Con la colaboración de GlaxoSmithKline

## S-3.314 *Sex and gender factors in medical studies. Implications for health and clinical practice*

**(Las mujeres son distintas para enfermar y sufrir)**

**Autores:** *Pinn VW*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA 2003;289:397-400*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** La autora trabaja en la oficina de investigación sobre salud de la mujer de los estadounidenses *National Institutes of Health*. En este breve texto se hace un resumen de las cuestiones centrales acerca de la salud de la mujer, más allá de los problemas de la reproducción que le afectan en particular. Desde luego, las mujeres son las mayores consumidoras de servicios sanitarios y, además, las que deciden el uso de dichos servicios por los distintos miembros de las familias.
**Referencias bibliográficas:** *59*
**Revisor:** *MPF*

## S-3.315 *Impacto de género del VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual: algunas implicaciones para los prácticos de la educación de adultos en África Occidental*

**Autores:** *Appiah E*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ed Adultos Desarrollo 2002;59:69-79*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** La autora trabaja en el Instituto de Educación de Adultos de la Universidad de Ghana, y publica este interesante artículo en la edición en español de la revista de la Asociación Alemana para la Educación de Adultos (de suscripción, gratuita, a iiz-dvv@iiz-dvv.de). Es cierto que las mujeres sufren de forma distinta la infección y enfermedad sexual; por ejemplo, respecto al VIH, la relación sexual no protegida conlleva una probabilidad doble de contagio en la mujer que en el hombre. El colmo es que muchas veces el diagnóstico se hace primero en la mujer, por control rutinario del embarazo, o del recién nacido, lo que la convierte en sospechosa, aunque el contagio provenga del padre de la criatura.
**Referencias bibliográficas:** *5*
**Revisor:** *MPF*

## S-3.316 *Screening mammograms by community radiologists: variability in false-positive rates*

**(Las mamografías de cribaje tienen una tasa de falsos positivos entre el 3% y el 16%, según el radiólogo que las lee)**

**Autores:** *Elmore JG, Miglioretti DL, Reish LM, Barton MB, Kreuter W, Christiansen CL, et al*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Natl Cancer Inst 2002;94:1373-80*
**Calificación:** *Excelente*
**Comentario:** Los autores han publicado ya varios trabajos previos sobre los riesgos de equivocaciones en el cribaje de cáncer de mama, y ahora insisten con otro artículo, con datos de una HMO en *New England*. Siguen a 2.169 mujeres de 40 a 69 años durante ocho años y medio. Comparan el informe del radiólogo con el cuadro clínico de la paciente, y aceptan sin rechistar el diagnóstico anatomopatológico. Entre los 24 radiólogos que habían visto más de 50 mamografías se demuestra una tasa de falsos positivos entre el 3% y el 16%.
**Referencias bibliográficas:** *36*
**Revisor:** *MPF*

## S-3.317 *An evolutionary paradigm for carcinogenesis?*

**(Para que se desarrolle un cáncer se necesita la mutación y la selección de lo mutado)**

**Autores:** *Vineis P, Matullo G, Manuguerra M*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Epidemiol Community Health 2003;57: 89-95*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** Los autores, italianos, han escrito un texto que vale la pena leer. Sobre todo, porque da un fundamento teórico que ayuda a entender algo tan frecuente como el desarrollo de un cáncer. Dada la tasa de errores en la replicación del ADN y la frecuente duplicación de las células de, por ejemplo, la médula ósea y la mucosa del intestino delgado, habría que esperar una frecuencia mucho mayor de cáncer en ambos tejidos. Ello no es así, y los autores sostienen que la mutación, y las sustancias y agentes mutágenos, son causa necesaria pero no suficiente. Que el cáncer se desarrolla si hay mutación y si se produce en un ambiente tal que los clones mutados tienen ventajas en su reproducción.
**Referencias bibliográficas:** 46
**Revisor:** *MPF*

## S-3.318 *Beneficios y riesgos de los antiinflamatorios no esteroideos inhibidores selectivos de la ciclooxigenesa-2*

**Autores:** *Vallano A, Llop R, Bosch M*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc) 2002;119:429-34*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** Los inhibidores selectivos de la COX-2 (rofexoxib y celecoxib) tienen una eficacia analgésica en la artrosis y en la artritis reumatoide similar a otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE), quizá con menos efectos gastrointestinales (y mayores cutáneos). Se concluye que no está justificado su uso generalizado en lugar de los AINE clásicos y que, además, se debe evaluar más su relación beneficio/riesgo y coste/efectividad. Recientemente se ha establecido la necesidad de visado por inspección para su prescripción, lo que disminuirá mucho su uso.
**Referencias bibliográficas:** *77*
**Revisor:** *MARL*

## S-3.319 *Ausencia de correlación en la evaluación de la intensidad del dolor por parte de pacientes, médicos y enfermeras*

**Autores:** *Vilarmau MªT, Nogueras A, Real J*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc) 2002;119:435*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** Los sanitarios tendemos a infraestimar (y lo que es peor, a infravalorar) el dolor y las quejas de nuestros pacientes. Y es lo que se demuestra en este sencillo estudio realizado en un hospital de Sabadell, preguntando sobre la intensidad del dolor a paciente, médico y enfermera. En una escala de 0 a 10, los pacientes señalaron una media de 5,36; los médicos 4,15 y las enfermeras 4,84. Sin duda tiene sus repercusiones terapéuticas.
**Referencias bibliográficas:** *10*
**Revisor:** *MARL*

