

Con la colaboración de



## S-3.122 *Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial*

**(Por favor, no prescriba hormonas a las menopáusicas, que las mata)**

**Autores:** Women's Health Initiative Investigators

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2002;288:321-33

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Hay que interrumpir un ensayo clínico, por exceso de cánceres de mama invasivos en el grupo de intervención, para que al final algunos médicos se hagan cargo de que son peligrosas las hormonas de la terapéutica hormonal en la menopausia. Se trata del Women's Health Initiative (WHI), con 16.608 mujeres menopáusicas de 50 a 79 años, con el útero en su sitio. En el grupo de intervención se les dió una píldora diaria con estrógenos y progesterona. Aumentó el número de cánceres invasivos de mama, la patología coronaria, las embolias pulmonares y los ictus; disminuyó el número de cánceres de colon y las fracturas de cadera. Hubo que interrumpirlo a los 5,2 años, en lugar de acabar los 8,5 previstos.

**Referencias bibliográficas:** 43

**Revisor:** MPF

## S-3.123 *Hormone replacement therapy: a time for pause*

**(El agua de la fuente de la eterna juventud es venenosa)**

**Autores:** Yusuf S, Anand S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CAMJ 2002;167:357-9

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** El espanto de tener que interrumpir un estudio con casi 160.000 mujeres menopáusicas estadounidenses de 50 a 79 años, por el exceso de patología inducida por los parches hace que los editorialistas dejen las cosas en su sitio. No es sólo que las hormonas aumenten los cánceres de mama invasivo, es que, además, incrementan toda la patología que se esperaba prevenir: la coronaria, los ictus y los embolismos pulmonares. Como los primeros estudios fueron observacionales y coincidieron con una filosofía de transformar a la menopausia en enfermedad, todo se conjuró en contra de las mujeres y se facilitó el encarnizamiento terapéutico.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** MPF

## S-3.124 *Lessons from the Women's Health Initiative: primary prevention and gender health*

**(La prevención primaria puede ser peligrosa)**

**Autores:** Day A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CAMJ 2002;167:361-2

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La editorialista no se corta a la hora de criticar los ensayos clínicos "fáciles", los que financia la industria para lograr la autorización de la venta de sus productos. Lo difícil, como los ensayos clínicos de prevención primaria, lo debe hacer el sector público. Ese ha sido el caso en la evaluación de las actividades preventivas que se proponen a las mujeres menopáusicas, beneficiosas para los ginecólogos, exclusivamente. Respecto a los parches, a la terapéutica hormonal, el primer ensayo clínico, el HERS ya demostró su peligrosidad y el aumento del tromboembolismo. ¿Qué le diremos ahora a las menopáusicas?

**Referencias bibliográficas:** 9

**Revisor:** MPF

## S-3.125 *The arrogance of preventive medicine*

**(La arrogancia médica)**

**Autores:** Sackett DL

**Revista/Año/Vol./Págs.:** CAMJ 2002;167:363-4

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** No estamos solos contra los expertos. Ellos son los villanos, según el autor de este editorial. Los culpables de la difusión de medidas preventivas arrogantes, que pretenden resolver los problemas de los sanos. En general, para: a) convencer a los sanos de que pueden mejorar su salud, b) creer que proponen cosas cuyos beneficios superan a los perjuicios, y c) combatir a los que ponen en cuestión sus propuestas. En este caso concreto han convencido a las mujeres para que se hinchen a hormonas durante la menopausia, creído que las ventajas superaban a los riesgos, y negado el pan y la sal a los críticos de semejante irracionalidad.

**Referencias bibliográficas:** 7

**Revisor:** MPF

## S-3.126 *Factores metabólicos en la población escolar asociados a mortalidad cardiovascular en los adultos. Estudio Cuatro Provincias*

**Autores:** Garcés C, Lasunción MA, Ortega H, López L, Benavente M, Rubio R, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002;118:767-70

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Al estudiar a los niños de provincias con alta mortalidad por cardiopatía isquémica (CI), como Cádiz y Murcia, y compararlos con los de Madrid y Orense (con baja mortalidad por CI), se observa que ingieren más calorías, pesan más y tienen concentraciones plasmáticas más elevadas de glucosa, triglicéridos y Apo A-1. La glucosa, triglicéridos y el índice de masa corporal (IMC) elevados son la traducción clínica más habitual de la resistencia a la insulina, conocido factor de riesgo cardiovascular; su presencia en edades tempranas (carga genética y hábitos) puede ser un marcador de futura mortalidad cardiovascular.

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** MARL

## S-3.127 *Tratamiento hormonal sustitutivo en España. Un estudio de utilización*

**Autores:** Benet M, Carvajal A, García J, Álvarez A, Vega T

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002;119:4-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El tratamiento hormonal sustitutivo (THS) ha sido promocionado exhaustivamente en los últimos años para evitar o paliar las consecuencias de los cambios hormonales de la menopausia, pretendiendo medicalizar una etapa natural de la vida, con diversos riesgos asociados. Aunque su consumo en España aumentó del 0,7% al 3,4% en las mujeres mayores de 40 años de 1989 a 1999 (sobre todo en las de 50-54 años, entre las cuales el 10,8% son sometidas a THS), son cifras muy alejadas de las de EE.UU., Australia o norte de Europa que oscilan entre el 15%-40%. Diferencias que quizás sean positivas para las españolas.

**Referencias bibliográficas:** 39

**Revisor:** MARL

### S-3.128 *Prevención secundaria del infarto de miocardio y calidad de vida relacionada con la salud*

**Autores:** Grupo de investigación del estudio PREMISE  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002;119:9-12

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Según los resultados de este estudio, aunque la atención sanitaria a los pacientes con infarto de miocardio en Cataluña ha mejorado, todavía existe un importante potencial que hay que ganar en la prevención secundaria, tanto en lo que respecta a tratamiento profiláctico (antiagregación) como al control de factores de riesgo (hiperlipidemia, hipertensión, tabaquismo, etc.). La calidad de vida a los dos años del infarto es razonablemente buena, siendo mayor en los pacientes que no han reingresado en ese periodo.

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** MARL

### S-3.129 *Sangre artificial y otras medidas destinadas a reducir el uso de sangre homóloga*

**Autores:** Pereira A  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002;119:30-5

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Exposición de los actuales problemas de la transfusión de sangre homóloga y las posibilidades de la denominada "sangre artificial", referida a los transportadores de oxígeno producidos por síntesis química (perfluorocarbonos) o por modificación de la hemoglobina natural. No es previsible que se disponga de ellos en la práctica clínica hasta la próxima década, pero supondrían un profundo cambio en la medicina transfusional.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** MARL

### S-3.130 *Genetics and social class*

**(La clase socio-económica no tiene base genética)**

**Autores:** Holtzman NA.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Epidemiol Community Health 2002;56:529-35

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Hay quien utiliza la genética como arma, y dispara con genes para tumbar a quien le critica. Incluso, hay quien cree que los pobres tienen genes que les llevan a la pobreza (y a la mala salud). Mucho de este razonamiento nace en EE.UU., y nos alcanza como nos alcanza el terrorismo de Bush. Por eso es muy importante leer este texto, de un estadounidense, que deja clara la inexistente base genética de las clases sociales. Ser rico depende de la capacidad de robar (y de ser insensible al sufrimiento de los robados).

**Referencias bibliográficas:** 38

**Revisor:** JG

### S-3.131 *Gender differences in clinical status at time of coronary revascularisation in Spain*

**(Las mujeres también sufren del corazón)**

**Autores:** Aguilar MD, Lázaro P, Fitch K, Luengos S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Epidemiol Community Health 2002;56:555-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las mujeres sufren más en la vida, ya se sabe, aunque mueren más tarde que los hombres. Parte del sufrimiento se lo deben a las enfermedades crónicas y parte a las variaciones en la atención clínica. En este trabajo, del grupo privado madrileño TAISS, se estudia la situación de los pacientes con isquemia coronaria sometidos a revascularización. Las mujeres llegan a dicha técnica en peores condiciones, con mayor riesgo cardiovascular, con sintomatología y con más factores de riesgo concretos (diabetes, hipertensión, obesidad). Lo dicho, a espabilas, que las mujeres también tiene isquemia coronaria.

**Referencias bibliográficas:** 38

**Revisor:** JG

### S-3.132 *Intoxicación fatal por Lepiota brunneoincarnata*

**Autores:** Herráez J, Sánchez A, Contreras P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** An Med Interna (Madrid) 2002;19:322-3

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** A todos nos gusta salir al campo y coger setas. Lo malo es confundirse y coger y comer setas venenosas. Los autores de esta carta, de Navalmaral de la Mata (Cáceres), comentan un artículo previo sobre micetismo (intoxicación por hongos) y dejan claro que es un proceso grave que se debe prevenir en origen. Insisten en que las amatoxinas son termoestables y resisten la desecación y la cocción. El tratamiento debe ser enérgico, desde el primer momento de sospecha (sonda gasogástrica, carbón activado, furosemida/manitol para forzar la diuresis).

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

### S-3.133 *Sesiones MUESCLI (múltiples escenarios clínicos): un paso en aprendizaje por resolución de problemas para Equipos de Atención Primaria.*

**Autores:** Álvarez S, Martínez C, Latorre C, Bermejo F, Gallego P, Luaces A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** MEDIFAM 2002;12:387-97

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La formación continuada es un continuo fracaso, se trate de lo que se trate. El problema es grave entre los médicos, así que cualquier nueva iniciativa debería someterse a una evaluación rigurosa. Eso falta en este trabajo, de Torrelodones (Madrid), pero al menos explica detenidamente un modelo que puede ayudar a muchos equipos a salir de la modorra de las "sesiones". Lo importante es partir de la experiencia y reconocer errores, carencias y desconocimientos. Fácil en teoría, difícil en el trasiego diario.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

### S-3.134 *La calidad de las evaluaciones de manuscritos en Gaceta Sanitaria*

**Autores:** García AM, Plasencia A, Fenández E  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit 2002;16:244-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La revisión por pares es una costumbre social que carece de base científica, por más que las revistas científicas la utilicen para justificar la publicación de artículos. En este caso, al menos, se intenta valorar cómo trabajan los evaluadores, y los resultados son buenos (según los firmantes). Lo malo es que los aspectos cruciales como la relevancia y originalidad de los manuscritos ocupan situaciones de peor evaluación, de mayor descuido. Era esperable.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** JG

### S-3.135 *Adecuación de la prescripción de hipolipidemiantes y riesgo cardiovascular en pacientes con hipercolesterolemia*

**Autores:** Segade XM, Dosi O  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit 2002;16:318-23

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Lo del colesterol es una verdadera patología (una enfermedad de los médicos que inducen a creer que el uso de hipolipidemiantes está siempre justificado). En este trabajo, gallego, se tomó una muestra de pacientes hipercolesterolemicos de tres centros de salud urbanos, y se analizó el uso de hipolipidemiantes. Por supuesto, vencen la atorvastatina (37,5%) y la cerivastatina (14,3%). Y al aplicar las tablas de Sheffield (para población anglosajona), el tratamiento farmacológico era innecesario en el 54% de los pacientes. Lo peor en prevención secundaria, ni así se controlaban las cifras de lipemia.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** JG

### S-3.136 *La implicación de las farmacias en la prevención y tratamiento de las toxicomanías*

**Autores:** Arco J, Ruiz J, Menoyo C  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Pharm Care Esp 2002;4:138-42

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El cerebro humano necesita drogas, tal vez como compensación a la insoportable presión de pensar. Hay drogas y drogas: sexo, alcohol, trabajo, heroína, y demás. Lo importante es que el uso de la droga correspondiente sea compatible con una vida social "normal". A ello pueden contribuir las oficinas de farmacia, como demuestran las firmantes respecto al uso de drogas por vía parenterales (prevención de la transmisión del sida, manteniendo con metadona y demás). En el País Vasco, el 20% de las farmacias participan en el programa de mantenimiento de metadona.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** JG

### S-3.137 *Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias*

**Autores:** Ortún V, López Casasnovas G

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Fundación BBVA. CRES.Doc de trabajo, 3. 2002. Madrid.

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los bancos, además de negociar con dinero negro, intentan tener una buena imagen. Este texto, dentro de un acuerdo con la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona) se incluye en una interesante colección sanitaria. Los autores, economistas, se muestran claramente a favor de un pago capitativo conjunto a primaria y especializada, y por una descentralización de la gestión y el gasto que dé la llave a los profesionales de la Atención Primaria, dispuestos a hacer una gestión clínica con cierto riesgo.

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** JG

### S-3.138 *La reforma imposible*

**Autores:** Escartí E

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Gen 2002;46:553-5

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El deseo de reformar las cosas debe ser congénito en los políticos. Es como abrir zanjas en Madrid: a diestro y siniestro. El autor, valenciano, no es demasiado crítico con la situación actual, pero hace un montón de preguntas relevantes, a contestar antes de iniciar ningún nuevo cambio. Por ejemplo, ¿es justo que un pensionista, por el simple hecho de alcanzar una edad, tenga gratis las medicinas independientemente de su nivel de ingresos? Son cuestiones que no podemos ignorar si queremos que se hagan cosas honradas, no simples parcheos economicistas.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

### S-3.139 *Capsaicina*

**Autores:** Anónimo

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ficha Novedad Ter CADIME 2002;3:1-2

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** El dolor de la neuropatía diabética debería combatirse con amitriptilina por vía oral, pero no es posible utilizarla siempre. La alternativa es la carbamazepina por vía oral, hasta ahora. En esta ficha terapéutica se comenta la comercialización de una crema de capsaicina al 0,75%, que puede ser de alguna utilidad para el tratamiento del dolor por neuropatía diabética. No puede producir efectos generales pero es un alcaloide que puede provocar efectos locales (escozor y quemazón); en algunos pacientes es muy útil, especialmente si el dolor es superficial.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

## S-3.140 *Pediculosis: tratamiento*

**Autores:** Anónimo

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Bol Ter Andaluz 2002;18(9):9-13

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las normas de higiene clásica, como el cepillado del pelo y el lavado de las manos, se ignoran olímpicamente (también por los médicos). El resultado es el aumento de infecciones (hasta los simples catarros) y la permanente presencia de los piojos en el pelo de los escolares. A esta última cuestión se dedica este texto, simple y completo. Sugiere un cambio de medicamento de elección, del lindano a la permeterina al 1% (existe como tal prescripción en loción y crema, además de champú-presentación no recomendable). Destaca el uso complementario de los medios mecánicos (lendreros) y la necesidad imperiosa de desinfección de los fomites (cepillos y peines, al menos).

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

## S-3.141 *Metodología de la elaboración de una recomendación en la guía de práctica clínica de la hipertensión arterial: eficacia de la dieta hiposódica*

**Autores:** Anónimo

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Infac 2002;10:23-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** En España se come con muy poca sal (si exceptuamos los encurtidos, anchoas y patatas fritas), pero es interesante el debate sobre la eficacia de la restricción de sal en la dieta en los pacientes hipertensos. Este trabajo, vasco, sirve de ejercicio docente para preguntar y contestar una cuestión dudosa. Al final responden con un probable error (se debe recomendar la restricción de sal en los pacientes hipertensos), pero es interesante la descripción del método y la rigurosidad y simplicidad del mismo. Un buen ejemplo.

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** JG

## S-3.142 *Accidentes infantiles relacionados con el descanso nocturno: cama, cuna y litera*

**Autores:** Casaní C, Morales M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Acta Pediatr Esp 2002;60:216-20

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Tener niños es tener vida; es decir, aceptar complicaciones a diario. Entre ellas, el que los niños se accidenten. Los autores, valencianos, estudian los ingresos por accidentes en 1993, en el Hospital "La Fe", en niños de 0 a 14 años. Hubo 926 ingresados por accidentes, 31 en relación con el mobiliario de dormir. En todos se hizo estudio radiológico. Lo principal fue el caerse (97%). Las caídas, de las literas conllevan más ingresos en cuidados intensivos y más secuelas. En fin, el mundo infantil.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

## S-3.143 *Profilaxis antibiótica de la infección urinaria. Revisión bibliográfica*

**Autores:** Soler P, Figueras C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Acta Pediatr Esp 2002;60:244-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El tratamiento antibiótico de la infección urinaria es, muchas veces, inútil. ¿Qué decir de su profilaxis? En este buen trabajo barcelonés se revisa de forma amena, clara y científica la cuestión. Deja clara que la profilaxis se aplicará sólo si hay refluo vesicoureteral, con trimetropin o nitrofurantoina, hasta los 5/6 años, con buena colaboración de los padres, y a sabiendas de que la utilidad de la profilaxis es cuestionable. Es decir, que no hay seguridad en el beneficio de la profilaxis.

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** JG

## S-3.144 *How do physicians teach empathy in the primary care setting?*

**(La enseñanza de la empatía no es cuestión baladí)**

**Autores:** Shapiro J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Acad Med 2002;77:323-8

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** No hay calidad científica sin calidad humana; no basta con ofrecer buena calidad técnica para ser un buen médico general. Lo difícil es saber cómo enseñar a prestar calidez humana a la atención clínica. En este trabajo, gringo, se entrevista y observa trabajando con estudiantes a 12 profesores de Medicina de Familia, para intentar comprender cómo se enseña "empatía" (ser capaz de ponerse en el rol del paciente). La cuestión es difícil, y va desde el profesor que no cree que se pueda enseñar, al que prepara anotaciones y cuestiones para que los residentes lo aprendan. Todo un mundo por explorar.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG

## S-3.145 *Shifting paradigms: from flexner to competencies*

**(Del deslumbramiento a la competencia)**

**Autores:** Carracio C, Wolfsthal D, Englander R, Ferentz K, Martin C  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Acad Med 2002;77:361-7

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Está bien saber que hay que lograr que los estudiantes y residentes estén capacitados (sean competentes), lo malo es no saber cómo medir el logro de dicho objetivo. Los autores, gringos, revisan la literatura al respecto y encuentran 469 artículos de los que valen la pena 68. En general, no se ha demostrado un método eficaz ni para transmitir competencias clínicas ni para valorar su adquisición, de forma que todo es más una expresión de buen deseo que una realidad.

**Referencias bibliográficas:** 67

**Revisor:** JG

## S-3.146 *How do women make decisions about hormone replacement therapy?*

### (Los pacientes construyen un mundo para entender a los médicos)

**Autores:** Bravata D, Rastegar A, Horwitz RI  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2002;113:22-9

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Ya sabemos que los parches" (la terapia hormonal postmenopáusica) no dan beneficios e introducen graves riesgos. Pero los autores no se interesan por este problema sino por tratar de entender lo que dicen las mujeres al respecto. Entrevistan a 33 menopáusicas que están considerando utilizar los parches, y analizan sus respuestas acerca de la decisión. Las mujeres hacen un uso selectivo de la información disponible según su experiencia personal y familiar, según su punto de vista sobre la salud, teniendo en cuenta su relación con el médico y con el sistema sanitario. Al final cada mujer explica de forma distinta unas razones personales básicas en su decisión.

**Referencias bibliográficas:** 37

**Revisor:** JG

## S-3.147 *What's the story. How patients make medical decision*

### (Los pacientes deciden con una lógica interna)

**Autores:** Hallenbeck JL  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2002;113:73-4

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** No entendemos bien qué piensan los pacientes acerca de los tratamientos que les sugerimos. En este editorial se comenta todo el proceso de decisión de los pacientes, a propósito del trabajo criticado previamente [S-3.146]. Lo importante es tener claro que los pacientes utilizan el conocimiento científico que les damos, pero seleccionan aquello que les es relevante en su proceso de vivir, según su experiencia, cultura y creencia. Al final los pacientes llegan a conclusiones con una lógica interna que justifica y explica su decisión. Parece lógico, ¿no?

**Referencias bibliográficas:** 13

**Revisor:** JG

## S-3.148 *Resultados de tres años del plan de gestión clínica de atención primaria del Servicio Navarro de Salud*

**Autores:** Carnicero J, Gimeno A, Amézqueta C, Ayerdi K, Apezteguia J, Granado A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Administración San 2002;6:247-65

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** La España de las Autonomías llevará a graves desigualdades en salud y en servicios de salud. Así que conviene saber cómo se hacen las cosas en los distintos sitios. En este caso en Navarra, con muy poca imaginación. Es "gestión clínica", una especie de "cartera de servicio" tan absurda como en su versión original. Se sigue con incentivos perversos, de esos que rechazaron los médicos neozelandeses por atentar contra la ética. Y se sigue con indicadores de cantidad; se mide lo que es fácilmente medible.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

## S-3.149 *Ánalisis de la hiperprescripción en el ámbito del INSALUD (1997-2000)*

**Autores:** Castillo C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Administración San 2002;6:325-69

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** En el sistema sanitario español existen "inspectores" médicos y farmacéuticos, que parecen ciegos, muchos, y sordos. Sólo lo parecen, como demuestra este buen trabajo de una inspectora farmacéutica. Presenta los resultados del programa de seguimiento de los médicos hiperprescriptores entre 1997-2000. En el 80% de los casos prescriben de más por causas distintas a mala praxis, y sólo el 0,3% tiene que ver con fraude. Pero lo mejor del artículo es la sabrosa revisión que hace la autora acerca de causas y remedios para mejorar la prescripción médica. Un texto recomendable.

**Referencias bibliográficas:** 77

**Revisor:** JG

## S-3.150 *Randomized controlled trial of nitrofurantoin versus placebo in the treatment of uncomplicated urinary tract infection in adult women*

### (La nitrofurantoína mejora las cistitis en la mujer)

**Autores:** Christians TCM, Meyere MD, Verschaegen G, Peersman W, Heutens S, Maeseneer JMD

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2002;52:729-34

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los autores han hecho un ensayo clínico sencillo y elegante para valorar la eficacia de la nitrofurantoína en la cistitis simple de la mujer. Participaron 17 médicos generales y 166 mujeres, de las que 78 tuvieron piuria en la tira de orina, y fueron distribuidas al azar en dos grupos, de tratamiento y de control. Los síntomas mejoraron más intensa y rápidamente en el primer grupo, y cuando se recibió el resultado del laboratorio, la bacteriuria cedió también más en el grupo de tratamiento. El número necesario de mujeres a tratar para controlar la bacteriuria fue de 1,6, y la sintomatología, de 4,4.

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** MPF

## S-3.151 *Urinary tract infections in adult general practice patients*

### (En la cistitis, el tratamiento de elección es trimetropín o nitrofurantoína)

**Autores:** Hummers-Pradier E, Kochen MM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2002;52:752-61

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La cistitis en la mujer la solemos tratar mal, como demuestran los autores de esta extensa revisión. Lo suyo es separar las cistitis que se pueden complicar, para dejar las cistitis simples aparte. No vale la pena buscar bacteriurias asintomáticas nunca, excepto en el embarazo. Vale la pena hacer una tira de orina y tratar si hay leucocitos o nitritos, con trimetropín, o con nitrofurantoína, tres días. Se recomienda evitar el excesivo lavado vaginal, o el empleo de espermicidas y diaphragmas. No está claro si la ingesta de agua en abundancia tiene utilidad clínica.

**Referencias bibliográficas:** 143

**Revisor:** JG

### S-3.152 *Predictors of survival following in-hospital adult cardiopulmonary resuscitation*

**(En las mejores condiciones, el 19 % de los pacientes "reanimados" en un hospital puede volver a casa)**

**Autores:** Brindley PG, Markland DM, Mayers I, Kutsogiannis DJ  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2002;167:343-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Este estudio está hecho en Canadá, en tres hospitales docentes, y se basa en el análisis de las historias de todos los pacientes que precisaron reanimación cardiopulmonar durante dos años. Fueron 247 pacientes, de los que 143 (58%) tuvieron el paro en presencia de testigos. En este caso el resultado es mejor, y el 48% salió del paro, al 22% se le pudo dar el alta y sólo el 19% pudo volver a su domicilio. En las series de televisión, el 75% de los pacientes se recupera, y el 67% pasa al domicilio, en agudo contraste con la realidad.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** MPF

### S-3.153 *Research in family medicine and general practice: are we there yet?*

**(El médico general debería ser capaz de emplear el trabajo clínico como fuente de investigación)**

**Autores:** Herbert CP  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2002;52:443-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** No hay bálsamo para curar la herida de la falta de investigación relevante en Medicina general, como deja claro la autora, canadiense. Entre otras cosas, por nuestra falta de interés por la historia natural de las enfermedades, por la falta de conocimientos acerca de las debilidades de los ensayos clínicos, por falta de confianza en la especialidad y por la devaluación de la ciencia médica en general. El remedio es promover la investigación por el médico general de base, especialmente mediante redes, y con el centro de interés en lo que hace.

**Referencias bibliográficas:** 30

**Revisor:** MPF

### S-3.154 *Cáncer de mama en mujeres y ocupación: revisión de la evidencia existente*

**Autores:** Pollán M  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit 2001; 15: 3-22

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El cáncer de mama es, con diferencia, el más frecuente en mujeres. En esta exhaustiva revisión sobre la relación entre cáncer de mama y ocupación, se señala que las secretarias, profesoras, sanitarias, farmacéuticas, peluqueras, y trabajadoras de la industria química, telefonía y radio deberían ser consideradas como colectivos de riesgo por tener una mayor incidencia, sin que se sepa si es por la contribución de la exposición ocupacional u otros determinantes asociados al estilo de vida y nivel socioeconómico. Se señala que en España no hay estudios al respecto por déficit en los sistemas de información.

**Referencias bibliográficas:** 129

**Revisor:** MARL

### S-3.155 *Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia*

**Autores:** Alcaraz M, Lluch A, Miranda J, Pereiro I, Salas MD  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit 2002;16:230-5

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La reducción de mortalidad por cáncer de mama (CM) mediante cribado mamográfico se relaciona con la prevalencia del CM, la cobertura y la posterior respuesta en los casos positivos. En cuanto a la cobertura se estima que debe ser superior al 70%. En este estudio, realizado en Valencia entre las no participantes en los programas poblacionales de cribado, se observa que las de clase social media o alta no lo hacen por ser revisadas por otros servicios sanitarios (en general por THS) y las de clase baja por temor o dificultades de horario. Se necesita ajustar los mensajes de estas campañas y aumentar su accesibilidad.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** MARL

### S-3.156 *Efecto del tratamiento antihipertensivo sobre la presión del pulso*

**Autores:** de la Sierra A, Artés M, Salvador J, Arcos E, Muñoz A, en representación de los investigadores del estudio ETAPA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002;119:41-5.

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La presión diferencial (diferencia entre presión arterial sistólica y diastólica) es un factor pronóstico de mortalidad cardiovascular en la población anciana hipertensa. En este trabajo se evalúa la efectividad de los distintos antihipertensivos en monoterapia en la reducción de dicha presión diferencial, sin que se encuentren variaciones sustanciales en su reducción (la mayor disminución se observó con los diuréticos). Tampoco se observó diferencias significativas en el efecto de los diferentes antihipertensivos sobre la presión arterial diastólica, sistólica o media.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** MARL

### S-3.157 *Influencia del sedentarismo y el hábito de comer entre horas sobre la ganancia de peso*

**Autores:** Sánchez-Villegas A, Martínez MA, Toledo E, de Irala J, Martínez A, por el equipo investigador del Proyecto SUN

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002;119:46-52.

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El sobrepeso y la obesidad han aumentado en los países desarrollados, a pesar de una menor ingestión de grasas. Según los datos de este estudio, realizado en Navarra, los factores más determinantes en el aumento de peso en la población estudiada durante 5 años fueron: la escasa actividad física, el sedentarismo (viendo la TV), y el hábito de comer entre horas. Lo mejor, desde el punto de vista preventivo y terapéutico, lo ya conocido, ejercicio físico regular y buenos hábitos alimenticios.

**Referencias bibliográficas:** 62

**Revisor:** MARL

### S-3.158 *The "Adequacy of Prenatal Care Utilization" (APNCU) index to study low birth weight: is the index biased?*

(Difícil relación entre la atención prenatal y el resultado obstétrico)

**Autores:** Koroukian SM, Rimm AA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Clin Epidemiol 2002;55:269-305

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La atención prenatal parece no asociarse a buenos resultados obstétricos, y no se pregunta si es inútil o si se mide mal. Los autores, estadísticos, analizan casi 600.000 partos, con su atención prenatal y dos características de interés: bajo peso al nacer y peso menor del esperado para la edad gestacional. Si se emplea el índice recomendado para medir la adecuación se demuestra que a más atención prenatal, peores resultados. Parece que el índice sesga el estudio y hace imposible un análisis correcto. Recomiendan, pues no utilizar el APNCU y estudian por qué, de todas maneras, en EE.UU. están empeorando los resultados obstétricos.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** JG

### S-3.159 *A preliminary taxonomy of medical errors in family practice*

(Una taxonomía de los errores en Medicina General)

**Autores:** Dovey SM, Meyers DS, Philips RL, Green LA, Fryer GE, Galliher JM et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Qual Saf Health Care 2002;11:233-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los médicos generales cometemos errores por mucho que intentemos evitarlos. Así que hay que despabilarse para, al menos, reconocerlos, estudiarlos y tratar de que no se repitan. Los autores ponen un escalón en este trabajo al analizar los 344 errores declarados por 42 médicos de familia. Definen error en la práctica clínica como "aquel que desearía que no hubiera ocurrido y que no quiero que se repita". Hacen una clasificación extensa, con dos grandes categorías: a) por disfunción del sistema sanitario (83%) y b) por fallo de habilidades y/o conocimientos (4%) [el resto son efectos adversos].

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** JG

### S-3.160 *An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study*

(Los errores de los médicos generales son similares en el mundo entero)

**Autores:** Makeham MAB, Dovey SM, County M, Kidd MR

**Revista/Año/Vol./Págs.:** MJA 2002;177:68-72

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Puesto que cometemos errores, hablemos de ello. Esto es lo que hacen en ese trabajo con participación de médicos generales de Australia, Canadá, EE.UU., Holanda, Nueva Zelanda y el Reino Unido (en total, 80 médicos que declararon 435 errores [en 32% hubo daño al paciente]). La proporción de errores fue similar, en su distribución en los distintos países: amplia mayoría de errores del proceso (disfunción del sistema sanitario), del 80%, y un 20% de errores por falta de conocimientos y/o habilidades. Todo un mundo por explorar.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** JG

### S-3.161 *The effects of comorbid conditions on the outcomes of patients undergoing peritoneal dialysis*

(La comorbilidad aumenta el riesgo de muerte en la diálisis peritoneal)

**Autores:** Beddhu S, Zeidel ML, Saul M, Seddon P, Samore MH, Stoddard GJ et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2002;112:696-701

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** "No existen enfermedades sino enfermos", repetimos como una letanía. Pero creemos tan poco en ello que ni siquiera estudiamos la comorbilidad, la presencia de varias enfermedades en un enfermo. Por eso es interesante este trabajo, hecho en el Hospital de Pittsburgh, EE.UU., siguiendo a todos los pacientes que empezaron diálisis peritoneal entre 1993 y 1998. Midieron la comorbilidad con el índice de Charlson. Un índice bajo se asocia a menos costes, menos ingresos, y menos muertes o paso a hemodiálisis (16% contra 41% en el índice medio y 90% en el alto).

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

### S-3.162 *Tennis, anyone? On the value of sustainable, vigorous physical activity and long-term studies*

(Jugar al tenis en la juventud se asocia a hacer deporte de por vida)

**Autores:** Jacobs DK, Schmitz KH

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2002;112:733-4

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Hacer deporte es agradable, y mejora el ánimo (*mens sana in corpore sano* que decían los clásicos). No está claro que añada salud, pero eso depende de cómo se defina "salud". En este editorial se comenta un artículo en el mismo número sobre la asociación entre jugar al tenis de joven y tener menos infarto de maduro/viejo. Lo bueno es que practicar tenis de joven se asocia con más deporte en general (tenis también) a lo largo de la vida. No pasa lo mismo con jugar de joven al fútbol, baloncesto y otros deportes. ¿Qué tendrá el tenis que engancha tanto?

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

### S-3.163 *Improving the quality of anticoagulation of patients with atrial fibrillation in managed care organizations: results of the Managing Anticoagulation Services Trial*

(Los hematólogos no mejoran el control del INR)

**Autores:** Matchar DB, Samsa GP, Cohen SJ, Oddore EZ, Jurgelski AE

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2002;113:42-51

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Los hematólogos españoles aumentan su tarta de trabajo (y de prestigio e ingresos) controlando el INR de los pacientes anticoagulados. Sin fundamento científico, claro. Lo vuelven a demostrar en EE.UU. con un ensayo clínico en HMO ("igualas"). Empiezan con seis HMO, de las que terminan cinco, y en cada una se divide al azar para poner a la mitad un servicio de anticoagulación. Comparan 9 meses antes y después del servicio de anticoagulación, y entre 6 y 14 meses de actuación del mismo. Como es esperable, no hay diferencias en el grado de control del INR.

**Referencias bibliográficas:** 39

**Revisor:** JG

## S-3.164 *Do the investigative sites that take part in a positive clinical trial translate that evidence into practice?*

**(Ni los médicos que participan en los ensayos clínicos se los creen)**

**Autores:** Majumdar SR, Chang WG, Armstrong PW

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2002;113:140-5

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** No es fácil trabajar científicamente (los médicos somos así de brutos). Los autores creen que es más fácil ser “usuario” de una pauta terapéutica científica (de eficacia demostrada) si se ha participado previamente en un ensayo clínico que ha demostrado algo concreto. Así que valoran el empleo de inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) tras el infarto en 22 hospitales que participaron en el ensayo clínico SAVE, en el que se demostró su beneficio. Contra lo esperado, no hay mayor uso de los IECA tras el infarto en dichos hospitales.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

## S-3.165 *Putting evidence into practice*

**(Las fases de la desilusión en la “medicina basada en pruebas”)**

**Autores:** Naylor CD

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2002;113:161-3

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Esto de llevar el conocimiento a la práctica diaria es difícil. El editorialista comenta el trabajo anterior [S3164] y deja claro que no sabemos mucho. Distingue cuatro fases: 1) era del optimismo (los ensayos clínicos publicados cambiarán el trabajo de los médicos), 2) era de la inocencia (las guías y protocolos resumirán los ensayos clínicos, etc), 3) era de la industrialización (los métodos de calidad industrial, etc) y 4) era de la tecnología de la información (los ordenadores e Internet, etc). Como se ve, de la Ceca a la Meca sin lograr algo tan aparentemente sencillo como que los médicos trabajen como deben.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** JG

## S-3.166 *Preventable drug-related morbidity in older adults. 1. Indicator development*

**(Un estudio Delphi sobre efectos secundarios de la medicación en ancianos)**

**Autores:** Mackinnon NJ, Hepler CD

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Managed Care Pharm 2002;5:365-71

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** No hay medicamento sin efectos colaterales, sin efectos adversos y sin problemas. Claro, cuando se utilizan varios medicamentos al tiempo todo se potencia. Encima, si el paciente es anciano, la cosa es de espanto. De ahí el extraordinario interés de este trabajo, hecho con geriatras norteamericanos, muy sencillo y claro. Logran un acuerdo con un Delphi acerca de 52 indicadores de efectos adversos/colaterales prevenibles en ancianos cuando se emplean determinados medicamentos. El listado pone los pelos de punta, al pensar en lo que prescribimos y no controlamos. Por ejemplo, con los antiinflamatorios no esteroideos y su utilización prolongada.

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** JG

## S-3.167 *The changing face of epidemiology in the genomics era*

**(Epidemiología y genética)**

**Autores:** Millikan R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Epidemiol 2002;13:472-80

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Hay tantas expectativas con la genética que resulta raro hacer un artículo con cierto distanciamiento. Este largo e interesante trabajo, de un epidemiólogo de Carolina del Norte, da un repaso a la interacción entre genética y epidemiología. Deja claro que no todo es Jauja, y que las cosas cambian lentamente. Pero la genética aumenta el interés, por ejemplo, del seguimiento de casos únicos. También plantea problemas como la asociación de marcadores genéticos y enfermedad en subgrupos de población en los que la causa de la enfermedad es una determinada pauta cultural. Una buena revisión.

**Referencias bibliográficas:** 120

**Revisor:** JG

## S-3.168 *Special issues related to randomized trials of primary prevention*

**(Los ensayos clínicos en prevención primaria son especiales)**

**Autores:** Buring JE

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Epidemiol Rev 2002;24:67-71

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los ensayos clínicos parecen la panacea. No tanto, aclara el autor, al menos en lo que se refiere a la prevención primaria. La mayor dificultad es el manejo y seguimiento de grandes masas de población (según la intensidad esperada de la intervención y la variedad de eventos a estudiar). Se puede simplificar el protocolo de estudio y se puede trabajar sobre poblaciones seleccionadas (con alto riesgo de desarrollar la enfermedad que se trata de evitar). El trabajo permite hacerse idea de las dificultades sobre el terreno.

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** JG

## S-3.169 *Are guidelines ethical? Some considerations for general practice*

**(Los protocolos y guías no cumplen normas éticas básicas)**

**Autores:** Rogers WA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2002;52:663-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los protocolos y recomendaciones son vistos por sus autores como necesarios y suficientes. La autora, australiana, se pregunta por los aspectos éticos de dichos protocolos. Empieza señalando ejemplos de algunas recomendaciones que cumplen algún principio fundamental ético. Pero luego examina en profundidad la cuestión y queda claro que la ética falta en muchos protocolos y guías (falta de respeto a la autonomía de los pacientes, restricción del gasto sin criterios explícitos, etc).

**Referencias bibliográficas:** 47

**Revisor:** JG