

S-3.938 **Health insurance status, cost-related medication underuse, and outcomes among diabetes patients in three systems of care.**

(Si no se financian los medicamentos, hasta el 18% de los ancianos pueden no utilizar fármacos necesarios)

Autores: Piette R, Wagner TH, Potter MB, Schillinger D
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care 2004;42:102-9

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Este trabajo está hecho en EE.UU. en un momento de discusión acerca de la necesidad de dar cobertura al gasto en medicamentos para los ancianos. Se demuestra que hasta el 18% puede dejar algún tratamiento por el coste del mismo. No es extraño, pues el gasto llega a los 100 dólares mensuales. El estudio se ha hecho con 766 pacientes diabéticos, a los que se encuestó por teléfono. Los incluidos en el seguro de los Veteranos, aun siendo más pobres, no tienen problemas, pues incluyen los medicamentos. Los que van a médicos privados y son más ricos tienen más dificultades, por no incluir sus seguros la medicación. A peor salud, y más necesidad de medicamentos, más problemas.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MPF

S-3.939 **Different patterns of duplicate publication. An analysis of articles used in systematic reviews.**

(La publicación duplicada, una actividad muy elaborada)

Autores: Elm E, Poglia G, Walder B, Tramèr MR
Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2004;291:974-80

Calificación: *Bueno*

Comentario: Hay quien repite hasta en seis artículos el mismo trabajo, aunque lo normal es la publicación doble (60 artículos de 78 originales duplicados). Los autores parten para su estudio de todas (141) las revisiones sobre anestesia y analgesia entre 1989 y 2002, donde localizan las que comentan explícitamente (42) los artículos duplicados. En otro caso se ponen en contacto con los autores, y así consiguen otras 14 revisiones en las que también se localizaron artículos duplicados. Al estudiar el asunto se descubre que en muchos casos (64%) cambian los autores firmantes del trabajo duplicado.

Referencias bibliográficas: 78

Revisor: MPF

S-3.940 **Outbreak of Pseudomonas aeruginosa infections caused by commercial piercing of upper ear cartilage.**

(Los agujeros en las orejas, a ser posible en el lóbulo)

Autores: Keene WE, Markum A, Samadpour R
Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2004;291:981-985

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La perspicacia de un otorrinolaringólogo permitió el estudio de este brote de condritis auricular en Oregón

(EE.UU.), al declarar un caso de infección por *Pseudomonas* en un adolescente que se había sometido a un "piercing". Los autores tomaron contacto con el local e intentaron identificar a los usuarios en un período de mes y medio, 124. De ellos entrevistaron a 118, con 186 nuevos agujeros en la oreja. Confirmaron la infección por *pseudomonas* en 7, todos en el cartilago auricular. Al estudiar el material, descubrieron contaminación por *pseudomonas* en un desinfectante que se aplicaba en forma de aerosol.

Referencias bibliográficas: 22

Revisor: MPF

S-3.941 **The Lancet' series on health systems research: a call for papers.**

(Necesitamos más investigación sobre cómo organizar los servicios de salud)

Autores: Haines A, Victora C, Horton R
Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2004;363:261-2

Calificación: *Informativo*

Comentario: El *Lancet* es la revista médica más abierta a los problemas sociales, y en este editorial llama la atención sobre las carencias de investigación acerca de cómo organizar los servicios sanitarios para obtener resultados acordes con las necesidades de la población. Publicarán seis artículos, y piden más, pues hay poco de calidad. Ilustran el problema con los 7,5 millones de niños que no morirían si se les aplicaran tratamientos básicos y muy baratos, que no les llegan a sus países. Habrá una reunión mundial en Méjico, en noviembre, sobre investigación de servicios, y conviene tener claro que se necesita más.

Referencias bibliográficas: 7

Revisor: MPF

S-3.942 **Valores séricos de factor de crecimiento del endotelio vascular en pacientes con cáncer colorrectal y su significación pronóstica.**

Autores: Cubo T, Padilla D, de la Osa G, Palomino T, García M, Pardo R, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2004;122(6):201-4

Calificación: *Bueno*

Comentario: La estadificación de los distintos tumores es el indicador pronóstico más utilizado en la práctica. Además, se usan diversos marcadores, como pueden ser el CEA o el VEGF (factor de crecimiento del endotelio vascular) en el cáncer colorrectal. El VEGF es un potente factor angiogénico; la angiogénesis tumoral es esencial para el crecimiento de los tumores sólidos y participa en la invasión local y en el proceso metastático. En este estudio se comprueba que el VEGF es un buen marcador pronóstico para utilizar en el seguimiento de los pacientes con cáncer colorrectal.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: MARL

S-3.943 **Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes.**

Autores: Palacios S, Ferrer J, Parrilla JJ, Castelo C, Manubens M, Alberich X, Martí A y el Grupo Cervantes.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(6):205-11

Calificación: Bueno

Comentario: Hasta ahora sólo había un instrumento diseñado y validado en castellano para medir la calidad de vida de las mujeres posmenopáusicas, el cuestionario MENCAV, desarrollado en Cuenca, con 203 mujeres rurales. Ahora se ha desarrollado la Escala Cervantes (con 2.274 mujeres); consta de 31 ítems referidos a sintomatología, sexualidad, relación de pareja y aspectos psíquicos, puntuados de 0 a 5. Es aplicable a la población femenina española de 45-64 años. La escala se incluye en el artículo, se complementa en unos 7 minutos y resulta interesante para medir la calidad de vida de las mujeres en esta importante fase de su vida.

Referencias bibliográficas: 36

Revisor: MARL

S-3.944 **Evaluación de los proyectos de investigación clínica en un centro monográfico de cáncer.**

Autores: García M, Germá JR, Serra C, Pérez X, Berenguer G, Borrás JM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(6):212-5

Calificación: Muy bueno

Comentario: La medicina basada en pruebas tiene como referencia fundamental la población incluida en los ensayos clínicos. ¿Qué pacientes se incluyen en dichos ensayos? En lo referente a pacientes oncológicos, en este trabajo se observa que cada vez se realizan más ensayos, la mayoría promovidos por la industria farmacéutica, sin que todos se publiquen. En ellos se reclutan al 6,64% de los pacientes visitados por primera vez, con una edad media de 56-58 años; están muy poco representados los mayores de 75 años, cifras que hacen difícil la extrapolación de sus resultados a la población general con cáncer.

Referencias bibliográficas: 27

Revisor: MARL

S-3.945 **Ancianidad y mundo opioide**

Autores: Sanz-Ortiz, J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(6):227-30

Calificación: Bueno

Comentario: Alegato en favor de la ancianidad, y su correcto cuidado y atención. El 45% de las neoplasias se producen en mayores de 70 años; hasta dos tercios de ellos tienen dolor intenso, que con frecuencia es infratratado. Se aconsejan opiáceos cuando hagan falta, a dosis bajas, pero no cualquiera: serían de elección los de administración transdérmica o MSTc oral, evitando dolantina, dextropropoxifeno, metadona, buprenorfina sublingual o pentazocina. Es importante saber que el parche de buprenorfina se puede cortar por la mitad sin pérdida de eficacia.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: MARL

S-3.946 **Are calcium antagonists beneficial in diabetic patients with hypertension?**

(Los calcioantagonistas no perjudican a los diabéticos pero controlan mal los efectos de la HTA en ellos)

Autores: Grossman E, Messerli FH.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2004;116:44-9

Calificación: Bueno

Comentario: La hipertensión es frecuente entre los diabéticos, y contribuye a su morbimortalidad. Hay dudas acerca de su mejor tratamiento y parece que los calcioantagonistas pueden ser perjudiciales. Los autores hacen una búsqueda y localizan 14 ensayos clínicos de más de un año de duración en diabéticos hipertensos. Demuestran, al menos, que los calcioantagonistas no aumentan la mortalidad ni la morbilidad respecto a placebo. Comparados con otras terapias dan peor resultado, especialmente en lo que respecta a insuficiencia cardíaca (mejor diuréticos, bloqueadores beta e inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA). En total los resultados provienen del seguimiento de 23.751 pacientes.

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-3.947 **Economic effects of beta-blocker therapy in patients with heart failure.**

(Los bloqueadores beta mejoran y disminuyen el gasto en la insuficiencia cardíaca)

Autores: Cowper PA, DeLong ER, Whellan DJ, Allen NM, Califf RM.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2004;116:104-11

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los bloqueadores beta son baratos y eficaces (y poco populares entre los médicos). Los autores, norteamericanos, desarrollan un modelo de Markov sobre la evolución en 5 años de la insuficiencia cardíaca y estudian el impacto del empleo de bloqueadores beta en pacientes con esta patología. Como era de esperar, éstos aumenta la supervivencia (0,3 años) y disminuyen los gastos (unos 4.000 dólares en los 5 años). Los médicos y hospitales pierden, pues disminuye el uso sanitario y las hospitalizaciones. ¿Habrá que incentivar específicamente el empleo de los bloqueadores beta?

Referencias bibliográficas: 37

Revisor: JG

S-3.948 **What to do when two oral agents fail to control type 2 diabetes. A matter of opinion or a matter of fact?**

(Cuando fallan dos antidiabéticos podría añadirse un tercero)

Autores: Ahmann AJ, Riddle MC.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Med* 2004;116:278-9

Calificación: Bueno

Comentario: Aunque hay muchos nuevos medicamentos antidiabéticos en el mercado, faltan ensayos clínicos que los comparen y que midan su efecto sobre la morbi-mortalidad. En este editorial se comentan dos trabajos que dan un poco de luz al demostrar que a) la rosiglitazona añadida a una sulfonilurea y metformina ayuda a superar el fracaso de ambas, y b) la pioglitazona es una alternativa a la insulina NPH cuando falla una sulfonilurea más metformina (se añade la tiazolidinediona a estos dos fármacos). Son estudios pequeños, pero algo dicen.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-3.949 **Treating inguinal hernias. Open mesh Lichtenstein operation is preferred over laparoscopy.**

(Las hernias inguinales, mejor con cirugía abierta que con laparoscopia)

Autores: Kingsnorth A

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004; 328:59-60

Calificación: *Bueno*

Comentario: Ser médico general es tener un conocimiento profundo de lo frecuente y sentido común para lo infrecuente en la consulta. Puesto que la hernia inguinal es frecuente, conviene saber algo de ella, para decidir con fundamento. En este trabajo un catedrático de Cirugía, inglés, insiste en las ventajas de la cirugía abierta ambulatoria de la hernia inguinal con el uso de una malla para cerrar el espacio hernario. Requiere sólo anestesia local, y permite que el paciente se reincorpore al trabajo a los 10 días. Es mucho mejor que la cirugía laparoscópica.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-3.950 *Is there a familial link between Down's syndrome and neural tube defects? Population and familial survey.*

(No hay relación entre espina bífida y síndrome de Down)

Autores: Amorim MR, Castilla E, Orioli IM.

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004; 328:84-7

Calificación: *Bueno*

Comentario: Los defectos de un gen polimórfico que controla la síntesis de la reductasa del tetrahidrofólico se asocian a trastornos del tubo renal en algunas poblaciones. Los autores, brasileños, publican los resultados de un trabajo en América del Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) en el que se siguió a madres con niños con espina bífida para ver si tenían hijos mongólicos. Y no, no hay asociación entre el síndrome de Down y la espina bífida en este grupo de 1.583.838 partos.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-3.951 *Evaluating the health effects of social interventions.*

(Ética y ciencia en la valoración de las intervenciones sociales)

Autores: Thomson H, Hoskins R, Petticrew M, Ogilvie D, Craig N, Quinn T et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *BMJ* 2004; 328:282-5

Calificación: *Bueno*

Comentario: Las intervenciones comunitarias tienen muy buena prensa, pero muy poca ciencia. Lo reconocen los autores, ingleses, que examinan la dificultad de evaluar el impacto de un suplemento económico para ayuda a domicilio a ancianos "frágiles". Vienen a ser unos 240 euros mensuales, bien para ayuda en cosas de la casa o bien para ayuda para poder salir a la calle. El problema es evaluar el impacto sobre la salud del anciano. Examinan 4 diseños, pero los tres que serían útiles científicamente hablando no cumplen normas éticas. No dan solución al problema, pero al menos son honrados al examinarlo.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-3.952 *Open access to peer-reviewed research: making it happen.*

(Ventajas del libre acceso en Internet a las revistas científicas)

Autores: Tamber PS, Godlee F, Newmark P

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004; 362:1575-7

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: La información necesaria es difícil de encontrar. Los aficionados a la informática creen que "la Red nos salvará",

y fían todo al potencial de Internet. Puede ser, pero llevará tiempo y esfuerzo. Los autores del texto están a favor del libre acceso a la información de las revistas médicas, pero son prudentes en la consecución del objetivo. Alaban y dan información de las tres iniciativas básicas: a) *Pub Med Central* (pubmedcentral.nih.gov), b) *Open Archives Initiative* (openarchives.org) y c) *SPARC* (arl.org/spare/). Por supuesto los autores destacan *BioMed Central*, donde trabajan dos de ellos (biomedcentral.com).

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: JG

S-3.953 *Open-access publishing: where is the value?.*

(Inconvenientes del libre acceso en Internet a las revistas médicas)

Autores: Crawford BD

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004; 362:1578-80

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Todo tiene ventajas e inconvenientes. Y no todo lo que se promete se llega a conseguir. A ello se refiere el autor, norteamericano, metido en el negocio editorial y crítico con el acceso libre a las publicaciones científicas. Reconoce que la información quiere ser libre, pero al tiempo que "la información quiere ser costosa". Está en contra del modelo del pago por los autores para que se publiquen sus artículos (y así estén libres en Internet). Y demuestra que no hay demostración de que el libre acceso mejore la capacidad de decisión. En fin.

Referencias bibliográficas: 2

Revisor: JG

S-3.954 *21st-century biomedical journals: failures and futures.*

(Las revistas médicas científicas: éxitos y fracasos)

Autores: Horton R

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004; 362:1510-4

Calificación: *Excelente*

Comentario: *Lancet* es una revista con personalidad de izquierdas. No lo dice el autor del editorial, su director, pero se nota. Las revistas científicas tienen personalidad, qué duda cabe. Por eso captan y mantienen autores y lectores. La discusión acerca del libre acceso a lo último publicado es muy interesante, y el autor le da un tono de altura que convierte en excelente su comentario. Ello aunque *Lancet* pertenece a Elsevier, un grupo editorial frontalmente en contra del libre acceso. Las cuentas dicen que un artículo publicado cuesta unos 5.000 euros, por suscripción. Y unos 500 euros si se le cobra al autor y se deja acceso libre en Internet.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

S-3.955 *Association between industry funding and statistically significant pro-industry finding in medical and surgical randomized trials.*

(El patrocinio industrial se asocia a resultados favorables para sus productos en los ensayos clínicos)

Autores: Bhandari M, Busse JW, Jackowski D, Montori VM, Schünemann H, Sprague S et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ* 2004; 170:477-80

Calificación: *Excelente*

Comentario: Todos tenemos la impresión de no ser imparciales. Y es cierto, pues es imposible ser neutral en ningún aspecto de la vida (tampoco en el campo científico). Lo importante es saber de qué pie cojeamos. Los autores, canadienses, revisan 332

ensayos clínicos publicados consecutivamente entre 1999 y 2001 en 13 revistas médicas (8 de cirugía). Comparan la calidad y el resultado "positivo" según la financiación. Cuando hay patrocinio industrial hay mayor probabilidad de un resultado positivo para el producto industrial. El que paga manda.

Referencias bibliográficas: 11

Revisor: JG

S-3.956 *Randomized clinical trials: what gets published, and when?*

(En Merk (MSD) se intenta evitar el sesgo de la publicación exclusiva de ensayos clínicos "positivos")

Autores: Hirsch L

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2004; 170:481-3

Calificación: Bueno

Comentario: La verdad tiene dos caras, como mínimo. Por ello hay que intentar ver las cosas desde más de un punto de vista. El director del *Canadian Medical Association Journal* le pide a un alto responsable de Merk (MSD) que responda al artículo previo (S3955) y lo hace bien y elegantemente. La cuestión de fondo es que la economía de mercado ha dejado en manos de la industria la búsqueda, selección y venta de productos médicos. Y la industria no es un ente único, sino muchas iniciativas más o menos honradas, más o menos íntegras, en búsqueda del lucro. La defensa de Merk casi convence.

Referencias bibliográficas: 33

Revisor: JG

S-3.957 *Medical malpractice*

(La negligencia médica en EE.UU.)

Autores: Studdert DM, Mello MM, Brennan TA

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2004; 350:283-92

Calificación: Bueno

Comentario: Las reclamaciones judiciales son escasísimas en Europa, en comparación con EEUU. Por eso vale la pena aprender en cabeza ajena, y leer este artículo. La reclamación tiene tres objetivos: prevenir el trabajo de mala calidad, compensar a las víctimas y buscar justicia cuando hay negligencia. Pero todo sucede al revés en la práctica. Por ejemplo, casi el 60% del coste se destina al proceso en sí (costas y minutas), no a la compensación de daños en las víctimas. Y el sistema sanitario sigue trabajando con continuos errores y negligencias, fácilmente evitables con un sistema de control de calidad.

Referencias bibliográficas: 104

Revisor: JG

S-3.958 *Clinical Risk Groups (CRGs). A classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management.*

(Los Grupos de Riesgo Clínico, útiles para el pago por capitación)

Autores: Hughes JJ, Averill RF, Eisenhandler J, Goldfield NI, Muldon J, Neff JM, Gay JC

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care 2004; 42:81-90

Calificación: Bueno

Comentario: El pago por capitación tiene muchas ventajas, y algunos inconvenientes, como la selección de los pacientes más sanos. Pero son los enfermos los que consumen los recursos y los que deberían ser mejor atendidos (para evitar sufrimiento y gasto). Los autores, norteamericanos, estudian el uso por los ancianos (Medicare) en 1991 y 1992, y 4 médicos clasifican a los pacientes según enfermedad (gasto, morbilidad y mortali-

dad). La clasificación la aplican a 1992-1994 y permite predecir "el peso" de los pacientes. El 15% consume el 75%, como siempre.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: JG

S-3.959 *Continuity of medical care, health insurance and nonmedical advice in the first 3 years of life.*

(A más longitudinalidad, mejor puericultura por el médico)

Autores: Bradford WD, Kaste ZM, Nietert PJ

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care 2004; 42:91-8

Calificación: Bueno

Comentario: La continuidad de la atención es tener un registro que facilite el seguimiento en la práctica, pero los autores, norteamericanos, confunden continuidad con longitudinalidad (ver al mismo médico). Estudian dicha "continuidad" en una encuesta de salud que se desarrolló a lo largo de tres años. Demuestran que en el pago por acto hay más "continuidad", y por ello más consejo de puericultura (desarrollo ponderal y dental, y consejo sobre nutrición). Estudian 7.056 madres, y lo importante es la continuidad (mismo médico), no el tipo de aseguramiento.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-3.960 *Quality of evidence. Usefulness in measuring the quality of health care.*

(Medicina Basada en Pruebas para enfermeras)

Autores: Swan BA, Boruch RF

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care 2004; 42:II/12-20

Calificación: Bueno

Comentario: El trabajo de calidad exige ciencia, paciencia y piedad. Para lo primero, ciencia, se necesita estar atento a los resultados de los ensayos clínicos (e introducirlos adecuadamente en nuestros pacientes). Los autores son enfermeros gringos que hacen una revisión acerca de cómo introducir la Medicina Basada en Pruebas en la práctica enfermera. Lo más interesante del artículo es el listado de sitios de Internet al que acudir. También hay datos chocantes, como la escasez de pruebas en las guías de práctica clínica (para dejar el tabaco, por ejemplo, máximo el 60% en Canadá, mínimo el 47% en EE.UU.).

Referencias bibliográficas: 115

Revisor: JG

S-3.961 *A diagnostic rule for the aetiology of lower respiratory tract infections as guidance for antimicrobial treatment.*

(Guías para las bronquitis)

Autores: Graffelman AW, Knuistingh A, Cessie S, Droes ALM, Springer MP, Broek PJ

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2004; 54:20-4

Calificación: Muy bueno

Comentario: La mayoría de las bronquitis son de causa vírica, pero a la mayoría de los pacientes con bronquitis los tratamos con antibióticos (¡qué brutos!). Los autores, holandeses, estudian a 145 pacientes con bronquitis aguda, y determinan (con análisis de sangre, esputos y radiología de tórax) que sólo 39 tienen infección bacteriana (más 8 bacteriana y vírica). La probabilidad aumenta si hay fiebre, dolor de cabeza y adenopatías cervicales dolorosas. La probabilidad de infección vírica aumenta si hay rinitis y diarrea.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-3.962 *Qualitative study of men's perceptions of why treatment delays occur in the UK for those with testicular cancer.*

(El cáncer de testículo se cura)

Autores: *Chapple A, Ziebland S, McPherson A*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract 2004; 54:25-32*

Calificación: *Bueno*

Comentario: El cáncer de testículo es de los que se curan. Pero muchas veces los hombres no dan importancia al "bulto" nuevo, o son los médicos los que no hacen ni caso. En este texto, inglés, se entrevista a 45 pacientes que han tenido cáncer de testículo, y se analizan los retrasos diagnósticos. Como era esperable, la causa más frecuente es no tener ni idea de ese cáncer y de sus posibilidades de curación; es decir, por desconocer los signos y síntomas. Hay muchísimo menos retraso si se tiene un amigo o familiar con el mismo problema, o si se sabe a través de la prensa de algún caso.

Referencias bibliográficas: 47

Revisor: JG

S-3.963 *Implementation of RCGP guidelines for acute low back pain: a cluster randomised controlled trial.*

(Las guías de práctica clínica no entran ni a tiros)

Autores: *Dey P, Simpson CWR, Collins SI, Hodgson G, Dowrick CF, Simison AJM, Rose MJ*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Br J Gen Pract 2004; 54:33-7*

Calificación: *Bueno*

Comentario: Las guías de práctica clínica sirven para poco (si somos piadosos; en realidad son una tontería, como poco). Pero hay quien insiste. Por ejemplo, estos ingleses de Manchester que hacen un ensayo clínico con 24 centros de salud, y a los 12 del grupo de intervención los visitan para (en una entrevista personal) lograr que el médico siga la guía del dolor lumbar del *Royal College of General Practitioners*. Comparan 1.049 frente a 1.138 pacientes en el grupo control y no se demuestra ninguna diferencia en el manejo del dolor lumbar.

Referencias bibliográficas: 26

Revisor: JG

S-3.964 *Incentives and pharmaceutical reimbursemnt reforms in Spain.*

(La política farmacéutica en España, poco eficaz)

Autores: *Puig-Junoy J*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy 2004; 67:149-65*

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: En España sólo se pueden vender medicamentos en las farmacias; y hay farmacias para dar y tomar (una por cada 2.000 habitantes; casi la mayor densidad de farmacias del mundo). El autor, barcelonés, analiza las sucesivas reformas del mercado farmacéutico español, y demuestra su poca eficacia. Insiste, además, que el problema no es el coste, sino el mal uso (exceso de consumo, prescripción inadecuada y efectos adversos ingentes). Además, con las reformas el co-pago ha ido disminuyendo, desde el 11% en 1990 al 7% en 2000. El autor tiene una beca Merck

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

S-3.965 *Assessing the performance of primary health centres under decentralized government in Kerala, India.*

(Inconvenientes de la descentralización en Kerala, India)

Autores: *Varatharajan D, Thekappan R, Jayapalan S*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Policy Planning 2004;19:41-51*

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Si uno visita Kerala, en la costa oeste de la India, le sorprende la buena organización y la cultura que se respira (en la calle hay más gente leyendo el periódico que en Europa). Si preguntas por el sistema sanitario todo el mundo echa pestes. Y, sin embargo, la salud de Kerala es excepcional, comparable a la de un país desarrollado. Los autores, keralenses, analizan la paradoja, que explican por el fracaso de la descentralización de la Atención Primaria. Los ayuntamientos dedican un presupuesto mínimo a los centros de salud y el personal no tiene con qué trabajar.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-3.966 *Increasing patient choice in primary care: the management of minor ailments*

(Prescripción y dispensación por farmacéuticos en trastornos menores)

Autores: *Bojke C, Gravelle H, Hassell K, Whittington Z*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Health Econ 2004; 13:73-83*

Calificación: *Muy bueno*

Comentario: Tenemos farmacias hasta en la sopa, y pacientes que se nos salen por las orejas. Los autores, ingleses, piensan: ¿por qué no pasar algunos de los pacientes a los farmacéuticos? Dicho y hecho. En Liverpool, en una zona pobre, durante 26 semanas, con 8 farmacias y un centro de salud. Los pacientes podían ir a la farmacia para trastornos menores, y el farmacéutico prescribir y dispensar, con cargo al sistema público. Y así fue (sobre todo, para piojos y catarros). Los médicos vieron menos trastornos menores, pero su consulta no bajó. No sé.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-3.967 *Changes in the use of postmenopausal hormone therapy after the publication of clinical trial results.*

(Los resultados de los ensayos clínicos logran disminuir el uso de los parches con hormonas en la menopausia, al menos en EE.UU.)

Autores: *Haas JS, Kaplan CP, Gerstenberger EP, Kerlikowske K*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Ann Intern Med 2004; 140:184-8*

Calificación: *Bueno*

Comentario: A los médicos nos engañaron los ginecólogos con lo de las hormonas en la menopausia ("los parches"), pues nunca hubo fundamento científico para su uso. Cuando se publicaron los ensayos clínicos HERS (1998) y WAI (2002) corrió la alarma. Ahora se abandonan las hormonas sin pedir ni perdón. En este trabajo norteamericano, con 151.862 mujeres de 50 a 74 años se demuestra que el uso de los parches se incrementaba el 1% por trimestre (desde el 41% en 1997); después del HERS disminuyó en el mismo porcentaje. La publicación del WAI hizo que disminuyese a un ritmo del 18% trimestral. Quizá porque salió en los periódicos.

Referencias bibliográficas: 16

Revisor: JG

S-3.968 *Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy.*

(La cesárea aumenta la probabilidad de feto muerto en el siguiente parto)

Autores: *Smith GCS, Pell JP, Dobbie R*

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2003; 362:1779-84

Calificación: *Excelente*

Comentario: Las cesáreas están de moda. De una frecuencia esperable de máximo 10%, a una práctica del 25% y más. Es cómodo para los tocólogos y una barbaridad para la mujeres, como demuestran los autores, ingleses. Han utilizado una base de datos de 120.633 partos, tras parto previo por cesárea, y demuestran que los abortos se duplican en las últimas semanas del embarazo. ¿La solución? Adelantar una nueva cesárea, o evitar la primera cesárea (muchísimas veces innecesarios). Además, las cesáreas previas ya se sabía que provocan abortos precoces por alteraciones en la implantación de la placenta.

Referencias bibliográficas: 35

Revisor: JG

S-3.969 *Unexplained antepartum stillbirth in pregnancies after caesarean.*

(Las complicaciones de la cesárea en el siguiente embarazo)

Autores: Lumley JM

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2003; 362:1774-5

Calificación: *Buena*

Comentario: No es fácil sacar jugo a las estadísticas sanitarias. En la mayoría de los casos lo único que se hace es recogerlas, procesarlas y publicarlas. La autora, australiana, comenta el esfuerzo hecho para lograr los resultados del estudio anterior (S-3.968). Se precisaron datos de más de 100.000 mujeres, y hubo que unir el antecedente de la cesárea previa al parto estudiado. Los abortos a partir de la semana 34 se duplicaron (1,77 por 1.000 mujeres con cesárea previa y 0,89 sin cesárea). Además de *abruptio placenta* embarazos ectópicos y demás lindezas, aborto en las últimas semanas, ¡gran efecto de las cesáreas!

Referencias bibliográficas: 8

Revisor: JG

S-3.970 *Risk of cancer from diagnostic X-rays: estimates for the UK and 14 other countries.*

(El uso médico de los rayos X produce unos 700 casos adicionales de cáncer en el Reino Unido)

Autores: Berrington A, Darby S

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;363:345-51

Calificación: *Excelente*

Comentario: Las autoras emplean datos de las Naciones Unidas, sobre uso de radiología diagnóstica, para calcular su incidencia en casos nuevos de cáncer. Para ello utilizan, además, registros tumorales y los datos de supervivencia de los japoneses expuestos a las bombas atómicas. En el Reino Unido, con la tasa más baja de los 14 países estudiados (489 radiografías por 1.000 habitantes y año), calculan un 0,6% de aumento de riesgo a los 75 años, lo que significan 700 casos anuales adicionales. En Japón el uso de la radiología es de 1.477 radiografías, con un 3,8% de aumento, y unos 3.863 casos adicionales por año. Vale la pena, por ejemplo, pensar en el impacto de la coronariografía sobre las tasas de cáncer de médula ósea.

Referencias bibliográficas: 30

Revisor: MFP

S-3.971 *Risk of cancer from diagnostic X-rays.*

(Hasta el 30% de las radiografías de tórax son innecesarias)

Autores: Hergoz P, Rieger CT

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;363:340-1

Calificación: *Buena*

Comentario: Este editorial sirve de complemento al artículo previo (S3970). Los autores, alemanes, intentan demostrar que el uso diagnóstico de los rayos X contribuye a disminuir el impacto de muchos cánceres, que no serían diagnosticados sin ellos. Pero al tiempo dan información que espeluzna, como el aumento de casi un tercio anual de uso de la tomografía axial computerizada (TAC), en Alemania y los EE.UU., con el consiguiente aumento de radiación "médica". También comentan que se usan los rayos X muy a la ligera y, por ejemplo, que hasta el 30% de las radiografías de tórax pueden ser innecesarias (preoperatorios y demás). Es una llamada de atención, no cabe duda.

Referencias bibliográficas: 15

Revisor: MPF

S-3.972 *HABITS (hormonal replacement therapy after breast cancer- is it safe?), a randomised comparison: trial stopped.*

(La terapia hormonal aumenta el riesgo de cáncer de mama en las mujeres que ya lo han tenido)

Autores: Holmberg L, Anderson J, for the HABITS

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;363:453-5

Calificación: *Muy buena*

Comentario: Los suecos empezaron dos ensayos clínicos para valorar el uso de la terapia hormonal en la menopausia en mujeres que habían tenido un cáncer de mama. Este es el primero de ellos, el HABITS, y ha habido que terminarlo antes de tiempo por el aumento de nuevos cánceres de mama entre las mujeres del grupo experimental. Entre las 174 con parches hubo 26 nuevos cánceres, frente a 7 casos entre las 171 sin tratamiento hormonal. La cosa parece tan clara que el ensayo clínico se ha terminado abruptamente, antes de provocar males peores.

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: MPF

S-3.973 *Menopausal hormone therapy after breast cancer.*

(La terapia hormonal en la menopausia, un peligro para la salud también en las mujeres que han tenido cáncer de mama)

Autores: Chlebowski RT, Col N

Revista/Año/Vol./Págs.: *Lancet* 2004;363:410-1

Calificación: *Muy buena*

Comentario: No hay duda, la terapia hormonal en la menopausia es peligrosa. Los autores de este editorial, norteamericanos, comentan el artículo previo (S-3.972) y dejan claro que hay pocas dudas acerca del impacto negativo de dicha terapia. En el HABITS aumentaron 3,5 veces los cánceres de mama con la terapia hormonal, y se doblaron otros efectos adversos graves. También hubo que terminar por las prisas otro ensayo clínico más general en el Reino Unido, sobre la misma terapia, el WINDSDOM. Lo chocante fue el apoyo durante un decenio de la comunidad de expertos y de los médicos generales que actuaron de eco.

Referencias bibliográficas: 12

Revisor: MFP

S-3.974 *Validación de la versión española del Incontinente Questionnaire-Short Form.*

(Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria)

Autores: España M, Rebollo P, Puig M

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(8):288-92

Calificación: Bueno

Comentario: La incontinencia urinaria es un problema frecuente en las mujeres, a menudo infradiagnosticado. En este artículo se demuestra la utilidad de la versión española de un cuestionario corto (el ICIQ-SF) para su diagnóstico inicial. Consta de 4 preguntas (frecuencia de pérdida de orina, situaciones en las que se produce, cantidad y afectación en la vida diaria). Se puede cumplimentar en unos 3,5 minutos. En grados leves es un problema por el que no se suele consultar pero puede alterar de forma importante la calidad de vida de muchas mujeres. Identificarlo es el primer paso para intentar corregirlo.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: MARL

S-3.975 **Factores pronósticos de reingreso en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica**

Autores: Vega JA, Montero M, Sánchez P

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(8):293-7

Calificación: Bueno

Comentario: Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se suelen clasificar en función de su volumen respiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), sin que éste esté muy relacionado con el pronóstico, sobre todo a corto plazo en pacientes con comorbilidad. En este trabajo, corrobó, se observa que el 40,4% de los pacientes ingresados con EPOC reingresan en el plazo de un año; lo que más predice el reingreso es la puntuación en los cuestionarios de calidad de vida, la limitación en las actividades de la vida diaria y el uso de oxigenoterapia domiciliaria (más que el FEV1). De una u otra forma, se ve que los que más reingresan son los pacientes más graves.

Referencias bibliográficas: 24

Revisor: MARL

S-3.976 **Relación entre las calcificaciones arteriales detectadas por mamografía y el grado de control y gravedad de la diabetes mellitus**

Autores: Fuster MJ, Orozco D, Sáez J, Merino J

Revista/Año/Vol./Págs.: *Med Clin (Barc)* 2004;122(9):329-33

Calificación: Muy bueno

Comentario: En las mamografías de cribado de cáncer de mama se observan frecuentemente calcificaciones arteriales mamarias (CAM) benignas (10%). Este trabajo sirve de ejemplo de la actitud profesional de preguntarse el porqué de las cosas e intentar sacarlas más provecho. Se estudia a las diabéticas cribadas en un área de Valencia y se observa que el 40% tienen CAM, relacionándose con un mayor tiempo de evolución de la diabetes y con la aparición de mayores complicaciones crónicas microvasculares. Así que la mamografía de cribado podría utilizarse también como marcador de afectación microvascular en mujeres diabéticas.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: MARL

S-3.977 **Conocimientos de las mujeres menopáusicas respecto a la terapia hormonal sustitutiva**

Autores: Ruiz I, Bermejo MJ

Revista/Año/Vol./Págs.: *Gac Sanit* 2004;18(1):32-7

Calificación: Bueno

Comentario: Estudio sobre el conocimiento de las mujeres menopáusicas respecto a la terapia hormonal sustitutiva (THS), realizado entre las usuarias del centro de salud La Chana de Granada, coincidiendo con la difusión en los medios de que dicha

terapia tenía más riesgos que beneficios (interrupción ensayo WHI). La prevalencia de THS entre las encuestadas fue del 23,2% (8,6% en el momento de la encuesta), de las que el 91% conocían los beneficios de dicha terapia, y el 57% los riesgos. Lo más destacable, los beneficios los conocían principalmente por los sanitarios y los riesgos por éstos y por otras fuentes ajenas. ¿Cuándo conseguiremos que la toma de decisiones sea compartida con los pacientes bien informados?

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: MARL

S-3.978 **Management of urinary incontinence in women. A review**

Revisión de la incontinencia urinaria femenina.

Autores: Holroyd JM, Straus SE

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2004; 291:986-95

Calificación: Bueno

Comentario: Si la incontinencia urinaria en la mujer es tan frecuente es porque las cosas que la provocan son comunes. Como demuestran los autores, al revisar el problema, se ha demostrado la asociación de incontinencia al uso de múltiples fármacos, desde diuréticos a benzodiacepinas, pasando por antidepresivos y laxantes. Ven en la revisión de la literatura, que hay mucho por ofrecer, sobre todo ejercicios pélvicos y entrenamiento de la vejiga. También sirven de algo los anticolinérgicos, como la oxibutina. Y, en algunos casos, la cirugía.

Referencias bibliográficas: 76

Revisor: JG

S-3.979 **Management of urinary incontinence in women. Clinical applications.**

En la incontinencia urinaria femenina hay mucho por hacer, si se diagnostica

Autores: Holroyd JM, Straus SE

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2004; 291:986-95

Calificación: Muy bueno

Comentario: Hay que abrir las puertas de las consultas a los problemas de los pacientes. Si no identificamos los problemas no podemos actuar. Eso es importante respecto a la incontinencia urinaria femenina, pues sólo consultan por ello menos de la mitad de las que lo padecen. Los autores presentan dos casos clínicos (una mujer joven, de 42 años, y una anciana de 78) para ilustrar las múltiples oportunidades que se ofrecen para disminuir la incontinencia. Desde adelgazar, a dejar el café y controlar el estreñimiento, sin laxantes, hasta los ejercicios pélvicos y fármacos anticolinérgicos.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

S-3.980 **Socioeconomic status, service patterns, and perceptions of care among survivors of acute myocardial infarction in Canada.**

(Los ricos, en el sistema público, reciben más cuidados de especialistas, y sin embargo no se mueren más)

Autores: Alter DA, Iron K, Austin PC, Naytor CD for the SESAMI Study Group

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2004; 291:1100-7

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los pacientes ricos y cultos se organizan para utilizar mejor los recursos públicos. ¿Qué significa para su salud? Los autores, canadienses, siguen a 2.256 pacientes con infarto de miocardio, durante año y medio, en Ontario. Los entrevistan por teléfono, averiguan la atención prestada y los siguen un año acerca de la mortalidad. Los ricos reciben más cuidados especializados públicos, pero no hay diferencias respecto a mortalidad con los pobres. O bien los ricos reciben cuidados innecesarios

rios de los especialistas, o bien los médicos generales prestan cuidados necesarios y beneficiosos mejor que los especialistas.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

S-3.981 *High-intensity statin treatment for coronary hearth disease*

(Ojo, las estatinas en dosis altas disminuyen la placa de esterozona coronario, pero no sabemos si son seguras)

Autores: Sacks FM

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2004; 291:1132-4

Calificación: Bueno

Comentario: Los médicos somos lentos. Acabamos de abandonar la cerivastatina dejando un reguero de cadáveres y nos estamos planteando emplear dosis altas ("agresivas") para disminuir las placas de ateroma. El autor comenta un ensayo clínico publicado en el mismo número comparando 40 mg de pravastatina con 80 mg de atorvastatina. Ambas disminuyen el espesor de la placa de ateroma en las coronarias, con mayor beneficio para la atorvastatina. El problema es que eso no se ha estudiado en relación con el resultado final (infartos y muerte) y no sabemos mucho de la seguridad de dosis tan altas de estatinas.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

S-3.982 *Treating urinary incontinence in the elderly. Conservative measures that work. A systematic review.*

(En la incontinencia urinaria son muy útiles los ejercicios pélvicos y vesicales)

Autores: Teunissen TAM, Jonge A, Weel C, Lagro ALM

Revista/Año/Vol./Págs.: J Fam Pract 2004; 53:25-32

Calificación: Bueno

Comentario: Hay muchos ancianos (sobre todo mujeres) con problemas de incontinencia urinaria. La respuesta universal no puede ser el pañal, que está convirtiendo a la población anciana en una población con culotes. Los autores, holandeses, revisan todo lo que hay publicado que no sea cirugía. Las medidas conservadoras de gimnasia pélvica y de terapia conductual (*bio-feedback*) tienen gran eficacia, hasta la mejora del 81% de los casos. La medicación es mucho menos eficaz; destaca la oxibutina.

Referencias bibliográficas: 29

Revisor: JG

S-3.983 *An ounce of prevention: the evidence supporting periconception health care.*

(El fundamento científico en la prevención periconcepcional)

Autores: Muchowski K, Paladine H

Revista/Año/Vol./Págs.: J Fam Pract 2004; 53:126-33

Calificación: Excelente

Comentario: Cuando una mujer piensa quedarse embarazada y pide consejo ¿qué decirle?. Los autores, gringos, hacen una revisión y concluyen que las dos cosas básicas son a) que deje de fumar y b) tome suplementos de ácido fólico. Si es diabética conviene controlar la glucemia en ese periodo; si es epiléptica, conviene pasar a monoterapia (y evitar la fenitoína y el valproico). De menos valor es saber su estado vacunal respecto a la rubéola, o aconsejar contra el consumo de alcohol. Parece sencillo y simple ¿no?

Referencias bibliográficas: 54

Revisor: JG

S-3.984 *What happened to the prescriptions? A single, short, standardized telephone call may increase compliance*

(Muchos pacientes ni siquiera pasan por la farmacia con la receta)

Autores: Hagstrom B, Mattsson B, Rost IM, Gunnarsson RK

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2004; 21:46-50

Calificación: Bueno

Comentario: Muchas veces nos preguntamos qué hacen los pacientes con las recetas. ¿Van a la farmacia, al menos? Los autores, suecos, estudian el comportamiento de 399 pacientes de un pueblo de 7.000 habitantes con un centro de salud con 5 médicos, y una única farmacia, a 500 metros del centro de salud. El 34% de los pacientes con medicamentos para patología cardiovascular ni siquiera va a la farmacia con receta (la guardan o la tiran); para otros medicamentos es el 12%. Una llamada al cabo de una semana mejora la cosa, en mujeres.

Referencias bibliográficas: 28

Revisor: JG

S-3.985 *Is chronic pain a distinct diagnosis in primary care? Evidence arising from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study.*

(El dolor crónico, muy frecuente en las mujeres)

Autores: Smith BH, Elliott AM, Hannaford PC

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2004; 21:66-74

Calificación: Bueno

Comentario: El dolor es necesario para sobrevivir (no hay más que pensar en las consecuencias de la anestesia en la lepra), pero puede hacer la vida insoportable. El dolor crónico, de duración superior a los tres meses es ya el colmo. Los autores, ingleses, encuestan por correo a 11.797 mujeres del estudio de la píldora (47.000, de 1.400 médicos generales, en 1968), que están todavía en seguimiento en 1995. Contesta el 85,4%. Tienen dolor crónico el 38%. El dolor de piernas, brazos, tórax y espalda se da más en la clase social baja.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG