta y mantenida, con riesgo de intoxicación y de efectos adversos. Incluye una tabla con medicamentos concretos y si se pueden “romper”.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: MPF

S-3.392 *Osteoporosis: evidencias y controversias*

Autores: *Anónimo.*

Revista/Año/Vol./Págs.: *INFAC* 2002;10:40-9

Calificación: *Excelente*

Comentario: Este número del boletín terapéutico vasco merecería ser leído por todos los médicos generales, para hacerse una idea cabal de qué hacer con esa falsa “epidemia silenciosa” (más bien, medicalización de la mujer, y de la vejez en general). Repasan uno a uno los 13 ensayos clínicos al respecto, con una rigurosa evaluación de sus resultados, y concluyen que la den-

sitometría debería hacerse en casos muy concretos (los listan en una tabla), y que el tratamiento sólo se debería establecer en pacientes con osteoporosis y una fractura vertebral previa o unos factores concretos (que se listan).

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: MPF

S-3.393 *Fluoxetina semanal*

Autores: Anónimo.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Nuevo Medicamento a Examen* 2002;69: 1-2

Calificación: Informativo

Comentario: Se demuestra que la nueva presentación de fluoxetina semanal no aporta nada nuevo, y se recomienda que cuando se precise, se siga utilizando la fluoxetina diaria, 20 mg, porque la fluoxetina semanal (90 mg) no ha demostrado claramente equivalencia terapéutica ni una mejora del tratamiento. ¿Quién ha autorizado esta nueva presentación? A los médicos de cabecera no se nos puede luego ahogar en el desprestigio cuando se aprueban medicamentos y presentaciones que no aportan nada nuevo, y que pueden hacer que un buen principio activo, la fluoxetina, pierda eficacia. Más información, a petición, en cevime-san@ej-gv.es.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: MPF

S-3.394 *Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España*

Autores: Sonogo M, García J, Pereira J.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;119:489-91

Calificación: Bueno

Comentario: La adopción de niños extranjeros es un hecho cada vez más frecuente en España. Sólo 1 de cada 5 estaba totalmente sano. Una tercera parte tenían anemia o parasitosis y una cuarta parte malnutrición, siendo frecuente la presencia de varios problemas. Esta morbilidad hace que se considere necesario una atención sanitaria específica para estos niños (igual que ocurre con otros que vienen aunque sea de forma provisional como los procedentes del Sahara).

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: MARL

S-3.395 *Burn out o síndrome de desgaste profesional*

Autores: Ferrer R.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;119:495-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: Se ha señalado que en nuestro entorno entre el 15 y el 47% de sanitarios están "quemados", lo que conlleva sufrimiento personal, distorsiones en el entorno y desatenciones hacia los pacientes. En este editorial se hace una excelente revisión del tema, desde sus orígenes, características, fases, síntomas, etc. Con frecuencia produce absentismo (más mental que físico). Se da más en personas previamente motivadas, siendo difícil su abordaje. En una sentencia del Tribunal Supremo ha sido considerado como "accidente laboral". La salud de los trabajadores debe ser un objetivo prioritario de las empresas e instituciones.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: MARL

S-3.396 *Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con hipertensión arterial*

Autores: Cuéllar AJ, Ruiz V, Campos JC, Pérez S, Brotons F

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;119:521-6

Calificación: Bueno

Comentario: La disfunción eréctil se define como "la incapacidad persistente de lograr o mantener una erección suficiente para el desarrollo de una relación sexual satisfactoria". Como muchos otros problemas, parece que cada vez es más frecuente (habitualmente relacionado con la oferta de posibilidades terapéuticas). En España se estima su prevalencia entre el 12-19%, siendo mucho más frecuente en los hipertensos (46,5%), según se deduce de este estudio realizado en la Comunidad Valenciana.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MARL

S-3.397 *Infección crónica por Chlamydia pneumoniae en pacientes con enfermedad coronaria. Relación con el incremento de los valores de fibrinógeno*

Autores: Fernández C, Paz M, Aranda JL, Fuertes A, Gómez A.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2002;119:561-4

Calificación: Bueno

Comentario: En este estudio, realizado en el 12 de Octubre de Madrid, el 72,8% de los pacientes con enfermedad coronaria son seropositivos (IgG) para *C. pneumoniae*, asociado a hiperfibrinogenemia como marcador de inflamación. La hipótesis sería que la infección por clamidia provocaría una respuesta inflamatoria y posterior coronariopatía aterosclerótica. Pero no está confirmado. Otros piensan que sobre la lesión aterosclerótica se produciría la colonización por clamidia; también hay estudios valorando el tratamiento antibiótico en los pacientes coronarios. El tiempo dirá.

Referencias bibliográficas: 40

Revisor: MARL

S-3.398 *Issues in conducting randomized controlled trials of health services research interventions in nonacademic practice settings: the case of retail pharmacies*

(Los ensayos clínicos en la práctica clínica: en las oficinas de farmacia)

Autores: Weinberg M, Murray MD, Marrero DG, Brewer N, Lykens M, Harris LE, et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *HSR* 2002;37:1067-77

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los ensayos clínicos al uso tienen un interés dudoso en primaria, pues suelen estar hechos por especialistas, en hospitales y con pacientes de la enfermedad objeto de estudio. Es pues, difícil, extrapolar sus resultados a nuestros pacientes con múltiples enfermedades. Los autores, gringos, están al tanto de la debilidad de los estudios acerca de la eficacia de la atención farmacéutica, y por ello diseñan un buen ensayo clínico en oficinas de farmacia para mejorar la salud de los pacientes pulmonares crónicos. Es bonito leerlo porque se enfrentan a los problemas en la práctica.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-3.399 *Employment patterns of long-term cancer survivors*

(El cáncer ni lleva a la muerte ni lleva al desempleo/jubilación)

Autores: Bradley CJ, Beolnarek HL.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Psycho-Oncology* 2002;11:188-98

Calificación: Muy bueno

Comentario: ¿Qué es de los cancerosos a los años del diagnóstico? Alrededor del 60% viven más de 5 años. ¿En qué condiciones? Eso es lo que intentan contestar los autores, partiendo de los pacientes de un registro de cáncer, en Detroit (EE.UU.). Son 4 millones la población, con aproximadamente 21.000 nuevos casos anuales de cáncer. Los autores toman contacto con los médicos de los pacientes y luego con los pacientes cuyos médicos han autorizado el estudio. De 693 pacientes pueden obtener el consentimiento y la respuesta a una entrevista telefónica de 30 minutos, en 253 casos. En su mayor parte llevan una vida productiva.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-3.400 *Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes*

(El abordaje multifactorial de la diabetes disminuye la morbilidad, pero no la mortalidad)

Autores: Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GBVH, Parving HH, Pedersen O.

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2003;348:303-93

Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes diabéticos se nos siguen muriendo, por mucho que hagamos, y por muy buena que sea la medicación. ¿Qué hacer? Los autores, daneses, se proponen ser un poco más agresivos, y ver qué pasa. Asignan al azar a 160 diabéticos tipo 2, de una media de 55 años, al tratamiento habitual o a un tratamiento más agresivo (no mucho: aspirina 150 mg, un IECA, y metformina o insulina), más dieta. Siguen a los pacientes 8 años y demuestran que el tratamiento intensivo no disminuye la muerte por causa cardiovascular, pero sí disminuye las enfermedades cardiovasculares, las nefropatías, retinopatías, y neuropatías periféricas.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: JG

S-3.401 *Reducing cardiovascular risk in type 2 diabetes*

(Es difícil obtener buenos resultados en diabéticos)

Autores: Solomon C.

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2003;348:457-9

Calificación: Muy bueno

Comentario: Estamos volviendo locos a los diabéticos con tratamientos y recomendaciones. Otrosí, a los médicos generales de esos mismos pacientes. Por ejemplo, creen que el mejor control de la glucemia disminuye el número de infartos y de ictus, pero no, el UKPDS dejó claro que no. En este editorial se comenta el trabajo previo (S-3.400) sobre control multifactorial en Dinamarca, que es el primero en demostrar que tal método tiene alguna utilidad. La tiene en ese trabajo, pero hay cosas más sencillas, como simplemente dejar de fumar.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-3.402 *Creutzfeldt-Jakob disease*

(Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob)

Autores: Tyler KL.

Revista/Año/Vol./Págs.: *N Engl J Med* 2003;348:681-2

Calificación: Informativo

Comentario: Nos traen y nos llevan como a ovejas modorras; ahora nos asustan con "las vacas locas", después con "el malo de Sadam". Ya ha pasado la moda de la enfermedad Creutzfeldt-Jakob, pero sigue existiendo, con una prevalencia de un caso por millón de habitantes, como siempre. El 85% de los casos son esporádicos (comienzo a los 60/70 años, con demencia grave y progresiva). La nueva variante, relacionada con los priones de vacuno se da entre los 20/30 años y los síntomas son depresivos, de difícil diagnóstico. El articulista comenta el hallazgo de priones anormales en la mucosa olfativa, lo que facilitaría su biopsia *in vivo*.

Referencias bibliográficas: 0

Revisor: JG

S-3.403 *Clinical management of urinary tract infection in women: a prospective cohort study*

(Si hay signos de cistitis y vómitos, hay infección)

Autores: Fahey T, Webb E, Montgomery AA, Heyderman RS.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract* 2003;20:1-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: Las cistitis en las mujeres son muy frecuentes, y la mayoría ceden con tratamiento conservador (analgésicos). Pero con mucha frecuencia se tratan con antibióticos. ¿Por qué? Los autores, ingleses, estudian prospectivamente 160 nuevos casos de mujeres con cistitis atendidas por 29 médicos generales. Siguen su evolución y demuestran que los médicos utilizan síntomas como disuria y poliaquiuria para decidir tratar con antibióticos, aunque ni esos síntomas ni los nitritos mejoran la probabilidad post-test de infección. Curiosamente, el haber vomitado se asocia a infección.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-3.404 *Prophylactic treatment after myocardial infarction in Primary Care: how for can we go?*