## S-3.320 *Incremento del cáncer de pulmón en mujeres*

**Autores:** *Bernal M*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc) 2002;119:435-6*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** Se habla mucho del previsto incremento del cáncer de pulmón en las mujeres, pero a menudo con pocos datos. Y eso es lo que se da en esta carta al director, con información del registro poblacional de cáncer de un área de Zaragoza: aumento de la incidencia desde 1991 a 2000, pasando de una tasa ajustada de 1,57 a 7,12 (el mayor incremento se observa en los dos últimos años). Se atribuye al inicio del fumar de la mujer hace 25-30 años. Y la frecuencia de tabaquismo persiste alta.
**Referencias bibliográficas:** *5*
**Revisor:** *MARL*

## S-3.321 *Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en Atención Primaria?*

**Autores:** *Córdoba R, Nerín I*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc) 2002;119:541-9*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** Artículo escrito por miembros de la Facultad de Medicina de Zaragoza, en el que rechazan la creación de compartimentos estancos para la atención al tabaquismo. Son partidarios de la intervención breve en las consultas de Atención Primaria (por el médico y/o la enfermera), la creación de consultas específicas de tabaco y de unidades de tabaquismo más especializadas para atender a los casos más problemáticos. De una u otra forma, lo que hace falta es mejorar los resultados y que la Atención Primaria desempeñe un importante papel en ello.
**Referencias bibliográficas:** *62*
**Revisor:** *MARL*

## S-3.322 *General practitioners and genes. Perceived roles, confidence and satisfaction with knowledge*

**(Los médicos generales no se encuentran seguros al dar consejo genético.)**

**Autores:** *McCann S, Mac Auley D, Barnett Y*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Eur J Gen Pract 2002;8:140-5*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** Para aconsejar hace falta saber y saber aconsejar; es decir, tener conocimientos acerca de la cuestión tratada y saber trasmitirlos. Los autores se preguntan acerca del consejo genético en general por los médicos de cabecera, y hacen una encuesta postal a todos los que trabajan en Irlanda del Norte. Contesta la mitad y queda claro que la genética no es todavía, una cuestión en la práctica diaria de los médicos generales. Además, respecto a aspectos concretos de distintos tipos de cáncer y genética, más del tercio se siente poco formados.
**Referencias bibliográficas:** *16*
**Revisor:** *JG*

## S-3.323 *Breast cancer genetics in primary care. Which GPs most accurately categorise patients at low risk*

**(Sobreestimar el riesgo familiar de cáncer de mama)**

**Autores:** *Hapgsod R, Qureshi N, Allen J*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Eur J Gen Pract 2002;8:146-50*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** Tendemos a evaluar el riesgo del mal posible en forma desproporcionada, lo mismo pacientes que sanitarios. Lo demuestran los autores, que hacen una encuesta postal a médicos generales ingleses acerca del riesgo de cáncer de mama según antecedentes familiares (caso con abuela materna muerta de cáncer diagnosticada a los 62 años; madre con cáncer de mama diagnosticado a los 60 años). El 90% de los médicos generales categorizan a la paciente como de riesgo medio/alto, en lugar de bajo riesgo. Pocos médicos se hacen a la idea que las familias con alto riesgo de cáncer de mama genético son apenas 20/30 por millón.
**Referencias bibliográficas:** *14*
**Revisor:** *JG*

## S-3.324 *Ingresos hospitalarios por problemas relacionados con la medicación en el Hospital General de Requena (1997-2000)*

**Autores:** *Marco JL, Boscá B, San Martín MD, Borrás J, Díez A*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Pharm Care Esp 2002;4:286-99*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** Manejamos los medicamentos con cierto grado de alegría. El atrevimiento de los ignorantes muchas veces, pues sólo la ignorancia puede justificar la polimedicación tan frecuente en nuestras consultas. Los autores estudian los casos que llegan a urgencias con problemas relacionados con medicamentos. En cuatro años tuvieron 437 ingresos desde urgencias. La causa más frecuente fue la hemorragia digestiva alta por AINE, y a base de establecer contacto con los médicos de cabecera y los farmacéuticos de oficina de farmacia, lograron que su incidencia bajará a la mitad.
**Referencias bibliográficas:** *29*
**Revisor:** *JG*

## S-3.325 *Registro de incidencia y mortalidad en pacientes con cáncer (RIMCAN): informe 1991-2001*

**Autores:** *Rippoll MA*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med General 2002;48:806-13*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** Cuesta movilizar a los médicos generales para que "aprovechen" el trabajo diario como fuente de formación con-

tinuada. Por eso es casi un milagro la existencia del RIMCAN, un registro de incidencia y mortalidad por cáncer. Es un registro voluntario cuyos resultados se resumen en este trabajo, después de diez años de andadura. Llama la atención el bajo rendimiento de los cribajes, pues entre los 4.361 casos declarados sólo se diagnosticó por cribaje el 4%. Los síntomas iniciales, en general, el dolor (24%), la tumoración (21%), pérdida de peso (20%), hemorragia (19%) y astenia (19%).
**Referencias bibliográficas:** *49*
**Revisor:** *JG*

## S-3.326 *Forma de diagnóstico del cáncer colorrectal. Información del RIMCAN 1991-2001*

**Autores:** *Ripoll MA*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Gac Sanit 2002;16:544-5*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** Las bases de datos sanitarios suelen estar infrautilizadas. Por ello da gusto ver cómo se le saca jugo al RIMCAN (S-3.325) a propósito de una cuestión sin resolver: la implantación del cribaje del cáncer colorrectal. En los diez años del registro se han acumulado 598 cánceres de colon y sólo uno fue diagnosticado mediante cribaje. Los síntomas fueron hemorragia (40%), dolor (30%), pérdida de peso (28%) y astemia (23%). Lo del cribaje es de dudosa eficacia; la exigencia ante la sintomatología, un imperativo.
**Referencias bibliográficas:** *6*
**Revisor:** *JG*

## S-3.327 *Efectividad de la acupuntura en el tratamiento del dolor en la artrosis de rodilla*

**Autores:** *Ferrández A, García Olmos L, González A, Meis MJ, Sánchez BM.*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Aten Primaria 2002;30:602-10*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** Las medicinas alternativas son muchas veces el último refugio de los pacientes cuando se han desilusionado con la medicina alopática. Por ejemplo, recurrir a la acupuntura para tratar el dolor de la gonartrosis. Los autores madrileños hacen una búsqueda bibliográfica y localizan nueve estudios sobre la cuestión, de los que cuatro reunían calidad suficiente. Al analizar en detalle los resultados de estos cuatro ensayos clínicos, se demuestra que su calidad es baja, y que no aportan resultados concluyentes. Los autores reconocen como grave limitación el haber revisado sólo los trabajos en inglés o español.
**Referencias bibliográficas:** *22*
**Revisor:** *JG*

## S-3.328 *El largo brazo del sistema inmunitario*

**Autores:** *Banchereau J*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Investigación Ciencia 2003; Enero:23-8*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** Las células de Langerhans de la piel, o dendríticas en general, facilitan la producción de anticuerpos presentando el antígeno a las células B; también logran la activación de las células T asesinas. Lo interesante de este artículo es que resume un poco todo el trabajo que ha permitido al autor, por ejemplo, "vacunar" contra el melanoma; se empleó en 18 pacientes con melanoma avanzado, y hubo mejoría en 16; y en 9 pacientes se frenó el crecimiento del tumor (en aquellos en que se expresó respuesta contra más de dos antígenos).
**Referencias bibliográficas:** *2*
**Revisor:** *JG*

## S-3.329 *Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative*

### (Cuestionario para mejorar las publicaciones sobre pruebas diagnósticas)

**Autores:** *Bossury PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwing L, et al*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med 2003;138:40-4*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** No es fácil leer y entender los artículos científicos, pues muchas veces los autores no son claros a propósito. Para mejorar los textos en lo que se refiere a la validez de los trabajos sobre pruebas diagnósticas, los autores proponen una lista de 25 items a contestar tanto por autores como evaluadores de las revistas. También incluyen un diagrama de flujo, para valorar la validez del trabajo. Los autores pertenecen al *British, Lancet, Annals, JAMA* y *Clinical Chemistry,* además de otras organizaciones de Canadá, EE.UU., Holanda y Reino Unido.
**Referencias bibliográficas:** *19*
**Revisor:** *JG*

## S-3.330 *Smallpox vaccination: the call to arms*

### (La viruela: una amenaza actual)

**Autores:** *Schraeder TL, Campion EW*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med 2003;348:381-2*
**Calificación:** *Informativo*
**Comentario:** La epidemia de carbunco en EE.UU. nunca se resolvió hasta el final, pero parece que fue provocada por alguno de sus propios científicos. ¿Cumplió su misión de aterrorizar a la población y dejarla "suave" para mantener un estado de alarma? De ello no dicen nada los autores, que simplemente comentan los cinco artículos que dedica este número a la viruela. Creo que aquel falso ataque terrorista ha facilitado la labor terrorista de Bush y Cia, que incluye el vacunar contra la viruela a miles de soldados ya, y pronto a millones de ciudadanos. Una locura.
**Referencias bibliográficas:** *0*
**Revisor:** *JG*

## S-3.331 *A model for a smallpox-vaccination policy*

### (Frente a la viruela, aislamiento del paciente y vacunación de los contactos)

**Autores:** *Bozzette SA, Bhatnagar V, Brower JL, Keeler EB, Morten SC, et al*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med 2003;348:416-25*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** Una vez que los políticos gringos han tomado la decisión de vacunar contra la viruela, por aquello de los probables "ataques terroristas", los autores se preguntan cuál es la mejor pauta a seguir. Revisan la literatura y estudian los brotes epidémicos de viruela en países desarrollados después de la

II Guerra Mundial. Lo aconsejable, siempre, es aislar a los pacientes y vacunar a los contactos. Sólo si hay una gran probabilidad de dispersión del ataque (nebulización del virus en los aeropuertos más importantes, en horas de aglomeración), vale la pena vacunar previamente al personal sanitario.
**Referencias bibliográficas:** *36*
**Revisor:** *JG*

## S-3.332 *The public and the smallpox thereat*

### (La población tiene ideas equivocadas respecto a la viruela)

**Autores:** *Blendon RJ,DesRoches CM, Benson JM, Herrmann MJ, Taylor-Clark K, Weldon KJ*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med 2003;348:426-32*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** Aunque los médicos no dejamos de ser población, no podemos juzgar la respuesta poblacional a partir de la respuesta profesional a un determinado problema. Por eso es interesante este trabajo de la Escuela de Salud Pública de Harvard en el que se presentan los resultados de una encuesta telefónica a 1.006 estadounidenses. La gente cree que ha habido casos de viruela en los últimos cinco años y que existe un tratamiento eficaz para la enfermedad. La gente no sabe que la vacunación tras el contacto (2 o 3 días) protege de la infección. Y los encuestados se fían de su médico, al que acudirán, y pedirán consejo, y en su caso, tratamiento.
**Referencias bibliográficas:** *27*
**Revisor:** *JG*

## S-3.333 *How contagious is vaccinia?*

### (El virus de la vacuna es peligroso para inmunodeprimidos)

**Autores:** *Sepkowitz KA*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med 2003;348:439-46*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** No hay una vacuna que carezca de efectos adversos. Uno de ellos, buscado a veces, es la diseminación de la vacuna a través de la infección con la misma de los contactos. Es un fenómeno poco estudiado que lleva al autor a un precioso estudio de los casos/brotes publicados en hospitales y en domicilios desde Alemania en 1907 a California en 1975. La cuestión es que ahora hay cada vez más, inmunodeprimidos, por enfermedad (VIH, atopia), o por tratamiento (trasplantados, quimioterapia del cáncer, artritis reumatoide, y otras enfermedades, y pacientes con tratamiento con corticoides). Al vacunar hoy a los profesionales en los hospitales se podría producir una epidemia nosocomial con hasta el 11% de mortalidad.
**Referencias bibliográficas:** *56*
**Revisor:** *JG*

## S-3.334 *A different view of smallpox and vaccination*

### (Frente a la viruela, tranquilidad y aislamiento de los casos no en hospitales)

**Autores:** *Mack T*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med 2003;348:460-3*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** Siempre hay quien obtiene beneficio de las decisiones políticas, sean "contra" las drogas, o "contra" el terrorismo. Siempre hay intereses ocultos. En concreto, respecto a la viruela y su uso como arma biológica, es más el terror que la probable realidad. El autor revisa la bibliografía de los últimos brotes en todo el mundo y concluye que lo importante es aislar a los pacientes en lugares específicos, no en hospitales, para evitar la diseminación intra-hopitalaria, la más probable y peligrosa. El virus de la viruela es poco contagioso, muere en minutos en el aire, y hay tiempo de vacunar entre el contagio y la enfermedad.
**Referencias bibliográficas:** *35*
**Revisor:** *JG*

## S-3.335 *Preventing the ruturn of smallpox*

### (¿Quién tiene muestras del virus de la viruela?)

**Autores:** *Breman JG, Arita I, Fenner F*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *N Engl J Med 2003;348:463-6*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** La erradicación de viruela fue un triunfo de la OMS que debería haberse seguido de la destrucción de las muestras de virus. No ha sucedido tal, y los autores piden que sólo sigan teniendo muestras los dos laboratorios que actualmente las poseen, en EEUU y Rusia. Hay rumores de que otros países también tienen muestras, y frente a ellos debería haber un rechazo mundial. Los autores sugieren que sea la ONU la que lleve adelante al trabajo de controlar los dos laboratorios y de verificar que no existen otros depósitos. Además, recomienda un control estricto y el seguimiento de todo el personal que ha tenido contacto con las muestras.
**Referencias bibliográficas:** *16*
**Revisor:** *JG*

## S-3.336 *Recomendaciones de actuación y respuesta ante la aparición de un caso o de un brote de viruela (I)*

**Autores:** *Anónimo*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Bol Epidemiol Semanal 2002;10:129-32*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** El pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud funciona con lentitud. Pero de vez en cuando va de prisa. Por ejemplo, acerca de la viruela. Esta es la primera parte de un documento aprobado sobre qué hacer ante un caso o un brote de viruela, y está bien hecho y da gusto leerlo. Recuerda que el último caso de viruela en España se vio en 1961, en una niña y un familiar procedente de la India; de los diecisiete casos del brote, doce se produjeron por contagio intrahospitalario. Después, hace varias consideraciones acerca de los distintos cuadros clínicos y termina esta primera parte con una valoración de la vacuna, sus complicaciones y contraindicaciones.
**Referencias bibliográficas:** *4*
**Revisor:** *JG*

## S-3.337 *Recomendaciones de actuación y respuesta ante la aparición de un caso o de un brote de viruela (II)*

**Autores:** *Anónimo*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Bol Epidemiol Semanal 2002;10:137-43*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** Este texto completa el informe que se inicia en el número previo del Boletín [S-3.336]. Se dedica a consideracio-

nes varias para definir un caso, y a qué hacer en el supuesto de un caso o un brote. Es caso todo paciente previamente sano que presenta un cuadro grave y agudo, sin etiología conocida, con un exantema extenso maculopapular o vesicular. O todo muerto sin etiología conocida, tras enfermedad febril con exantema extenso maculopapular o vesicular. Si hay algún caso fuera de España, se recomienda vacunar al personal sanitario y de primera línea. Si hay casos en España es imprescindible vacunar a todos los contactos.
**Referencias bibliográficas:** *4*
**Revisor:** *JG*

## S-3.338 *Lethality of firearms relative to other suicido methods: a population based study*

**(El uso de armas en los intentos de suicidio conlleva, generalmente, la consecución del objetivo)**

**Autores:** *Shenassa ED, Catlin SN, Buka SL*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Epidemiol Community Health 2003;57: 120-4*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** El suicidio es, muchas veces, una llamada de socorro que ocasionalmente conlleva la muerte; en otro caso se habla de para-suicidio. Los autores estudian ocho años de muertes y de ingresos/urgencias por suicidio y para-suicidio, en Illinois. Demuestran que el método más popular es la intoxicación química (envenenamiento), el 88% de las mujeres y el 59% de los varones; la mortalidad es baja, del 6'5%. El uso de armas es más frecuente en varones (20%). Las armas provocan una alta mortalidad, de 270 veces más que el envenenamiento. Valdría la pena, pues, dificultar el acceso a las armas.
**Referencias bibliográficas:** *53*
**Revisor:** *JG*

## S-3.339 *Geographical variation in cardiovascular disease, risk factors and their control in older women: British women's heart and health study*

**(Más al sur, menos enfermedad y riesgo cardiovascular)**

**Autores:** *Lawlor DA, Bedford C, Taylor M, Ebrahim S*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Epidemiol Community Health 2003;57: 134-40*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** La patología coronaria es mayor en los países anglosajones que en los mediterráneos. Incluso entre los países con alta incidencia de patología cardiovascular se demuestra un gradiente norte-sur. Los autores demuestran que la prevalencia es mucho mayor en Escocia que en Gales, y más en Gales que en Inglaterra. Estudian a una muestra poblacional (el 60% de las seleccionadas al azar, 4.286 mujeres de 60 a 79 años). El 20% tiene un diagnóstico de su médico de cabecera de enfermedad cardiovascular, el 12% sigue fumando, y el 90% tiene más de 5 mmol de colesterol. Y el 33% tiene hipertensión no controlada.
**Referencias bibliográficas:** *43*
**Revisor:** *JG*

## S-3.340 *Las mujeres y la promoción de los medicamentos: "la esencia de la feminidad se halla ahora en forma de comprimido"*

**Autores:** *Mintzes B*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Bol Mediacamentos Esenciales 2002; 31:12-3*
**Calificación:** *Excelente*
**Comentario:** Las mujeres se suelen cuidar más de su salud que los varones. Ello les beneficia, y beneficia a las familias en general (cuya estructura básica depende de ellas). En este trabajo, de una canadiense, se hace un repaso al encarnizamiento terapéutico sobre las mujeres. Es difícil ser mujer y no salir medicada de la consulta del médico; da igual que sea para la "prevención" (en falso, claro) o para el tratamiento (un 55% más de probabilidad de prescribir psicotropos, entre mujeres, frente a hombres en las mismas condiciones). Es un texto simple y sencillo, que se puede fotocopiar para las pacientes.
**Referencias bibliográficas:** *26*
**Revisor:** *JG*

## S-3.341 *Armas radiactivas*

**Autores:** *Levi MA, Kelley HC*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Investigación Ciencia 2003;enero:7-12*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** La maldad no tiene límites, como la idiotez. Si a la política idiota de emplear fuentes radiactivas para todo, se une la maldad de aprovecharse del saber fácil de esas fuentes para provocar desastres de "bombas sucias", no hay quien se libre. Los autores repasan la cuestión, con énfasis en que la bomba sucia (con cesio, plutonio u otros materiales radiactivos) es muy fácil de hacer, sin comparación en la bomba atómica. Se trata sólo de lograr que se pulverice una fuente radiactiva al explotar una bomba ordinaria. Algo muy fácil si se emplean tanto cesio y plutonio "perdido", y que a veces contamina accidentalmente las chatarrerias.
**Referencias bibliográficas:** *2*
**Revisor:** *JG*

## S-3.342 *Therapeutic thrombolysis for acute ischaemic stroke*

**(Trombolisis en el ictus: todavía hay que esperar más ensayos clínicos)**

**Autores:** *Warlow C, Wardlaw J*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ 2003; 326:233-4*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** La idea mecanicista de ver el aparato cardiovascular como un sistema de bomba y cañerías se ha vuelto popular con el tratamiento agresivo de infarto de miocardio (trombolisis y coronariografía). Las cosas se intentan aplicar a la isquemia cerebral, a los ictus isquémicos, pero el resultado es dudoso. Frente a unos 60.000 pacientes en ensayos clínico coronarios sólo hay 5.700 pacientes en ensayos clínicos de ictus. La trombolisis multiplica por cuatro la probabilidad de hemorragia intracraneal. Así que los autores ingleses, terminan insistiendo en que se necesita más investigación.
**Referencias bibliográficas:** *5*
**Revisor:** *JG*

## S-3.343 *Controlled trial of effect of documented cardiovascular risk scores on prescribing*

### (El cálculo del riesgo cardiovascular global en diabéticos tipo II ayuda, pero poco)

**Autores:** *Hall LML, Jung RL, Leese GP*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ 2003; 326:251-2*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** El concepto de factor de riesgo es sólo una aproximación estadística a la causalidad. Pero, con todo, la confluencia de factores de riesgo cardiovasculares puede asociarse a mayor incidencia de patología coronaria. Los autores utilizan la guía neozelandesa para clasificar a 162 pacientes diabéticos tipo 2 de 323 vistos consecutivamente en una clínica de un hospital, y poner en la historia, bien claro, el riesgo. Al final lo único que se logra es más prescripción de anti-hipertensivos y hipolipemiantes en el 52% de los pacientes, de alto riesgo. No hay cambios respecto a tiempo de re-cita, ni del tratamiento de la diabetes ni otras medidas.
**Referencias bibliográficas:** *5*
**Revisor:** *JG*

## S-3.344 *Cholesterol lowering drugs and risk of age related maculopathy: prospective cohort study with cumulative exposure treatment*

### (Las estatinas no protegen contra la maculopatía)

**Autores:** *Leewen R, Vingeling, Hofma A, Jong PTVM, Stricker BH*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ 2003;326:255-6*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** Una manera de enloquecer a los médicos es presentarles efectos varios, inconexos y absurdos del medicamento que se promociona. En el caso que tratan los autores, holandeses, la ventaja de las estatinas que disminuyen el número de ciegos por maculopatía. Pues bien, en el seguimiento desde 1990 de 4.822 personas mayores de 55 años no se demuestra ningún valor protector de las estatinas para la maculopatía y subsiguiente ceguera. Los autores obtuvieron el uso de estatinas a partir de datos de las farmacias.
**Referencias bibliográficas:** *5*
**Revisor:** *JG*

## S-3.345 *Mortality from cardiosvascular disease more than 10 years after radiotherapy for breast cancer: nationwide cohort study of 90.000 Swedish women*

### (La radioterapia para el cáncer de mama izquierda pueda aumentar la patología coronaria)

**Autores:** *Darby S, McGale P, Peto R, Granath F, Hall P, Ekbom A*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ 2003;326:256-7*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** No hay tratamiento sin efecto adverso. La radioterapia, pues, también tiene efectos adversos. Además de los muy conocidos, como vómitos y diarrea, pueden existir otros, a largo plazo, como mayor patología cardiovascular por irradiación del corazón. Los autores, suecos, revisan los datos de 89.407 mujeres entre 18 y 79 años con cáncer de mama unilateral, entre 1980 y 1996. Buscan el número de muertes por patología cardiovascular, y demuestran que hay un ligero incremento si el cáncer ha sido en el lado izquierdo. Lo malo es que no saben a quienes se trató con radioterapia.
**Referencias bibliográficas:** *5*
**Revisor:** *JG*

## S-3.346 *Tratamiento intravenoso con activador del plasminógeno tisular en la isquemia cerebral aguda*

**Autores:** *Dávalos A, Alvarez-Sabin J, Martí-Vilalta JL, Castillo J, por el Registro de Trombólisis de la Sociedad Española de Neurología. Proyecto ICTUS*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc) 2003;102:1-5*
**Calificación:** *Informativo*
**Comentario:** Hasta hace pocos años, el nihilismo terapéutico era lo que prevalecía frente al paciente con ictus. Actualmente existen algunas líneas de trabajo prometedoras, como la que se describe en este trabajo. La administración temprana de activador del plasminógeno tisular (t-PA) en pacientes con ictus es segura y se asocia a una evolución clínica favorable. Su administración debe ser temprana, lo que requiere que el paciente solicite atención cuanto antes y que el sistema sanitario tenga la agilidad y rapidez de actuación suficiente. No hay que olvidar que la mejor prevención del ictus es un buen control de la TA.
**Referencias bibliográficas:** *37*
**Revisor:** *MARL*

## S-3.347 *Transmisión del virus de la hepatitis C en gestantes*

**Autores:** *Solís G, Suárez A, Otero L, Viejo G, de la Iglesia P, Menéndez MT*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc) 2003;102:10-3*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** La infección por VHC es relativamente frecuente, a menudo con mal pronóstico por su cronicidad y posible evolución a cirrosis y hepatocarcinoma. En este trabajo, realizado en Gijón, se observó una prevalencia del 1,2% en gestantes (30 mujeres entre 2.442 gestantes estudiadas). De esas 30 madres nacieron 30 hijos con anticuerpos frente a VHC, quedando sólo 1 de ellos infectado (trasmimisión vertical de 3,3%, inferior a la referida habitualmente, que oscila entre el 5-20%). El pronóstico de la infección en el niño es mejor que en el adulto.
**Referencias bibliográficas:** *24*
**Revisor:** *MARL*

## S-3.348 *Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de la Encuestas Nacionales de Salud*

**Autores:** *Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Borrás JM*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc) 2003;102:14-16*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** Últimamente parece que por fín el tabaquismo va disminuyendo (trabajo está costando). La epidemia tiene y ha tenido un patrón distinto en hombres y mujeres. De 1945 a 1975 aumentó en los hombres del 42,4% al 59,1%, estabilizándose posteriormente, y a partir de 1985 comenzó a disminuir. En las mujeres, la frecuencia de tabaquismo hasta los años setenta era inferior al 5%, iniciando posteriormente un ascenso sostenido hasta el 22,5% en 1995 (¿tendencia a la igualdad incluso en lo negativo?). Parece que la tendencia de disminución de fumadores en los últimos años es esperanzadora.
**Referencias bibliográficas:** 10
**Revisor:** *MARL*

## S-3.349 *Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica*

**Autores:** *Badía X, Muriel C, Gracia A, Núñez JM, Perulero N, Gálvez R, et al*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc) 2003;102:52-9*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** El dolor es una experiencia subjetiva desagradable (a veces muy desagradable y limitante). Lo interesante de este artículo, al margen de la validación de un cuestionario sobre dolor en pacientes oncológicos, es que incluye dicho cuestionario, con 22 ítems, en los que se recoge no sólo la intensidad del dolor, sino su impacto en las actividades de la vida diaria, factores que le influyen, relación del paciente con su dolor, etc. De interés no sólo en investigación-evaluación, sino para conocer mejor la vivencia y repercusiones del dolor en nuestros pacientes y mejorar su atención.
**Referencias bibliográficas:** *27*
**Revisor:** *MARL*

## S-3.350 *Theory in carcinogenesis and epidemiology*

**(La teoría es tan necesaria como la práctica)**

**Autores:** *Garte S*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Epidemiol Community Health 2003;57: 85*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** En este editorial el firmante, gringo, alaba el artículo previo [S-3.317] con un criterio que es fácil de compartir: la epidemiología ha terminado reducida a un cúmulo de datos empíricos a los que no se les encuentra orden ni concierto por falta de una urdimbre teórica. Se necesita la elegancia de las teorías que ayudan a poner orden en el contexto. Por eso es importante el artículo previo, y por eso es fundamental que los médicos generales comprendamos que no basta con el conocimiento empírico, ni en epidemiología ni en Medicina General. Las teorías son tan importantes como los datos empíricos.
**Referencias bibliográficas:** *2*
**Revisor:** *MPF*

## S-3.351 *Comparing the satisfaction of low back pain patients randomized to receive medical or chiropractic care: results from the UCLA low back pain study*

**(Los quiroprácticos logran los mismos resultados que los médicos en el tratamiento del dolor de espalda, pero con pacientes más satisfechos)**

**Autores:** *Hertzman RP, Morgensterm H, Hurfwitz EL, Yu F, Adams AH, Harber P, et al*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Public Health 2002;92:1628-33*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** Los pacientes de este estudio tuvieron dolor lumbar agudo, que no dependía de una enfermedad concreta, y son miembros de una HMO en California. Se les distribuyó al azar para tratamiento por un médico o por un quiropráctico. Al cabo de cuatro semanas se comprobó que no había diferencias respecto a la mejoría clínica de los casos, pero que los pacientes de los quiroprácticos estaban más satisfechos que los tratados por los médicos. La clave fue mayor enseñanza sobre el autocuidado y más explicaciones acerca del tratamiento empleado.
**Referencias bibliográficas:** *29*
**Revisor:** *MPF*

## S-3.352 *Glycemic effects of postmenopausal hormone therapy: the Heart and Estrogen/progestin Replacement Study*

**(El tratamiento hormonal en la menopausia mejora el control glucémico)**

**Autores:** *Kanaya AM, Herrington D, Vittinghoff E, Lin F, Grady D, Bitner V, et al*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med 2003;138:1-9*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** El ensayo clínico cuyos resultados se exponen en este artículo, el HERS, fue el primero en el que se demostró que la terapia hormonal aumentaba el número de muertes entre las pacientes menopaúsicas coronarias tratadas con las hormonas. Ahora se presentan los resultados del control de la glucemia, y se demuestra que en el grupo control, entre las pacientes coronarias sin diabetes al inicio del estudio, se desarrolló diabetes en el 9,5%, en los cuatro años de seguimiento; entre el grupo de tratadas sólo se desarrolló en el 6,2%. Habría que tratar con hormonas a 30 pacientes menopáusicas coronarias durante cuatro años para evitar una diabetes.
**Referencias bibliográficas:** *57*
**Revisor:** *MPF*

## S-3.353 *Lower diabetes risk with hormone replacement therapy: an encore for estrogen?*

**(El tratamiento hormonal en la menopausia puede ayudar a controlar la glucemia)**

**Autores:** *Wilson PWF*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med 2003;138:69-70*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** Este editorial comenta el artículo anterior [S-3.352] con los resultados del ensayo clínico HERS acerca de la incidencia de diabetes. Parece claro que las hormonas ayudan a controlar los niveles de glucosa en sangre, aunque desconocemos los mecanismos fisiológicos exactos que lo logran. El autor se muestra claramente a favor del tratamiento hormonal en la menopausia, aunque no deja de citar los resultados adversos en varios ensayos clínicos respecto al efecto coronario y embolias. Parece que las mujeres debemos seguir sometidas a un tratamiento que claramente no aporta lo que se había prometido.
**Referencias bibliográficas:** *15*
**Revisor:** *MPF*

## S-3.354 *A hospitalization from hell: a patient's perspective on quality*

**(La calidad de un ingreso hospitalario desde la perspectiva del paciente)**

**Autores:** *Cleary PD*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Inter Med 2003;138:33-9*
**Calificación:** *Excelente*
**Comentario:** La experiencia hospitalaria suele ser terrible, aunque uno salga curado. Lo digo por las experiencias que me cuentan mis pacientes y por experiencia propia. Todos los profesionales deberían leer este caso clínico de calidad en el que un paciente es operado, para realizar una artrodesis de rodilla, por

artritis por hemofilia. La entrevista con el paciente es para llorar; desde 100 personas a las 6 de la mañana (pacientes y familiares) esperando para cirugía, hasta horas de post-operatorio para encontrar una cama libre e ingreso, hasta un alta sin instrucciones, sin coordinación, ni interna ni externa (con el médico de cabecera).
**Referencias bibliográficas:** *64*
**Revisor:** *JG*

## S-3.355 *Escalation of drug use in early-onset cannabis users co-twin controla*

**(El uso previo de marihuana se asocia al abuso consecuente de otras drogas)**

**Autores:** *Lynskey MT, Heath AC, Bucholz KK, Slutske WS, Madden PA, Nelson EC, et al*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA 2003;289:427-33*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** La marihuana es una droga prohibida, increíblemente. ¿Se asocia el uso temprano de marihuana al uso posterior de otras drogas? Los autores, australianos, contestan que sí. Para el trabajo, hecho entre 1996 y 2000, se estudiaron a 311 adultos (edad media, 30 años) y a su par, de gemelos o de mellizos del mismo sexo, siendo los casos personas que habían consumido marihuana antes de los 17 años. Al comparar con su gemelo/mellizo se demuestra que ese uso precoz se asocia a uso posterior de otras drogas y/o abuso de alcohol.
**Referencias bibliográficas:** *42*
**Revisor:** *JG*

## S-3.356 *Does marijuana use cause the uso of other drug?*

**(El uso previo de la marihuana no lleva al uso de otras drogas ilegales)**

**Autores:** *Kandel DB*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA 2003;289:482-3*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** Este editorial comenta el artículo previo [S-3.355] en el que se demuestra un uso concatenado de drogas, empezando por marihuana, en gemelos/mellizos. El editorialista sintetiza lo poco que se sabe, pero no cita que en Holanda el cocainómano ha tenido menos contacto con la marihuana que en EE.UU., al despenalizar el consumo de marihuana. En general, parece lógico la tesis del escalonamiento: tabaco y alcohol, después marihuana y después cocaina o heroína. Pero el esquema lo rompe el uso prudente de la morfina, que no conlleva adicción. El autor sugiere más estudios, sobre todo con modelos animales.
**Referencias bibliográficas:** *9*
**Revisor:** *JG*

## S-3.357 *Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001*

**(La insatisfacción laboral del médico depende del grado de autonomía)**

**Autores:** *London BE, Reschousky J, Blumenthal D*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA 2003;289:442-9*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** Los médicos nos quejamos frecuentemente de nuestro trabajo. Puede parecer que hay mucho médicos laboralmente insatisfechos. Quizá en España. Los autores, gringos, demuestran que en EE.UU. no ha habido grandes cambios. Comparan las encuestas de 1996/97, con 1998/99 y 2000/01, por teléfono, con médicos de 60 ciudades de EE.UU. Hay grandes variaciones entre ciudades. Estuvieron muy satisfechos el 42,4% de los médicos de primaria y el 43,3 de los especialistas, en 1997; en 2001 se modificó a 38,5% y 41,4%, respectivamente.
**Referencias bibliográficas:** *34*
**Revisor:** *JG*

## S-3.358 *Previous consultation and self-reported health status as preditors of future demand for primary care*

**(Los grandes utilizadores de hoy serán los grandes utilizadores del mañana)**

**Autores:** *Jordan K, Ong BN, Croft P*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Epidemiol Community Health 2003;57: 109-13*
**Calificación:** *Excelente*
**Comentario:** No sabemos bien por qué los pacientes llegan a nuestras consultas, de médicos generales. ¿La mala salud o el uso previo? Los autores, ingleses, estudian a 738 personas, que responden a un cuestionario de salud y que permiten cotejar los datos con las historias clínicas de sus médicos generales. Se estudió la utilización dos años antes (1994/95) y dos años después (1997/98) de la encuesta. El mejor predictor del uso es la utilización previa, especialmente dentro de un grupo diagnóstico. Es mejor predictor el uso previo que el grado de salud en la encuesta. Hay que llevar, pues, buenas historias clínicas.
**Referencias bibliográficas:** *13*
**Revisor:** *JG*

## S-3.359 *External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patrents with chronic diseases*

**(En EEUU la tecnología informática se utiliza para facturar)**

**Autores:** *Casalino L, gillies RR, Shotell SM, Schmittdiel JA, Budenheimer T, Robinson JL, et al*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA 2003;289:434-41*
**Calificación:** *Bueno*
**Comentario:** La calidad clínica que ofrecemos es manifiestamente mejorable. El *Institute of Medicine* ha recomendado la introducción sistemática de gestión orientada a la atención clínica (manejo de casos, recordatorios a los médicos, libro de morbilidad, guías y protocolos, y programas de autoayuda a los crónicos). Mucho de esto requiere tecnología informática, pero la mitad de las 1.040 agrupaciones de médicos de más de 20 profesionales, en EE.UU. carece de informática clínica. Este trabajo hace una radiografía al sistema de salud estadounidense.
**Referencias bibliográficas:** *75*
**Revisor:** *JG*

## S-3.360 *Scope and impact of financial conflits of interest in biomedical research. A systematic review*

### (El que patrocina manda)

**Autores:** *Bekelman JE, Li Y, Gross CP*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA 2003;289:454-65*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** La investigación necesita dinero, y éste no cae del cielo. Por ello los investigadores recurren a múltiples canales de financiación que aporten el dinero necesario. Los autores hacen una revisión exhaustiva de la bibliografía en inglés, publicada entre 1980 y 2002, sobre esta cuestión de los conflictos financieros. Descubren, claro, que la cuarta parte de los investigadores tienen puestos en la industria, y que dos tercios de los mismos tienen acciones de la empresa que financia. Naturalmente, al revisar los resultados de 1.140 artículos se demuestra que quien paga manda (los resultados del estudio son favorables respecto al financiador).
**Referencias bibliográficas:** *92*
**Revisor:** *JG*

## S-3.361 *Communication between physicians and older women with localized breast cancer = implications for treatment and patient satisfaction*

### (A mejor comunicación con el cirujano, cirugía más conservadora en el cáncer de mama)

**Autores:** *Liang W, Burnett CB, Rowland JH, Meropol NJ, Eggert L, Hwang Y, et al*
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *J Clin Oncol 2002;20:1008-16*
**Calificación:** *Muy bueno*
**Comentario:** La calidad científica es calidad humana y técnica o no es nada. En este trabajo se explora la comunicación entre el cirujano y las pacientes añosas (más de 67 años) tratadas por cáncer localizado, primario y unilateral de mama. De 1.932 mujeres localizadas logran la participación de 718, y pueden cruzar la información de las pacientes con las del cirujano en 613 casos. Total, a más comunicación y más opciones terapéuticas ofrecidas, más satisfacción de las pacientes y menos mastectomías. La buena relación durante el encuentro clínico es fundamental en todos los sentidos.
**Referencias bibliográficas:** *44*
**Revisor:** *JG*