

Con la colaboración de



## S-3.170 *Continuity of care in general practice: a survey of patients' view*

(Los pacientes quieren continuidad cuando el problema es serio)

**Autores:** Schers H, Webster S, Hoogen H, Avery A, Grol R, Bosh W  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2002;52:459-62

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los pacientes holandeses encuestados en este trabajo valoran la continuidad (el ser atendidos por el mismo médico general) de acuerdo al problema por el que acuden a consulta. Hacen una encuesta postal a 875 pacientes (de 35 médicos generales), y responden 644 (74%). Como era de esperar, desean ver a su médico de cabecera, sobre todo, para los problemas importantes. Por ejemplo, el 96% si se trata de discutir el futuro cuando hay una grave enfermedad, y sólo el 23% si lo que se tiene es un esguince de tobillo. Curiosamente, las características individuales de los pacientes sólo explican el 11% de la varianza.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** MPF

## S-3.171 *Warfarin, aspirin, or both after myocardial infarction*

(Después del infarto, aspirina, que no provoca tantas hemorragias)

**Autores:** Hurlen M, Abdelnoor M, Smith P, Eriksson J, Arnesen H  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med 2002;347:989-74

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Este trabajo, noruego, demuestra que la warfarina (anticoagulante similar al acenocumarol) disminuye más la tasa de reinfarto y de ictus isquémico que la aspirina, pero que aumenta en mucho la de hemorragias graves. Es un ensayo clínico (WARIS II) con 3.630 pacientes con un primer infarto de miocardio que se dividieron en tres grupos: warfarina solo (INR entre 2,8 y 4,2), aspirina sola (160 mg) y aspirina más warfarina (75 mg, y búsqueda de un INR entre 2,0 y 2,5). Hubo una menor tasa de reinfarto en los grupos con warfarina (17% y 15%, respectivamente), comparados con el de aspirina (20%). No hay diferencias respecto a mortalidad global, y hubo el triple de hemorragias graves con la warfarina.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** MPF

## S-3.172 *Antithrombotic therapy after myocardial infarction*

(El fundamento fisiológico de la anticoagulación tras el infarto de miocardio)

**Autores:** Becker RC  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med 2002;347:1019-22

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** No es fácil justificar científicamente el uso de los anticoagulantes tras el infarto de miocardio, pues lo lógico es el uso de antiagregantes, pero el autor hace un buen repaso a la cuestión y deja claro que hay base científica, y que podrían utilizarse los dos al tiempo (se obtuvieron así los mejores resultados en el WARIS II [S3171], con warfarina y aspirina). El riesgo es la hemorragia, que se multiplica por tres y por cuatro (excluyendo del WARIS II a los mayores de 75 años). El editorialista sugiere la conveniencia de un control por especialistas (hematólogos), un error, y del autocontrol, un acierto.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** MPF

## S-3.173 *El síndrome del recomendado*

**Autores:** Sanz A, Valle ML, Flores LA, Hernansanz, García C, López-Lara F

**Revista/Año/Vol./Págs.:** An Med Interna (Madrid) 2002;19:430-3

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los autores se molestan en analizar el “síndrome del recomendado”, algo que tal vez no existe (lo que existe es que nos damos cuenta de lo mal que funciona todo cuando le toca a un recomendado). Aceptan que los imprevistos y las complicaciones que lo caracterizan se deben a la actitud del propio paciente, al empleo inadecuado de recursos sanitarios (cambios en lugares físicos de la atención, ignorancia de las reglas de citación y trabajo, etc.), la falta de buenos registros (y a veces de algo parecido siquiera a una historia clínica), y al cambio en la conducta habitual de diagnóstico y tratamiento.

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** MPF

## S-3.174 *Efectividad de la intervención grupal para la deshabituación tabáquica.*

*Ensayo clínico aleatorizado*

**Autores:** Camarrelles F, Asensio A, Jiménez C, Becerril B, Rodero D, Vidaller O

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002; 119: 53-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La terapia grupal, como ayuda al cambio conductual, está bastante extendida en el campo de las dependencias y el alcoholismo y en menor medida en el tabaquismo. En este estudio no se observan diferencias entre la intervención de deshabituación tabáquica grupal y la intervención individual corta. Los fumadores acudían poco a las sesiones grupales. De una u otra forma, dejar de fumar es difícil, pero vale la pena intentarlo.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** MARL

## S-3.175 *Prolongación de la profilaxis de la tromboembolia venosa tras la hospitalización*

**Autores:** Castells X, Vallano A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002; 119: 73-4

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La prolongación de la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV), después de la hospitalización, puede disminuir el riesgo de trombosis venosa sin aumentar el riesgo de hemorragias (sólo probado en postoperados de prótesis de cadera con heparinas de bajo peso molecular [HBPM], en los que convendría seguir la profilaxis durante 4-6 semanas después de la intervención). En la práctica clínica, a pesar de la generalización de la profilaxis de ETV con HBPM en múltiples pacientes, faltan estudios que evalúen su efectividad, eficiencia y duración aconsejable.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** MARL

### S-3.176 *Elevada prevalencia de déficit de vitamina D en poblaciones con riesgo de osteoporosis: un factor relevante en la integridad ósea*

**Autores:** Mezquita P, Muñoz M, López F, Martínez N, Conde A, Ortega N, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002; 119: 85-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El déficit de vitamina D puede contribuir al desarrollo de osteoporosis. En este estudio se observa que es frecuente en pacientes con elevado riesgo de osteoporosis (mujeres postmenopásicas, pacientes asmáticos en tratamiento con glucocorticoides y pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal), además de constatar una relación entre concentración sérica de 250HD y densidad mineral ósea. La contribución de la vitamina D a la densidad ósea en poblaciones de riesgo de osteoporosis es relevante, por lo que debe tenerse en cuenta como preventivo y terapéutico (además es barato, seguro, sencillo y reduce el riesgo de fracturas).

**Referencias bibliográficas:** 43

**Revisor:** MARL

### S-3.177 *Acetato de megestrol: una revisión sistemática de su utilidad clínica para la ganancia de peso en los enfermos con neoplasia y caquexia*

**Autores:** Ruiz-García V, Juan O, Pérez S, Peiró R, Ramón N, Roseiro M, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002; 119: 166-70

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** En la fase terminal de los pacientes oncológicos es frecuente la caquexia, para la cual disponemos de pocos recursos terapéuticos y poco eficaces. El acetato de megestrol es el medicamento más prescrito para paliarla (aunque en España sólo está autorizado como uso en el paciente caquéctico terminal con sida, no en el oncológico). Tras esta revisión, se concluye que dosis inferiores o iguales a 240 mg/día producen incrementos de peso discretos (ganancia de 423 g en el grupo tratado, frente a pérdida de 1.090 g en el no tratado). El fármaco no produce mejoría en la propia enfermedad, ni en la supervivencia. Pobres resultados.

**Referencias bibliográficas:** 43

**Revisor:** MARL

### S-3.178 *Scientific and clinical challenges on the management of urinary tract infections*

**(Por favor, utiliza el trimetropin y la nitrofurantoina)**

**Autores:** Stamm WE

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2002; 113(1<sup>a</sup>):15-45

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las infecciones urinarias son siempre un problema, por su frecuencia y posibles complicaciones. Por ello, el *American Journal of Medicine* ha publicado un especial, un suplemento, en el que se trata a fondo esta patología. El autor hace una introducción general sobre la cuestión, que sorprendería a más de un médico español. Por ejemplo, recomienda mantener las quinolonas en reserva, recomienda el uso del trimetropin y, si hay resistencias, de la nitrofurantoina. En fin, un mundo más lógico.

**Referencias bibliográficas:** 34

**Revisor:** JG

### S-3.179 *D. dimer levels in patients with suspected acute cerebral venous thrombosis*

**(El dímero D, excepcional en el diagnóstico de la trombosis cerebral aguda)**

**Autores:** Tardy B, Tardy Poncet B, Viallon A, Piot M, Garnier P, Mohamedi R, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2002; 113:238-41

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La trombosis cerebral aguda es un cuadro infrecuente que suele comenzar con dolor de cabeza. No es fácil de diagnosticar sin técnicas caras, como RMV, o angiografía. Los autores, franceses, se preguntan si podría servir para algo la determinación del dímero D (derivado de la fibrina, en sangre). Siguen a 34 pacientes como control (fueron a urgencias por cefalea, y seguidos un mes por su médico de cabecera no tuvieron patología cerebral) y los comparan con 23 casos. En estos últimos el dímero D da niveles de 1.849 mg/ml, contra 270 ng/ml.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

### S-3.180 *Continuity of care, a chameleon concept*

**(La continuidad tiene significados diversos)**

**Autores:** Shepperd S, Richards S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Health Serv Res Policy 2002; 7:130-2

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La continuidad de cuidados es clave en Atención Primaria, pero no sabemos muy bien porqué. En este editorial se comenta el problema de definir con propiedad la continuidad para poder valorar su impacto en la salud del paciente (parece que la continuidad del médico disminuye los ingresos y uso de urgencias y mejora la satisfacción del paciente). También se habla de la continuidad de "servicios", de la continuidad desde la perspectiva del paciente y de la continuidad según la enfermedad.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** JG

### S-3.181 *How comprehensive are the basic packages of health services? An international comparison of six health insurance systems*

**(Alemania y Suiza son los países más generosos en servicios médicos)**

**Autores:** Polikowski M, Santos-Eggimann B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Health Serv Res Policy 2002; 7:133-42

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los sistemas de salud responden a culturas diferentes, apropiadas al conjunto de creencias de la población de distintos países. Los autores prepararon un informe para el gobierno suizo, y lo publican ahora, comparando el catálogo de prestaciones en Alemania, Francia, Holanda, Israel, Luxemburgo y Suiza. Asombra leer el texto y comprobar cuán diferentes pueden ser las cosas en los distintos países. Por ejemplo, en Suiza se incluye el "psicodrama", cubierto por el sistema de salud; en Luxemburgo, la queratotomía por láser para la miopía; en Israel, la fertilización *in vitro* para madres solteras.

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** JG

## S-3.182 *Genetics and infectious disease: convergence at the prion*

(Los priones son agentes infecciosos generados por cambios genéticos)

Autores: Goldfarb LG

Revista/Año/Vol./Págs.: Epidemiol 2002; 13:379-81

Calificación: Bueno

**Comentario:** Parece que ya no hay epidemia de "vacas locas" ni casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Al menos los periódicos actúan como si tales cosas hubieran desaparecido. Sin embargo, los priones siguen siendo interesantes, y existen, ¡qué duda cabe! En este trabajo, que comenta otro sobre el kuru, se deja claro que las enfermedades por priones rompen los límites entre agentes infecciosos y alteraciones genéticas. De hecho, el prión es una proteína cuya estructura secundaria se modifica por una mutación en un gen, el PRNP.

Referencias bibliográficas: 19

Revisor: JG

## S-3.183 *On the death of a manuscript*

(El uso de bancos de datos puede llevar a duplicación de trabajos)

Autores: Anónimo

Revista/Año/Vol./Págs.: Epidemiol 2002; 13:495

Calificación: Bueno

**Comentario:** La doble publicación es un continuo problema por el afán de los autores de rentabilizar el trabajo hecho, en general. Este editorial comenta otra doble publicación, que pararon en la "revisión por pares". Uno de los revisores advirtió que el artículo que le mandaban para evaluar utilizaba las mismas fuentes y llegaba a las mismas conclusiones a que había llegado, y publicado, su grupo. El editorial sugiere que las grandes fuentes de datos públicas tengan un lugar en el que dejar constancia de los grupos, y objetivos, que están trabajando con las mismas.

Referencias bibliográficas: 2

Revisor: JG

## S-3.184 *Postmenopausal hormone replacement therapy and the primary prevention of cardiovascular disease*

(Los parches en la menopausia: un peligro evitable)

Autores: Humphrey LL, Chan BKS, Sox HC

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2002; 273-84

Calificación: Excelente

**Comentario:** Las pobres mujeres van al ginecólogo como al matadero. Y no les falta razón. Por ejemplo, los parches con hormonas que les ponen a las menopáusicas, que aumenta la incidencia de patología cardiovascular y de cáncer de mama. Los autores hacen una revisión muy buena y dejan claro que los estudios observacionales, si se corrigen por clase socio-económica, también confirman lo que los ensayos clínicos: las hormonas son peligrosas en la menopausia.

Referencias bibliográficas: 82

Revisor: JG

## S-3.185 *Postmenopausal hormone replacement therapy: how could we have been so wrong?*

(¿Cómo hemos sido tan brutos de recomendar parches a las menopáusicas?)

Autores: Laine C

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2002; 137-290

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Los estudios observacionales tienen graves problemas, como los ensayos clínicos. Uno de ellos, el no corregir por clase socioeconómica, cuando sabemos que los ricos están más sanos. El editorial se dedica a comentar el artículo previo [S-3.184] que demuestra el peligro de utilizar hormonas en la menopausia. Un año de tratamiento, en 10.000 mujeres, da 7 casos más de isquemia coronaria, 8 de ictus, 8 de embolismo pulmonar y 8 de cáncer invasivo de mama. Lo malo fue no corregir por clase socioeconómica en los estudios observacionales (las mujeres más sanas eran las que se ponían los parches, y no a la inversa).

Referencias bibliográficas: 6

Revisor: JG

## S-3.186 *Sustained-release preparations and medications errors*

(El mismo nombre comercial de los medicamentos "retard" lleva a errores frecuentes)

Autores: Bates DW

Revista/Año/Vol./Págs.: J Gen Intern Med 2002; 17:656-7

Calificación: Bueno

**Comentario:** Los errores en la prescripción los detectan muchas veces los farmacéuticos. A menudo corregir el error sobre la marcha, y nada sucede. El editorial comenta un artículo en el mismo número, sobre errores con medicamentos en su presentación "retard". La conclusión es apabullante, dada la frecuencia y gravedad: hay que cambiar el nombre comercial. Es decir, no deberían existir en el mercado las presentaciones A y A retard. Parece drástico.

Referencias bibliográficas: 14

Revisor: JG

## S-3.187 *Radiography for low back pain: an randomised controlled trial and observational study in primary care*

(Una radiografía de rutina no resuelve nada, pero agrada [en el dolor lumbar])

Autores: Kerry S, Hilton S, Dundas D, Rink E, Oakeshott P

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2002; 52:469-74

Calificación: Bueno

**Comentario:** La radiografía lumbar de rutina no tiene utilidad en el estudio del dolor lumbar. Los autores, ingleses, logran la participación de 139 médicos generales que en dos años y medio atendieron a 659 pacientes con un primer episodio de dolor lumbar. A 153 pacientes los incluyeron en un ensayo clínico, con placa lumbar de rutina al grupo de estudio; los otros 506 participaron en un estudio observacional. El realizar la placa no mejoró ni la situación de incapacidad ni el dolor, pero se asoció con una ligera mayor satisfacción.

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

### S-3.188 Primary care referrals for lumbar spine radiography: diagnostic yield and clinical guidelines

(Los médicos generales hacen caso omiso a los protocolos respecto a la lumbalgia)

**Autores:** Hollingworth W, Todd CJ, King H, Males T, Dixon AK, Karia KR, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2002; 52:475-80

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Entre la teoría y la práctica no hay escalones, sino cascadas tipo Iguazú. Lo demuestran los autores, ingleses, con un elegante estudio. No hacen más que seguir la evolución de la solicitud de radiología lumbar por los médicos generales de dos áreas a lo largo de seis años. La publicación de guías/recomendaciones no cambia el uso de la radiología ni aumenta la proporción de pacientes de alto riesgo. Sólo el 2% da imágenes de sospecha; el 40% es totalmente normal.

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** JG

### S-3.189 X rays for back pain?

(¿Placa lumbar para el dolor lumbar? No, gracias)

**Autores:** Little P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2002; 52:534-5

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Con el dolor lumbar no hay quien pueda. Los médicos siguen pidiendo radiografías sin ninguna necesidad. El editorialista sugiere que se piden las placas no por razones médicas, sino para satisfacer al paciente, y demás. Comenta dos trabajos de un número anterior [S-3.187 y S-3.188] de la revista en el que se demuestra que los médicos no siguen las guías y piden más radiología de la necesaria. Insiste en que no hay mucho que hacer, salvo explicar bien las cosas al paciente y seguir con atención el caso si hay "señales de alarma".

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** JG

### S-3.190 Efficacy and safety of COX-2 inhibitors. New data are encouraging but the risk/benefit ratio remains unclear

(Mejor no uses AINE innecesariamente)

**Autores:** Jones R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2002; 325:607-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Dada la frecuencia del dolor osteoarticular es de esperar una prescripción desaforada de analgésicos. Y así sucede, con los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) a la cabeza. El autor del editorial, inglés, valora dos trabajos publicados en ese número del British, sobre la seguridad de los inhibidores selectivos de la COX-2. Aunque el celecoxib y el rofecoxib parecen provocar menos hemorragias gástricas, persisten las dudas tanto por el coste como por sus efectos adversos cardiovasculares. Seguimos pues, sin poder decidir.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** JG

### S-3.191 Observational study of upper gastrointestinal hemorrhage in elderly patients given selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors or conventional non steroidal anti-inflammatory drugs

(Los ancianos tienen, en 6 meses, menos hematemesis con inhibidores de COX-2)

**Autores:** Mandani M, Rochon PA, Juurlink DN, Kopp A, Anderson GM, Naglie G, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2002; 325:624-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) provocan hemorragias digestivas, por lo que conviene no usarlos en ancianos. Existe la esperanza de que los AINE que inhiben la COX-2 provocan menos hemorragias, pero hay dudas. Los autores, canadienses, utilizan datos administrativos de uso durante 6 meses, en mayores de 65 años, de AINE; el diclofenaco multiplica por 3 las hemorragias, con ingreso; el rofecoxib, por 1,9, y el celecoxib, por 1 (igual al no tomarlo). Una cuestión más a aclarar, pues.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** JG

### S-3.192 Which sorts of pharmacies provide more patient counseling?

(La ley de cuidados inversos se cumple también respecto a consejo farmacéutico)

**Autores:** Norris P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Health Serv Res Policy 2002; 7 (S1):23-8

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los farmacéuticos del mundo se están uniendo para transformar su trabajo de "despachadores" en el de profesionales sanitarios. El autor, neozelandés, se pregunta hasta qué punto los farmacéuticos se lo están tomando en serio y emplea a 12 pacientes simulados para comprar dos medicamentos (diclofenaco y antimicótico vaginal) en 180 farmacias de Nueva Zelanda. No hay muchas características que permitan explicar la variabilidad en la cantidad de consejos sobre los dos medicamentos, excepto menos consejos en áreas con más pobres.

**Referencias bibliográficas:** 29

**Revisor:** JG

### S-3.193 Azithromycin for acute bronchitis: a randomized, doubleblind controlled trial

(La vitamina C no vale para nada en la bronquitis, la azitromicina, tampoco)

**Autores:** Erans AT, Husain S, Furairaj L, Sadowski LS, Charles-Damte M, Wang Y

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Lancet 2002; 359:1648-54

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Las bronquitis agudas no son infecciones bacterianas, y no se mejoran con antibióticos. Simple y sencillo, pero ningún médico se lo cree. Los autores, estadounidenses, llevan a cabo un ensayo clínico ingenioso, y comparan la eficacia de la azitromicina con la de la vitamina C (que no vale para nada). No hay diferencias entre ambos medicamentos. De paso, demuestran que el salbutamol inhalado mejora sintomáticamente a los pacientes.

**Referencias bibliográficas:** 43

**Revisor:** JG

### S-3.194 *Lidocaína gel al 2% como paliativo del dolor en el desbridaje de úlceras de piel. Bases para la introducción en el protocolo de enfermería*

**Autores:** Gago M, García RF, Gaztelu V, Claudio JM, Morales A  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Enfermería Científica 2002; 242-3-73-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Hay cosas que no se ponen de moda, por ejemplo, los bloquedores beta en los infartos y en la insuficiencia cardíaca. O la crema EMLA para el dolor superficial (por ejemplo, antes de la venopunción en niños). En este trabajo, gaditano, se valora el dolor en el desbridaje de úlceras de piel en miembros inferiores con el empleo de la crema de lidocaína. La crema baja la estimación del dolor a 3 (sobre 10), frente a 7-8 sin crema. Parece claro, ¿no?

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** JG

### S-3.195 *Consulta de enfermería a demanda: ¿por qué acuden los usuarios?*

**Autores:** Agudo S, González JL  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Enfermería Clínica 2002; 12:104-8

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las consultas de enfermería suelen ser el refugio de pacientes crónicos "obedientes". ¿Hay algo más? Los firmantes, madrileños, intentan responder a la pregunta, y descubren que sólo el 3% de las consultas a demanda, en enfermería en su centro, tienen algo más que protocolos y recetas. El 72% de los pacientes acude a demanda, pero el 58% por protocolos y el 40% por recetas. Es indudable que las enfermeras están siendo infravalorizadas.

**Referencias bibliográficas:** 19

**Revisor:** JG

### S-3.196 *Reporting the recruitment process in clinical trial: who are these patients and how did they get there?*

**(Los pacientes que participan en los ensayos clínicos no se sabe a quién representan)**

**Autores:** Gross CP, Mallory R, Heiat A, Krumholz HM  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med 2002; 137:10-6

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Un problema básico en la validez externa de los ensayos clínicos es la procedencia de la muestra estudiada. La propuesta CONSORT de publicación con criterios explícitos de los ensayos clínicos ha hecho poco por mejorar la descripción. Los autores revisan 172 ensayos clínicos publicados en 1999/2000, para valorar la descripción de la población estudiada. El resultado es penoso; sólo la mitad da información acerca de personas evaluadas para su posible participación, y sólo el 43% informa sobre el número de personas que pasaron ese primer filtro.

**Referencias bibliográficas:** 20

**Revisor:** JG

### S-3.197 *Hemocromatosis: revisión de la enfermedad y presentación de dos casos*

**Autores:** Senderos B, Amundarain J

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Acta Pediatr Esp 2002; 60:385-90

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La hemocromatosis es enfermedad infrecuente, pero no dejan de verse casos. Los autores, madrileños, presentan dos pacientes con hemocromatosis "en cierres" (son niños y no han desarrollado el cuadro clínico), y hacen una pequeña revisión al respecto. Al menos dejan claro que el cribaje poblacional no tiene sentido, por la escasa "penetrancia" de la mutación. Comentan la bioquímica del cuadro clínico, la mutación del gen de la hemocromatosis (HFE) –la más frecuente la mutación 845G → A– que conlleva una alteración en la absorción de hierro, que no se autorregula. La sideremia aumenta.

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** JG

### S-3.198 *A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer*

**(La prostatectomía radical es una barbaridad, aunque el cáncer ya haya dado síntomas)**

**Autores:** Holmgren L, Bill-Axelson A, Helgesen F, Salo JA, Folmerz P, Häggman M, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med 2002;347:781-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Hay que ser nórdico para llevar a cabo este ensayo clínico en el que se le ofrece a varones menores de 75 años con un adenocarcinoma localizado de reciente diagnóstico operarles (prostatectomía) o sencillamente esperar y ver. El beneficio de la intervención es escasísimo; la mortalidad por cáncer de próstata al cabo de los 6 años es de 5% contra 9%, pero la mortalidad global es del 11% (en los operados) contra el 9%. Parece, pues, que esperar y ver es una buena opción. Los autores advierten que los resultados puedan ser mucho peores con cánceres diagnosticados después del cribaje con antígeno prostático específico (PSA), en varones asintomáticos.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** MPF

### S-3.199 *Surgery and the reduction of mortality from prostate cancer*

**(Ante un paciente con cáncer localizado de próstata, prudencia)**

**Autores:** Walsh PC

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med 2002;347:839-40

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Este editorial es un ejemplo de cómo se puede manipular un estudio para que se adapte a nuestros deseos. Comenta el trabajo previo de los escandinavos [S-3.198], que es crítico con la prostatectomía radical, pero el editorialista arriña el ascua a su sardina y termina diciendo que todos los problemas están resueltos, que no produce impotencia (del 14% al 38% en los mejores resultados, y hasta el 90% en otros) ni incontinencia (del 5% al 7% en los mejores resultados, y hasta el 50% en otros).

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** MPF

## S-3.200 *Contacts with varicella or with children and protection against herpes zoster in adults: a case control study*

**(El tener contacto con niños protege contra el herpes zóster a los adultos)**

**Autores:** Thomas SL, Wheeler JG, May AJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Lancet 2002;360:678-82

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Tener hijos y nietos, y tener contactos sociales con niños ayuda a proteger a los adultos contra el herpes zóster, como demuestran los autores, ingleses. El fundamento científico es el efecto de "rebote" que supone el contacto con el virus de la varicela que padecen los niños; dicho contacto aumenta las defensas y disminuye la presentación del herpes. Estudian a 244 pacientes con herpes zóster y 485 controles de 22 centros de salud de Londres, e indagan acerca de los contactos con pacientes de varicela o de herpes zóster en los últimos 10 años.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** MPF

## S-3.201 *Clinical efficacy of 3 days versus 5 days of oral amoxicillin for treatment of childhood pneumonia: a multicentre double-blind trial*

**(Tres días de amoxilina son suficientes para tratar una neumonía infantil no complicada)**

**Autores:** Pakistan Multicentre Amoxicillin Short Course Therapy (MASCOT)

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Lancet 2002;360:835-41

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Como no se sabe cuánto debe durar el tratamiento antibiótico en la neumonía, los autores, paquistaníes, con ayuda de la Organización Mundial de la Salud (OMS), llevan a cabo un ensayo clínico comparando la eficacia de 3 días frente a 5 días de tratamiento. Son con dos grupos de 1.000 niños de 2 a 59 meses, a los que se trató con amoxicilina, 15 mg/kg. Se hizo el diagnóstico clínico, más radiografía de tórax tras entrar en el estudio. Al comparar los resultados, el fracaso del tratamiento no dependió de la duración del mismo, sino de su cumplimiento.

**Referencias bibliográficas:** 36

**Revisor:** MPF

## S-3.202 *Hospitalizaciones en menores de un año en la ciudad de Madrid, y su relación con el nivel social y la mortalidad infantil*

**Autores:** Sarría A, Franco A, Redondo S, García L, Rodríguez A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** An Esp Pediatr 2002;57:220-6

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** El trabajo de Casanovas y Caminal va dando sus frutos, como demuestra este trabajo, madrileño. Es decir, empieza a haber interés por el impacto de las condiciones socioeconómicas en la salud de la población (desigualdades en salud debidas a la pertenencia a una clase social determinada). Lo característico de este trabajo es que se centra en los menores de un año y que utiliza datos de todas las hospitalizaciones. El estudio es ecológico, y demuestra que el 20% de las hospitalizaciones podría evitarlas la Atención Primaria, y que cuando faltan estudios universitarios o aumenta el paro, aumentan los ingresos de niños menores de un año.

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** MPF

## S-3.203 *Cáncer de pulmón y consumo de vegetales en Asturias. Un estudio de casos y controles*

**Autores:** Caicoya M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002; 119: 206-10

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** El cáncer de pulmón en Asturias es más alto que en el resto de España (1,4 veces), siendo el hábito tabáquico igual y el consumo de vegetales menor. En este trabajo se estudia la posible relación entre consumo de vegetales y cáncer de pulmón en Asturias, sin que se haya podido demostrar que dicho consumo disminuya el riesgo. La demostración de la posible relación entre dieta y cáncer, en uno u otro sentido, es difícil, aunque en general se considera que el mayor consumo de fibra, frutas y verduras tiene un efecto beneficioso, sobre todo en el cáncer colorrectal.

**Referencias bibliográficas:** 66

**Revisor:** MARL

## S-3.204 *El resultado intermedio como problema clínico y de salud pública. A propósito de la mortalidad por cerivastatina*

**Autores:** Gérvás J, Pérez M

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2002; 119: 254-9

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Magnífica revisión, científica y ética, sobre la situación que llevó a la retirada de cerivastatina por sus efectos secundarios (incluida mortalidad). Se expone y critica el sistema de autorización de comercialización de nuevos medicamentos (basta con que demuestren mejoras en el resultado intermedio), la no prescripción por parte de los médicos de la mejor opción terapéutica (en la mayoría de boletines terapéuticos se señalaba que cerivastatina no aportaba nada especial) y las técnicas de promoción/comercialización de los medicamentos. Los médicos deberíamos ser más prudentes en el uso de nuevos medicamentos y participar activamente en los sistemas de vigilancia postcomercialización.

**Referencias bibliográficas:** 75

**Revisor:** MARL

## S-3.205 *Cribado de cáncer colorrectal: entre las dudas y la evidencia*

**Autores:** Borrás JM, Espinás JA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit 2002; 16: 285-7

**Calificación:** Informativo

**Comentario:** Editorial en el que se aboga por el inicio de programas piloto para la detección precoz del cáncer colorrectal mediante la detección de sangre oculta en heces (ya iniciado en Cataluña), evaluando la participación, coste y resultados. Existe evidencia de que el cribado puede mejorar de forma efectiva el pronóstico de la enfermedad. No obstante, se señalan los principales problemas: baja sensibilidad del hemocultivo, riesgos de la colonoscopia, limitaciones de la sigmoidoscopia y, sobre todo, la baja aceptación y participación a lo largo del tiempo de la población. En conjunto, el cáncer colorrectal es el más frecuente en España.

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** MARL

### S-3.206 *Lack of evidence-based research for idiopathic low back pain. The importance of a specific diagnosis*

(El dolor de espalda: en búsqueda de un diagnóstico)

Autores: Abraham I, Killackey-Jones B

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2002; 162:1442-4

Calificación: Bueno

**Comentario:** El dolor de espalda es muy frecuente, y muestra ignorancia respecto a su estudio y tratamiento casi total. Los autores publican en la sección de "controversia", y les contesta Deyo [S-3.207]. Lo importante es que defienden una actitud agresiva en el proceso diagnóstico del dolor lumbar, y para ello revisan los estudios básicos al respecto. Aluden al sentido común para defender su postura de búsqueda heroica de una etiqueta, pero no se defienden del todo mal.

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

### S-3.207 *Diagnostic evaluation of LBP. Reaching a specific diagnosis is often impossible*

(Dolor de espalda: en general, no vale la pena buscar un diagnóstico)

Autores: Deyo RA

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2002; 162:1444-7

Calificación: Excelente

**Comentario:** Puesto que el dolor de espalda tiene causas varias, ¿por qué no buscarlas? El autor, un clásico en este campo, rebate los argumentos del artículo anterior [S-3.206] desde el fundamento filosófico de que no todo síntoma requiere una enfermedad. Y lo cierto es que en el dolor de espalda los hallazgos anatómicos y fisiológicos no dicen nada acerca del sufrimiento del paciente. Lo que es peor, la actividad médica diagnóstica y terapéutica «cristaliza» mucho dolor de espalda, lo que provoca invalidez y minusvalía innecesarias. Este texto va seguido de réplica y contra-réplica, hasta la página 1.448.

Referencias bibliográficas: 18

Revisor: JG

### S-3.208 *The new definition of myocardial infarction. Diagnostic and prognostic implications in patients with acute coronary syndromes*

(La troponina añade calidad al diagnóstico de infarto de miocardio)

Autores: Meier MA, Al-Badr WH, Cooper JV, Kline-Rogers EM, Smith D, Eagle KA, et al

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2002; 162:1585-9

Calificación: Bueno

**Comentario:** El diagnóstico de una enfermedad depende de su definición, y su definición es algo arbitrario. Por ejemplo, ahora se ha introducido un nuevo criterio (aumento de troponina) en el diagnóstico de infarto de miocardio. Los autores comparan 224 pacientes con infarto y elevación de la creatinquinasa, con 51 que presentan sólo elevación de la troponina. Estos últimos son de mayor edad, con más morbilidad y peor pronóstico. Parece, pues, que la nueva definición ayuda.

Referencias bibliográficas: 31

Revisor: JG

### S-3.209 *Screening for breast cancer: recommendations and rationale*

(En EE.UU. se recomienda el cribaje de cáncer de mama con mamografía en las mayores de 50 años)

Autores: U.S. Preventive Service Task Force

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2002; 137:344-6

Calificación: Bueno

**Comentario:** La mamografía de cribaje da resultados de dudoso beneficio, de forma que hay discusión acerca de su utilidad. Este artículo resume la recomendación estadounidense que puede leerse en extenso en [www.preventiveservices.ahrq.gov](http://www.preventiveservices.ahrq.gov). Recomiendan la mamografía a intervalos entre 12 y 33 meses, en mujeres entre 50 y 69 años. La exploración manual parece poco útil. También parece poco útil la mamografía de cribaje antes de los 50 años (por la menor incidencia de la enfermedad).

Referencias bibliográficas: 10

Revisor: JG

### S-3.210 *Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Service Task Force*

(El cribaje mamográfico disminuye la mortalidad por cáncer de mama)

Autores: Humphrey LL, Helfand M, Chan BKS, Woolf SH

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2002; 137:347-60

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Lo mejor, en todo, es formarse una opinión propia. Para ello, nada como este trabajo de revisión, que justifica las recomendaciones del trabajo previo [S-3.209]. Los autores localizan los 8 ensayos clínicos sobre eficacia del cribaje del cáncer de mama con mamografía, y los revisan (incluyen una estupenda tabla con los puntos débiles de cada ensayo). Al final, concluyen que el cribaje es eficaz en la disminución de muertes por cáncer de mama: en 14 años hay que cribar a 1.224 mujeres para evitar una muerte (si son menores de 50 años, 1.792 mujeres).

Referencias bibliográficas: 97

Revisor: JG

### S-3.211 *The Canadian National Breast Screening Study-1: breast cancer mortality after 11 to 16 years of follow-up*

(El cribaje de cáncer de mama con mamografía en menores de 50 años es inútil)

Autores: Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2002; 137:305-12

Calificación: Muy bueno

**Comentario:** Parece imposible, pero lo de la mamografía de cribaje sigue coleando. En este caso se presenta un ensayo clínico canadiense de cribaje de mujeres entre 40 y 49 años. Fueron 50.304 voluntarias, entre 1980 y 1985, que se siguieron durante casi 15 años de media, para valorar la incidencia y mortalidad por cáncer de mama. Hubo 105 muertes en el grupo cribado, contra 108 en el control; y 529 cánceres invasivos /71 *in situ*, contra 552 /21 (en el control). La mamografía, pues, es inútil en mujeres de 40 a 49 años.

Referencias bibliográficas: 35

Revisor: JG

## S-3.212 *Screening mammography for younger women: back to basics*

**(Hay que aceptar que las mamografías preventivas no añaden nada en menores de 50 años)**

**Autores:** Sox H

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med 2002; 137:361-2

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Puesto que las mujeres de clase media/alta siguen haciéndose mamografías aunque tengan 30 y 40 años, no está mal que se revise si acierto o yerran. El autor de este editorial comenta el artículo canadiense [S-3.211] y añade consideraciones sobre el sueco, también con mujeres de 40 a 49 años. Se mire como se mire, es una actividad inútil, cuando menos. Todo lo que se diagnostica con mamografía es irrelevante para lograr disminuir la mortalidad por cáncer de mama.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** JG

## S-3.213 *The mammography dilemma: a crisis for evidence-based medicine?*

**(El cribaje mamográfico no tiene quien lo defienda apropiadamente)**

**Autores:** Goodman SN

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med 2002; 137:363-5

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Cuando la discrepancia es irresoluble, hay alguien que es capaz de poner las cosas en su sitio. En este caso, el autor del editorial, de la Johns Hopkins. Compara los resultados variables acerca de la eficacia del cribaje del cáncer de mama con mamografía, y concluye que hay que empezar a olvidar las respuestas si/no. Lo importante es que las mujeres sepan que sólo por ser cribadas aumentan un 30%/40% las intervenciones quirúrgicas mamarias. Y que sepan que las mamografías, aunque sean eficaces, no evitan la mayoría de las muertes por cáncer de mama.

**Referencias bibliográficas:** 16

**Revisor:** JG

## S-3.214 *Effect of student involvement on patient perceptions of ambulatory care visits*

**(La presencia del estudiante en la consulta, a veces no deseada)**

**Autores:** Gress TW, Flynn JA, Rubin HR, Simonson L, Sisson S, Thompson T, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Gen Intern Med 2002; 17:420-7

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los estudiantes y residentes llenan nuestras consultas. ¿Qué implica una tercera persona en formación? Los autores distribuyen a 134 estudiantes en dos grupos, al azar, y encuestan y entrevistan a los pacientes tras la consulta. El grado de satisfacción es similar con y sin estudiante, pero si se pregunta directamente, hasta al 30% no le gustaría que estuviera el estudiante otra vez en la consulta.

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** JG

## S-3.215 *Determination of the clinical importance of study results. A review*

**(La importancia clínica de los estudios estadísticamente significativos)**

**Autores:** Man M, Laupacis A, O'Rourke K, Molnar FK, Mahon J, Chan KB, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Gen Intern Med 2002; 17:469-76

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Nos atiborran de números y estadísticas hasta emborracharnos como los borrachos que los generan. Terminamos confundiendo calidad con cantidad, y "estadísticamente significativo" con "clínicamente importante", como se dedican a analizar los autores, canadienses. Hacen una revisión precisa que hay que leer subrayando, pero vale la pena. Lo importante es forzar a que se hable en los ensayos acerca de su pertinencia clínica, y que se valore su grado de "diferencia mínima clínicamente importante", para dejar aparte la brutalidad de las p y otras pruebas estadísticas.

**Referencias bibliográficas:** 52

**Revisor:** JG

## S-3.216 *A randomized trial using computerized decision support to improve treatment of major depression in primary care*

**(Las alertas y consejos en la historia clínica informatizada no mejoran la atención a los depresivos)**

**Autores:** Rollman BL, Hanusa BH, Lowe HJ, Gilbert T, Kapoor WN, Schulberg HC

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Gen Intern Med 2002; 17:493-503

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Los hay que esperan todo de la informática, como otros lo esperan de la religión. En ambos casos hay que tener un cierto escepticismo; respecto al primero, los autores llevan a cabo un trabajo interesante, con cribaje de los pacientes de 18 a 64 años, diagnóstico de los que padecen depresión mayor, y reevaluación a los 3 y 6 meses según sus médicos recibieran mensajes y alertas en la historia clínica electrónica del paciente. Mejoran igual, y toman medicamentos similares.

**Referencias bibliográficas:** 49

**Revisor:** JG

## S-3.217 *From general practice to primary care: the industrialization of family medicine in Britain*

**(La industrialización de la Medicina: el Reino Unido como ejemplo)**

**Autores:** Iliffe S

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Public Health Policy 2002; 23:33-43

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las organizaciones sanitarias están vivas, y evolucionan (aunque a veces algunas parecen muertos vivientes). El autor estudia someramente la evolución de la Medicina General en el Reino Unido, con énfasis en los procesos de industrialización; por ejemplo, la internalización del mercado, que era casi inexistente en los 50 y ha llevado a los grupos de Atención Primaria, en el comienzo del nuevo siglo. Respecto a incentivos, desde muy limitado, hasta el pago por objetivos. En fin, un texto curioso.

**Referencias bibliográficas:** 15

**Revisor:** JG