(Hay mucho sin hacer en Atención Primaria tras el infarto)

Autores: Brotons C, Permanyer G, Pacheco V, Moral I, Ribera A, Cascant P (PREMISE), et al

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract* 2003;20:32-5

Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes no son robots, lo que obliga a adaptarse a sus circunstancias para tomar medidas terapéuticas. Los autores, catalanes, identifican a 369 pacientes consecutivos dados de alta en el hospital por un primer infarto de miocardio y los entrevistan al cabo de dos años, autorizados por sus médicos generales. Valoran el tratamiento y cuántos podrían seguirlo: aspirina 87,5 (95% podrían tomarla), beta-bloqueantes 50% (72%), IECA 33% (51%) e hipolipemiantes 52% (70%). Hay lugar, pues, para la mejora.

Referencias bibliográficas: 9

Revisor: JG

S-3.405 *Identification of patients attending Accident and Emergency who may be suitable for treatment by a pharmacist*

(Hasta los farmacéuticos pueden atender algunas urgencias hospitalarias)

Autores: Bednall R, McRobbie D, Duncan J, Willians D.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Fam Pract* 2003;20:54-7

Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes van a urgencias por todo y por nada. Se calcula que hasta el 40% de las razones de visitas a urgencias hospitalarias justifican la visita al médico de cabecera, no a urgencias. Pero las cosas son tan menores que unos farmacéuticos de oficina de farmacia se preguntan si no podrían hacerse cargo de algunos pacientes de urgencias. Y efectivamente, repasan 2 semanas, en Londres (Hospital de Santo Tomás) y demuestran que el 8% podrían ir simplemente a la farmacia (dismenorrea, tos, indigestión, etc.).

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-3.406 *Lower physician estimate of underlying asthma severity leads to under treatment*

(Los médicos infravaloran los síntomas del asma)

Autores: Wolfenden LL, Diette GB, Krishnan JA, Skinner EA, Steinwachs DM, Wu AW.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Arch Intern Med* 2003;163:231-6

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los médicos tendemos a infravalorar e infratrar la gravedad de los síntomas de los pacientes (dolor, disnea y demás). Los autores, de la Universidad Johns Hopkins, identifican a 10.539 pacientes con asma de una iguala (HMO), de los que pueden participar 8.640, y logran tomar contacto y hacer una encuesta postal que responden 6.612. De ellos, 4.005 pacientes tienen la estimación de gravedad de sus médicos. Por síntomas, el 39% tiene gravedad moderada y el 50% grave; los médicos creen respectivamente el 45% y el 46%. Si creen que es poco grave los tratan mal (escaso); enseñan poco y no tienen el medidor de flujo.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: JG

S-3.407 *Mecanismos de la reproducción*

Autores: Finaz C, Lefevre B.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Mundo Científico* 2003;242:30-5

Calificación: Bueno

Comentario: Da gusto leer de vez en cuando cosas que se entienden sobre cuestiones básicas. Por ejemplo, sobre la repro-

ducción. Las dos autoras, francesas, escriben un texto sencillo y prudente sobre los mecanismos de la reproducción, muy actualizado. Por ejemplo, el fracaso de la vacuna anticonceptiva que utilizó la proteína espermática PH-20, importante pero no clave. Es bonito leer acerca del proceso de activación y maduración final del oocito, desencadenado por la oleada de calcio que provoca la fusión de su membrana por el espermatozoide.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-3.408 *Communication skills education in medical school and beyond*

(Hay que demostrar que se sabe uno comunicar con los pacientes, sus familiares y sus colegas)

Autores: Makoul G.

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2003;289:93

Calificación: Bueno

Comentario: La comunicación con el paciente y sus familiares, y con el personal sanitario es cuestión clave en la práctica médica. Y como toda cuestión importante, es casi ignorada por las Facultades de Medicina. El autor da noticia de la iniciativa estadounidense para que a todo el que vaya a acceder al título de médico (nacional, o extranjero por convalidación) tenga que demostrar sus habilidades con un paciente simulado, para comprobar que; a) sabe entrevistar al paciente, b) sabe hacer una exploración física y c) sabe compartir información con el paciente y sus familiares y con sus colegas.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

S-3.409 *Risk communication: problems of presentation and understanding*

(Riesgo y números, somos incapaces de entenderlos)

Autores: Gordon-Lubitz RJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2003;289:94

Calificación: Muy bueno

Comentario: Somos animales anuméricos, tanto los pacientes como sus médicos. Así, una tabla con números nos da cien patadas. Y tenemos dificultad para entender lo que significa "riesgo". La autora hace un sabrosísimo comentario, y pone de ejemplo que no es lo mismo decir que una técnica conlleva un 10% de muertes que un 90% de supervivencia. Los pacientes creen, además que los números son "objetivos": sólo 3 de 46 pacientes aconsejados sobre riesgo de cáncer fueron conscientes de que el grado de riesgo estimado tenía valor de incertidumbre.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG