

Con la colaboración de



### S-3.458 *A case-control study on the effect of hormone replacement therapy on ischemic heart disease*

**(La terapia hormonal no disminuye sino aumenta la patología isquémica en las menopáusicas)**

**Autores:** Hippisley J, Pringle M, Crown N, Coupland C

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Br J Gen Pract* 2003;53:191-6

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Caben ya pocas dudas acerca de la peligrosidad de la terapia hormonal en la menopausia, y los autores, ingleses, remachan a los que todavía abogan por algo así. Este trabajo es sencillo y elegante, hecho en Medicina General, sobre una población total de casi seis millones. Los centros participantes identificaron a 417 mujeres con isquemia coronaria, que se compararon con 2.435 controles, de la misma edad y sexo y mismo centro de salud. Se ajustó por diabetes, hipertensión, tabaquismo, y peso. La terapia hormonal aumenta la incidencia de patología isquémica, sin que sea "significativo".

**Referencias bibliográficas:** 25

**Revisor:** MPF

### S-3.459 *Effect of false positive mammograms on return for subsequent screening mammography*

**(Un falso positivo en el cribaje del cáncer de mama se asocia a más cumplimiento en las siguientes citas)**

**Autores:** Pinckney RG, Geller BM, Burman M, Littenberg B

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2003; 114:120-5

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Las mujeres somos carne de cañón para los médicos, como se demuestra en este trabajo, yanqui, hecho con un registro de cribaje mamográfico y otro asociado de cáncer de mama. Se estudia el comportamiento de las mujeres que han tenido un falso positivo (una alarma innecesaria que lleva a múltiples intervenciones para aclararlo). Como es natural, hay más falsos positivos entre las mujeres más jóvenes, pero lo curioso es que la experiencia no vale para nada, al revés, lo que hace que las mujeres con falsos positivos vuelvan más a la revisión siguiente. Somos masoquistas.

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** MPF

### S-3.460 *Atrial fibrillation as a risk factor for stroke recurrence*

**(La fibrilación auricular es un factor de riesgo para el ictus y para la recurrencia del ictus)**

**Autores:** Penado S, Cano M, Acha O, Hernández JL, Riancho JA

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2003;114:206-10

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Los ictus se pueden prevenir en los pacientes con fibrilación auricular si podemos anticoagular o antiagregar, pero además, como demuestran los autores, españoles de Santander, se pueden evitar las recidivas. Estudian retrospectivamente 915 casos de pacientes de 50 a 94 años ingresados en el Hospital de Valdecilla por ictus, entre 1992 y 1994. De estos se siguieron hasta octubre de 2000 al 83%. Sobrevivieron al primer ictus 829 pacientes, y tuvieron otro ictus 163 (20%). De los 203 con fibrilación auricular, el 27% tuvo otro ictus si no se le anticoaguló; los anticoagulados tuvieron una recurrencia en el 18% de los casos.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** MPF

### S-3.461 *Screening for diabetic retinopathy in James Bay, Ontario: a cost effectiveness analysis*

**(La fotografía retiniana, mucho mejor que la revisión por el oftalmólogo en el cribaje de la retinopatía diabética)**

**Autores:** Maberley D, Walker H, Koushik A, Cruess A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CMAJ* 2003;168:160-4

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** La tecnología suele beneficiar a los pacientes y a los médicos generales si se aplica correctamente, como demuestran los autores, canadienses. Aplican al diagnóstico precoz de la retinopatía diabética una máquina de fotografías digital, que ni siquiera requiere dilatar la pupila, y lo comparan con el proceso habitual. Es un caso peculiar, de atención a esquimales (*Canada' First Nations population*), en un lugar remoto, al que se desplaza el oftalmólogo cada seis meses. Frente a no hacer nada, la fotografía digital salva 67 años de ceguera en 10 años, sobre 650 diabéticos (99% tipo 2), comparado con 56 el oftalmólogo.

**Referencias bibliográficas:** 35

**Revisor:** MPF

### S-3.462 *Infección neumocócica en el ámbito extrahospitalario: aproximación para la mejora en la elección del tratamiento antibiótico*

**Autores:** Oteo J, Alós JI

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 297-302

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Tras una excelente revisión de los aspectos microbiológicos relacionados con las infecciones neumocócicas, se proponen unas pautas iniciales de tratamiento empírico para algunas de las infecciones comunitarias más frecuentes: otitis - sinusitis (amoxiclavulánico y en caso de alergia, macrólidos en niños y telitromicina en adultos); agudización EPOC (amoxiclavulánico, moxifloxacino, levofloxacino, telitromicina, azitromicina); NAC "típica" (amoxiclavulánico, moxifloxacino, telitromicina); NAC no "típica" (moxi o levofloxacino, macrólidos).

Siempre tras una correcta valoración del enfermo y de la necesidad de antibióticos.

**Referencias bibliográficas:** 60

**Revisor:** MARL

### S-3.463 *Tratamiento de la insuficiencia cardíaca en régimen de hospitalización a domicilio. Estudio de 158 pacientes*

**Autores:** Mendoza H, Regalado J, Altuna E, Cía JM, Aros F, Lopetegui P

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2003; 120:405-7

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Para muchos pacientes (pero no para todos), lo ideal sería poder permanecer en su domicilio, incluso cuando están enfermos y podrían evitar la hospitalización, siempre que puedan recibir una atención adecuada. Este estudio se ha llevado a cabo en el Hospital de Txagorritxu de Vitoria, y concluyen que la hospitalización a domicilio es una alternativa válida a la hospitalización en pacientes seleccionados con insuficiencia cardíaca descompensada. Sin duda es importante que el paciente sea bien atendido en su casa y tenga la tranquilidad de "tener las puertas del hospital abiertas".

**Referencias bibliográficas:** 23

**Revisor:** MARL

### S-3.464 *Resultados de dos programas con intervención domiciliar dirigida a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica evolucionada*

**Autores:** Pascual T, Badía J, Marrades RM, Hernández C, Ballester E, Fornas C, et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2003; 120:408-11

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Estudio de intervención realizado en Barcelona, tendente a disminuir la estancia media hospitalaria de pacientes con EPOC reagudizada (mediante alta precoz y seguimiento domiciliario desde el hospital), y un programa de prevención de reagudizaciones (e ingreso). Consiguen buenos resultados desde el servicio de Neumología del Clínico, aunque, como en la cita anterior, la cuestión es si en todo esto puede desempeñar algún papel importante la Atención Primaria. Estoy convencido de que sí, siempre que contase con los recursos necesarios (formación, tiempo, ganas, incentivos, reconocimiento, etc).

**Referencias bibliográficas:** 24

**Revisor:** MARL

### S-3.465 *Fenotipos de resistencia en aislamientos urinarios de Escherichia coli en la comunidad: implicaciones terapéuticas*

**Autores:** Alonso M, Abad MI

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2003; 120:361-4

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Las bacterias son muy listas, y suelen responder a los antibióticos generando mecanismos de resistencia. En el Area 11 de Madrid *E. coli* (bacteria más frecuentemente implicada en las infecciones urinarias) presenta resistencia a ampicilina en el 57% de los casos, a cotrimoxazol 29%, cefuroxima 24%, amox-clavulánico 27%, quinolonas 16%, nitrofurantoina 5%, fosfomicina 4%. Aunque estos datos no son extrapolables, sí llaman la atención sobre la resistencia a ce-

pas de segunda generación, amox-clav y quinolonas, que son lo más utilizado.

**Referencias bibliográficas:** 27

**Revisor:** MARL

### S-3.466 *Advice for young physicians*

**(Consejos para un novel médico: sentido común y sentido común)**

**Autores:** Alper JS

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Arch Intern Med* 2003; 163:12-4

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** De los viejos vienen a veces buenos consejos. En este texto inusual un médico con amplia experiencia clínica da diez consejos llenos de sentido para cualquier joven recién licenciado (y para cualquiera que quiera oírlos). Por ejemplo "lo más frecuente es lo que más se ve", que quiere decir, que ante una esplenomegalia en un país desarrollado se debe pensar en hipertensión portal, mononucleosis o enfermedad hemática (no en paludismo ni kala-azar). Son cosas simples. O, por ejemplo "oír al paciente, que tiene la clave", que quiere decir que las presentaciones atípicas de enfermedad lo son más cuanto menos se oiga al paciente.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** JG

### S-3.467 *A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin*

**(Muchas fiebres de origen desconocido curan solas)**

**Autores:** Mourand O, Palda V, Detsky AS.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Arch Intern Med* 2003; 163:545-51

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Hablamos de fiebre de origen desconocido ante el paciente con más de 38.3°C durante más de 3 semanas, en el que no se encuentra la causa tras una semana de estudios. Revisan la literatura de 1966 a 2000, y valoran la utilidad de las pruebas diagnósticas. El patrón diagnóstico ha variado a lo largo de los años, pero es tranquilizador que la historia natural lleva a la recuperación espontánea del paciente en un 51-100% de los casos, y sólo tienen fiebre persistente entre el 0 y el 30%. Recomiendan un algoritmo diagnóstico que se inicia con la suspensión de toda la medicación, y sigue con tomografía axial computarizada abdominal y gammagrafía con tecnecio.

**Referencias bibliográficas:** 61

**Revisor:** JG

### S-3.468 *Risk for myopathy with statin therapy in high-risk patients*

**(Antes de prescribir una estatina piensa en una rabdomiólisis)**

**Autores:** Ballantine CM, Corsini A, Davidson MH, Holdaas H, Iscoboson TA, Leitersdorf E, et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Arch Intern Med* 2003; 163:553-64

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Las estatinas pueden producir rabdomiólisis mortal, como ha demostrado claramente la toxicidad de la cerivastatina (que puede llegar a hundir a Bayer, por las indemnizaciones). Los autores, con apoyo económico de Novartis, hacen una buena revisión y aconsejan sobre cómo evitar el problema. Todas las estatinas pueden tener interacción con los fibratos, ácido nicotínico, ciclosporina, anticoagulantes y digoxina. Se debería evaluar la

función hepática, renal y tiroidea antes de prescribir. Son pacientes de alto riesgo las ancianas, los diabéticos con fallo hepático, los con insuficiencia hepática o con hipotiroidismo y otros.

**Referencias bibliográficas:** 5

**Revisor:** JG

### S-3.469 *C-reactive protein and the risk of cardiovascular mortality*

**(La proteína C reactiva, acompañante ¿y causa? de la isquemia de miocardio)**

**Autores:** Niessen HWM, Hack CE.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Med* 2003; 114:241-2

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** La proteína C reactiva es un marcador de la fase aguda de la reacción inflamatoria. Se produce en el hígado, y aunque se descubrió en pacientes en recuperación tras infección neumocócica tiene papeles varios, mal conocidos. Los autores comentan otro artículo en este mismo número de la revista en el que se asocia la proteína C reactiva a la mortalidad cardiovascular en mujeres. Puede ser de causa indirecta (aumenta por la reacción inflamatoria en la placa de ateroma) o de causa directa (provocando el evento que lleva a la isquemia).

**Referencias bibliográficas:** 17

**Revisor:** JG

### S-3.470 *Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet. Recommendations and rationale*

**(Aconseja una dieta sana, pero sé escéptico respecto a la utilidad del consejo)**

**Autores:** U.S. Preventive Services Task Force

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Prev Med* 2003; 24:93-100

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** ¿Sirve de algo recomendar una dieta sana en Atención Primaria a pacientes no seleccionados? Los autores, gringos, contestan que no hay pruebas ni a favor ni en contra. Parece bonito, y de hecho lo solemos hacer todos, bien en general, bien en algunos pacientes concretos, como diabéticos, hipertensos, infartados y demás. Otra cosa es que sea útil y que sirva para algo al paciente. No hay pruebas, ni siquiera en estudios observacionales; los datos son muy escasos y limitados en tiempo, lugar y tipo de paciente.

**Referencias bibliográficas:** 54

**Revisor:** JG

### S-3.471 *Family history of colon cancer. What does it mean and how is it useful?*

**(Excepto en dos enfermedades hereditarias de cáncer de colon, en los demás casos la genética tiene poca importancia)**

**Autores:** Keku TO, Millikan RC, Martin C, Rakhra, Burris TK, Sandler RS.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Prev Med* 2003; 24:170-6

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Conocemos mal la historia natural del cáncer de colon, por lo que poco podemos saber sobre sus causas, genéticas y ambientales. Los autores, de Carolina del Norte, aprovechan los datos de un estudio de casos-control para valorar la importan-

cia de la historia familiar de cáncer (con exclusión de la poliposis adenomatosa familiar – gen APC y el cáncer de colon hereditario no poliposo –genes hMSH1 y hMLH2; los tres muy penetrantes). De los genes de poca penetrancia (NAT1, NAT2, MTHFR y PPARG) sólo el NAT2 tiene alguna importancia, escasa en este trabajo.

**Referencias bibliográficas:** 31

**Revisor:** JG

### S-3.472 *Achieving utility with family history. Colorectal cancer risk*

**(La historia familiar de cáncer de colon: interesante, pero no determinante)**

**Autores:** Bowen DJ, Ludman E, Press N, Vu T, Burke W.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Am J Prev Med* 2003; 24:93-177-82

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los médicos tendemos a creer que el conocimiento conlleva acción, sin darnos cuenta que es falso incluso en nosotros mismos. Este es uno de los asuntos que discuten los autores, pues demuestran que no está claro que los pacientes cambien sus hábitos de conducta tras recibir información acerca de su riesgo genético. El texto es muy estadounidense, ya que entra en consideración extensa con tener / no tener seguro médico y el coste de los servicios. Pero es interesante y se presenta al hilo de la consulta de una paciente.

**Referencias bibliográficas:** 46

**Revisor:** JG

### S-3.473 *Colorectal cancer screening in Canada. It's time to act*

**(La prevención del cáncer de colon en Canadá)**

**Autores:** Schabas RE

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CMAJ* 2003; 168:178-9

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Casi a diario se hace una nueva propuesta de cribaje. A este paso nuestros pacientes van a vivir para ser cribados. El autor, canadiense, revisa la cuestión del cribaje del cáncer de colon con la detección de sangre oculta en heces, y se muestra a favor del cribaje. Los problemas de fondo son los de siempre, transformar los pobres resultados de los ensayos clínicos en que se ha demostrado la utilidad de la detección de sangre oculta en heces en verdades en la práctica clínica diaria. No es fácil. Hay que mejorar el cumplimiento, y hay que controlar la calidad de la cadena diagnóstica (lo que incluye la colonoscopia subsiguiente).

**Referencias bibliográficas:** 21

**Revisor:** JG

### S-3.474 *Medical journals: evidence of bias against the diseases of poverty*

**(Racismo institucional en las revistas científicas médicas)**

**Autores:** Horton R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2003; 361:712-3

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** La ciencia siempre se presenta con un aura de neutralidad. Falsa neutralidad, obviamente. Por ejemplo, el director del Lancet revisa la composición del comité de las cinco revistas médicas más conocidas del mundo y demuestra que casi todos sus miembros son de países desarrollados, y casi todos de la nación en que se edita la revista (menos el BMJ, 35% y el pro-

pio Lancet, 25%). Además, las cinco revistas casi no publican artículos sobre enfermedades de los pobres. ¿Qué concluir? "Racismo institucional", demasiado duro, pero la verdad.

**Referencias bibliográficas:** 11

**Revisor:** JG

### S-3.475 *Measles: not just another viral exanthem*

**(El sarampión, algo más que un exantema vírico)**

**Autores:** Duke T, Mgone CS.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Lancet* 2003;361:763-73

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los brotes de sarampión nos van a azotar si no cambiamos y mejoramos nuestro calendario. Un buen ejemplo fue el brote de Almería, con una mujer joven muerta por neumonía (la neumonía es la causa más frecuente de muerte asociada al sarampión). Los autores, de Australia y Nueva Guinea, hacen una bonita revisión del problema tanto en países desarrollados como en los países pobres. La cuestión clave es lograr vacunar a los marginados, a las bolsas de niños y adolescentes que no se vacunan a ninguna edad. Quizá, como sugieren, habría que cambiar o añadir una campaña de masas, cada tantos años, al calendario vacunal habitual.

**Referencias bibliográficas:** 142

**Revisor:** JG

### S-3.476 *What doctors and managers can learn from each other. A lot*

**(Médicos y gerentes: tenemos que aprender los unos de los otros)**

**Autores:** Smith R

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003; 326:610-1

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Lo habitual es que los médicos piensen mal de los gerentes; y viceversa. Una típica tontería de las muchas que llevan nuestras vidas, con graves consecuencias para nuestros pacientes. En este editorial el director del *British* aprovecha su doble experiencia de médico clínico y de gerente (hizo un curso de MBA "Master in Business Administration") para escribir un texto que hace pensar. La clásica oposición médico clínico-gerente es una tontería que no ayuda a ni a los médicos ni a los gerentes ni a los pacientes. Es hora de que empechemos a respetarnos mutuamente, a entendernos y a colaborar.

**Referencias bibliográficas:** 4

**Revisor:** JG

### S-3.477 *Inhaled glucocorticoids versus leukotriene receptor antagonists as single agent asthma treatment: systematic review of current evidence*

**(Los corticoides inhalados mucho mejor que los antagonistas de los receptores de leucotrienos)**

**Autores:** Ducharme FM

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003; 326:621-3

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** En el mercado siempre aparecen cosas nuevas y uno se pregunta cómo se autoriza su venta. Su venta y su propaganda, que va siempre mucho más allá de lo autorizado. El autor se pregunta si es mejor el viejo inhalador con glucocorticoide (beclometasona, 400 mg/día) que el nuevo antagonista del receptor de leucotrieno. Revisa la literatura y encuentra 13

ensayos clínicos (1 en niños). Los corticoides en inhalador conllevan menos exacerbaciones del asma, menos uso de  $\beta_2$  agonista de rescate, mayor recuperación de volumen espiratorio forzado, menos asma nocturno y menos tasa de abandono.

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** JG

### S-3.478 *Primary care in the United States. Organization of primary care in the United States*

**(Los médicos generalistas de los Estados Unidos no hacen visitas a domicilio y no son filtro para los especialistas)**

**Autores:** Bindman AB, Meted A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003; 326:631-4

**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los gringos siempre están vendiéndose a sí mismos, especialmente porque saben escribir y hablar en inglés. Así que de vez en cuando conviene verlos con un poco de distancia, como hacen en este artículo. La cuestión es que los médicos gringos siguen trabajando en solitario hasta en un 35% de los casos, que el movimiento del médico de primaria como filtro ("gatekeeping") ha fracasado, que les están imponiendo el "manejo de casos", lo que conlleva una atención en paralelo, y que ven a muchos pacientes sin cobrar un duro (porque no tienen ningún seguro médico).

**Referencias bibliográficas:** 28

**Revisor:** JG

### S-3.479 *The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital*

**(Casi el 20% de los pacientes dados de alta tienen efectos adversos relacionados con la hospitalización)**

**Autores:** Foster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2003; 138:161-7

**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Hay cosas peligrosas en la vida de los pacientes como consecuencia de su relación con el sistema sanitario. Una de ellas es el alta hospitalaria; estar en el hospital es peligroso *per se*, pero dejarlo es todavía más peligroso. Los autores, canadienses y gringos, siguen a 400 pacientes consecutivos dados de alta en Medicina Interna de un hospital universitario. En las tres semanas siguientes el 19% de los pacientes tuvieron un resultado adverso en conexión con el alta, de los que el 12% puede ser evitado o disminuido preventivamente. Lo más frecuente son los efectos adversos relacionados con medicamentos.

**Referencias bibliográficas:** 18

**Revisor:** JG

### S-3.480 *Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: recommendations and rationale*

**(No hay fundamento para el cribaje de la diabetes)**

**Autores:** US. Preventive Task Force

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2003; 138:212-4

**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** De vez en cuando alguien pone las cosas en su sitio y sirve de ayuda a tanta presión desordenada de los espe-

cialistas. En este trabajo, gringo, se resume la posición en contra del cribaje de diabetes en adultos asintomáticos, pues nadie ha probado que se beneficie al paciente. Otra cosa es, y la recomiendan, buscar la diabetes en pacientes hipertensos y/o hiperlipidémicos, cosa que ya hacemos desde hace tiempo. El texto se puede obtener en la red ([www.preventiveservices.ahrq.gov](http://www.preventiveservices.ahrq.gov)) junto con toda la bibliografía que da pie a la decisión.

Referencias bibliográficas: 3

Revisor: JG

### S-3.481 *The health care system under French national health insurance: lessons for health reform in the United States*

(El sistema francés: pago con reembolso, pero todo el mundo contento)

Autores: Rodwin VG

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Public Health* 2003; 93:31-7

Calificación: Bueno

Comentario: El sistema sanitario francés fue calificado por la OMS como el mejor del mundo, en su informe polémico del 2001. Sea cierto o falso, hay que reconocer muchas virtudes a un sistema que cubre a toda la población, da amplísima libertad de elección, no excluye a proveedores privados y tiene a todo el mundo contento con un gasto del 9,5% del PIB. El autor hace un examen resumido del sistema francés y se fija en lo que puede ser interesante para EE.UU. Desde luego, el ser un sistema de reembolso no contribuye a la equidad.

Referencias bibliográficas: 60

Revisor: JG

### S-3.482 *Insights from health care in Germany*

(El sistema alemán: muy generoso y muy descentralizado)

Autores: Altenstetter C

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Public Health* 2003; 93:38-44

Calificación: Muy bueno

Comentario: Los sistemas de salud no brotan de la tierra, sino de la historia. Este texto sobre el sistema sanitario alemán es muy bueno por incluir un apartado acerca de la historia y de cómo el cubrir a toda la población y ofrecer una generosa cobertura (muchísimo mayor que en España, e incomparable con EEUU) no es una cosa de izquierdistas solo, sino de las iglesias, de los gobiernos federales, de los sindicatos y de una sociedad conservadora. Además, se intentan hacer cosas interesantes, como cerrar el presupuesto de medicamentos. El texto incluye una tabla con co-pagos, muy interesante.

Referencias bibliográficas: 32

Revisor: JG

### S-3.483 *Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA Study*

(Los viejos, lo mejor hacer ejercicio físico y no fumar)

Autores: Haveman-Nies A, Grootz CPGM, Staveren WA.

Revista/Año/Vol./Págs.: *Am J Public Health* 2003; 93:318-23

Calificación: Bueno

Comentario: Los ancianos se deterioran inevitablemente. ¿Pueden hacer algo para que se retrase la cosa? Los autores, holandeses, presentan los resultados del seguimiento durante 10 años de ancianos de 70 a 75 años entrevistados en 1988, 1993 y 1999; empiezan 759 varones y 778 mujeres y murieron en esa década la mitad de los primeros y un cuarto de las féminas. De los datos de 216 varones y 264 mujeres a lo largo de la década se deduce que mantener la actividad física y no fumar es lo mejor. De España participó Betanzos (Galicia).

Referencias bibliográficas: 45

Revisor: JG

### S-3.484 *Lung cancer screening with helical computed tomography in older adults smokers. A decision and cost-effectiveness analysis*

(La prevención del cáncer de pulmón con la TAC helicoidal, una barbaridad)

Autores: Mahadevia PJ, Fleisher LA, Friek KD, Eng J, Goodman SN, Powe NR.

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2003; 289:313-22

Calificación: Excelente

Comentario: Fuma quien quiere, una vez que ha sido captado por la industria tabaquera. Es decir, es una adicción a una droga, sin más. Ahora se "vende" en EE.UU. (y en España) que se puede cribar a los fumadores y así diagnosticar antes los cánceres de pulmón. Los autores, de la Universidad Johns Hopkins demuestran con números que es una locura que lo de la TAC helicoidal se "venda" a pacientes y a médicos, pues para 100.000 personas se reducen 553 muertes por cáncer con 1.186 falsos positivos (cirugía para aclararlo), y a un coste de 116.300 dólares por AVAC para el fumador de 60 años. Una locura.

Referencias bibliográficas: 52

Revisor: JG

### S-3.485 *Lung cancer screening at any price?*

(En el futuro, a lo mejor la TAC helicoidal sirve para prevenir cánceres de pulmón)

Autores: Grann UR, Neugut AI

Revista/Año/Vol./Págs.: *JAMA* 2003; 289:357-8

Calificación: Informativo

Comentario: A veces el comentario de un texto con resultados originales añade poco a lo dicho en el texto comentado [S3484]. El editorial sobre la prevención secundaria del cáncer de pulmón con TAC helicoidal es un buen ejemplo. El autor añade poco, pero es interesante saber que hay quien piensa que todo es cuestión de tiempo y que la eficacia de la TAC helicoidal se mejorará pronto y entonces será útil. Puede ser. Lo malo es que por ahora es peligroso (los falsos positivos se resuelven a través de una intervención quirúrgica).

Referencias bibliográficas: 20

Revisor: JG

### S-3.486 *Equity in Canadian health care: does socioeconomic status affect waiting times for elective surgery?*

(En Canadá los ricos están el mismo tiempo en la lista de espera de cirugía que los pobres)

Autores: Shortt SED, Shaw RA

Revista/Año/Vol./Págs.: *CMAJ* 2003;168:413-6

Calificación: Excelente

**Comentario:** Las diferencias socioeconómicas son durísimas de ver en la consulta, porque no puedes hacer casi nada, así que da gusto leer este artículo en el que se presentan datos que demuestran la ausencia de impacto de la clase social en el tiempo de permanencia en las listas de espera. Utilizaron los datos de tiempo de espera en cirugía en todos los hospitales docentes canadienses entre 1992 y 1999, y comparan el tiempo entre pacientes que viven en barrios ricos y barrios pobres. Son 31,1 días contra 29,3. Sólo para las prostatectomía se demuestra menos tiempo en los barrios ricos (4,4 días).

**Referencias bibliográficas:** 33

**Revisor:** MPF

### S-3.487 *Why general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study*

**(Los médicos generales ingleses prescriben antibióticos para el dolor de garganta cuando creen que es correcto, sin tautologías)**

**Autores:** Kumar S, Little P, Britten N

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003;326:138-41

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** El uso de antibióticos es manifiestamente mejorable, pero no es fácil hacerlo en la práctica, como se deduce del análisis de las entrevistas a 40 médicos generales ingleses. Los médicos responden con mucha sinceridad y dicen las cosas que todos pensamos. Por ejemplo, que no es fácil saber a quién le beneficiará, así que si el aspecto del paciente es de gravedad, parece prudente recetar antibióticos, por más que la causa sea vírica casi siempre. Lo que se emplea mucho es el recetar los antibióticos y pedirle al paciente que aguante un poco y no los compre salvo que la cosa vaya a peor.

**Referencias bibliográficas:** 10

**Revisor:** MPF

### S-3.488 *Transferability of principles of evidence based medicine to improve educational quality: systematic review and case study of an online course in primary health care*

**(Es difícil pasar de la teoría a la práctica en la Medicina Basada en Pruebas)**

**Autores:** Greenhalgh T, Toon P, Russell J, Wong G, Plumb L, MacFarlane F

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003;326:142-5

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Hay quien cree que lo difícil es producir conocimiento sobre cómo trabajar bien, sin darse cuenta, como demuestran los autores, ingleses, que lo difícil es trabajar bien. Aprovechan para presentar su curso en la Red, sobre Atención Primaria, adaptable a todos los profesionales, y al que se apuntan ingleses y europeos en general ([www.ucl.ac.uk/onlinelearning/msc/index.html](http://www.ucl.ac.uk/onlinelearning/msc/index.html)). Revisan todo lo que se ha hecho en la Red y sólo encuentran un ensayo clínico bien hecho (lo de la educación de los médicos es un campo vacío, lleno de falsas promesas). Lo difícil para ellos fue establecer un marco teórico acerca de las preguntas que querían responder los alumnos.

**Referencias bibliográficas:** 22

**Revisor:** MPF

### S-3.489 *Making decisions about hormone replacement therapy*

**(¿Terapia hormonal en la menopausia? Como mucho, para la osteoporosis)**

**Autores:** Rymer J, Wilson R, Ballard K

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003;326:322-6

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** La terapia hormonal en la menopausia forma parte del encarnizamiento terapéutico contra las mujeres, aunque los autores, ingleses, intenten defenderla. No es extraño, pues se dedican a llevar una clínica para mujeres en el climaterio (no entiendo esa especialización, pero hay médicos para todo). El texto no está mal, y deja las cosas claras respecto a muchas cosas, como por ejemplo al peligro que introducen las hormonas para el corazón de las pacientes (más infartos) y las mamas (más cáncer). Respecto a la osteoporosis, admiten su uso si hay osteoporosis o factores de riesgo.

**Referencias bibliográficas:** 34

**Revisor:** MPF

### S-3.490 *Neumonía adquirida en la comunidad. Fundamentos del tratamiento*

**Autores:** Álvarez CJ

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27:1-10

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Revisión de los fundamentos del tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), teniendo en cuenta la etiología más probable (neumococo, *C. pneumoniae*, *M. pneumoniae*) y las resistencias bacterianas esperables. Según los ensayos clínicos, aminopenicilinas, cefalosporinas, macrólidos y fluorquinolonas son buenos tratamientos en general, aconsejándose unos u otros en función de diversos factores. Los pacientes mayores, con comorbilidad, gravedad clínica o problemas para tratarse en casa deberían ingresar. Es aconsejable realizar radiografía de torax a las 6 semanas. Se dispone además de un nuevo antibiótico efectivo como es telitromicina.

**Referencias bibliográficas:** 26

**Revisor:** MARL

### S-3.491 *Neumonía adquirida en la comunidad*

**Autores:** Anónimo

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Red de Médicos Centinelas de Castilla y León* 2003;51:6-7

**Calificación:** *Informativo*

**Comentario:** La red de médicos centinelas de Castilla y León registró 183 episodios de neumonía en 2003 (223 casos por 100.000 habitantes). El 61% se diagnosticaron en atención primaria o ambulatoria y el 39% en urgencias hospital. Ingresaron el 37%. La mayoría (71,3%) habían tenido síntomas previos de IRA o síndrome gripal (durante una media de 6 días), tratándose con antibióticos antes del diagnóstico de neumonía el 57%. La radiografía de tórax es la principal prueba para el diagnóstico. Las urgencias hospitalarias son un lugar frecuente de diagnóstico, y el tratamiento de IRA y síndromes gripales con antibióticos, también.

**Referencias bibliográficas:** 0

**Revisor:** MARL

### S-3.492 *Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad*

**Autores:** Grau A, Suñer R, Abulí P, Comas P  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2003; 120:370-75  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** ¿Son los enfermos más graves "físicamente" los que tienen más ansiedad y depresión? Según los resultados de este estudio realizado en pacientes hospitalizados en Medicina Interna, no. Pero la ansiedad y depresión en estos pacientes es muy frecuente, sobre todo en mujeres (40% y 32% respectivamente), lo que hace sentirse más grave, facilita un mayor deterioro funcional y una peor calidad de vida. ¡Qué malas pasadas juega la cabeza! Quizá una buena relación y comunicación médico-paciente podría mejorar este panorama, pero actualmente es tan frecuente el malestar psíquico...

**Referencias bibliográficas:** 34  
**Revisor:** MARL

### S-3.493 *Evaluación del cumplimiento de los objetivos de control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Estudio TranSTAR.*

**Autores:** de la Calle H, Costa A, Díez-Espino J, Franch J, Goday A  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Clin (Barc)* 2003; 120(12):446-50  
**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** El estudio TranSTAR es el primer estudio nacional de casos y controles realizado a través de Internet, que ha aportado información sobre el grado de control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus, con unos resultados bastante deficientes. La mayoría de los diabéticos tienen un mal control glucémico (más del 80%), lipídico (el 63,3%) y de la tensión arterial (69,5%); el 18,8% tiene hemoglobina glucosilada superior a 8%. Quizá las cifras que se plantean de "buen control" sean bastante exigentes y a menudo difíciles de conseguir, pero se debería intentar.

**Referencias bibliográficas:** 25  
**Revisor:** MARL

### S-3.494 *Medicare quality improvement. Bad apples or bad systems*

**(Mejora de la calidad igual a mejora de los sistemas más que eliminación de las manzanas podridas)**

**Autores:** Hsia DC.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *JAMA* 2003; 289:354-6  
**Calificación:** Muy bueno

**Comentario:** Es imposible trabajar como médico clínico y no cometer errores. Los errores pueden atribuirse al médico o a la organización. Los pacientes, los abogados y los periodistas prefieren encontrar médicos concretos a los que culpar. Pero los métodos de mejora de la calidad se centran más en los problemas de los sistemas sanitarios, de los que dependen la mayoría de los errores. Si uno quiere evitar daños a los pacientes lo lógico es mejorar los sistemas y evitar que los médicos se equivoquen (o hacer difícil que se equivoquen o evitar las consecuencias de sus equivocaciones).

**Referencias bibliográficas:** 38  
**Revisor:** JG

### S-3.495 *Parents' responses to symptoms of respiratory tract infection in their children*

**(Los padres son bastante lógicos respecto a los catarros de sus hijos)**

**Autores:** Saunders NR, Tennis O, Jacobson S, Gans M, Dick PT.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CAMJ* 2003; 168:25-30  
**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Cuando los padres te traen un niño a la consulta con un vulgar catarro siempre te preguntan qué esperan de ti, puesto que no hay mucho que hacer. Los autores, pediatras hospitalarios en Toronto, se preguntan algo parecido y siguen a una muestra de 400 niños entre 2 meses y 12 años, de 7 pediatras de una población urbana de clase media. En seis meses, el 72% tuvo síntomas de catarro, y consultó más de la mitad (56%). La causa de la consulta fue dolor en oído, fiebre de más de 40°C, o duración de más de 24 horas. Los niños de menos de 2 años, y aquellos padres que tenían más estudios consultaron con más frecuencia.

**Referencias bibliográficas:** 16  
**Revisor:** JG

### S-3.496 *Upper respiratory tract infections in children. Why do parents seek medical consultation?*

**(Hay que entender a los padres preocupados con los catarros de los hijos)**

**Autores:** Wang E.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CAMJ* 2003; 168:43  
**Calificación:** Bueno

**Comentario:** Los padres no hacen las cosas tan mal como creemos. El autor, de Aventis Pasteur, comenta el artículo previo y está de acuerdo con el criterio de los padres que requieren atención para su hijo enfermo con catarro. Los padres lo hacen bien y los médicos podríamos hacerlo mejor si entenderíamos que más que una receta de antibióticos vienen buscando seguridad de que el catarro es "sólo un catarro", y de que la evolución del mismo es la esperable. No cabe duda que hay otra alternativa al reflejo condicionado de "catarro-antibiótico" como forma de tranquilizar a los padres.

**Referencias bibliográficas:** 7  
**Revisor:** JG

### S-3.497 *Trends in prostate cancer incidence and mortality: an analysis of mortality change by screening intensity*

**(A más determinaciones de PSA, más incidencia de cáncer de próstata y no menos mortalidad)**

**Autores:** Codman AJ, Phillips N, Pickles TA  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** *CAMJ* 2003; 168:31-5  
**Calificación:** Excelente

**Comentario:** Estamos imponiendo la determinación del PSA como si tuviera fundamento científico, y es un desastre. Los autores, canadienses, se preocupan de estudiar la evolución de la incidencia y de la mortalidad de cáncer de próstata en la provincia de Columbia Británica, entre 1985 y 1999 (hay un registro de cáncer), por zonas geográficas pequeñas. En las zonas geográficas donde se usa mucho el PSA aumenta mucho la incidencia de cáncer de próstata. En las zonas donde se

usa poco disminuye mucho la mortalidad por cáncer de próstata. ¿De qué sirve la determinación del PSA?

**Referencias bibliográficas:** 26

**Revisor:** JG

## S-3.498 *Ten ways to improve information technology in the NHS*

**(Diez peticiones para mejorar la informática en el centro de salud)**

**Autores:** Majeed A

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003; 326:202-6

**Calificación:** *Informativo*

**Comentario:** Podemos pedir mucho a la electrónica, pero sólo se nos darán algunas cosas, y despacio. El autor es un médico general inglés que hace diez peticiones para que las posibilidades de su sistema informático mejoren en la práctica. Lo malo es que pide cosas sin poner condiciones, como compartir historias clínicas informatizadas con hospitales, lo que puede ser un desastre si no se valoran aspectos tan simples como el consentimiento del paciente y la confidencialidad y seguridad (de todo ello hay en Osabide, en el País Vasco, con los problemas que ha traído)

**Referencias bibliográficas:** 12

**Revisor:** JG

## S-3.499 *Improve the quality of the consultation*

**(La informática debería ayudar a mejorar la atención clínica)**

**Autores:** Lusignan S.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *BMJ* 2003; 326:202-6

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Las cosas no son fáciles en ningún sitio, y ayuda el tener dos puntos de vista. En este comentario al artículo previo [S3498] se insiste en algunos aspectos básicos. En el Reino Unido se está imponiendo SNOMED CT, una nomenclatura gringa, cuando en Europa se impone la CIAP y la CIE-10. Parece que SNOMED CT no da de sí, pero los ingleses son muy suyos. Por ejemplo, los ordenadores deberían ayudar a trabajar mejor durante la consulta, pero el desarrollo de ayudas para este trabajo está atrasado o ni siquiera se ha considerado.

**Referencias bibliográficas:** 7

**Revisor:** JG

## S-3.500 *Screening for gestational diabetes: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force*

**(No hay ensayos clínicos que permitan aconsejar el cribaje de la diabetes gestacional)**

**Autores:** Brody SC, Harris R, Lohr K.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Obstet Gynecol* 2003; 101:380-92

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Cuando se hacen cosas, sobre todo preventivas, hay que tener muy claro la utilidad, para no hacer daño innecesario. Los autores revisan toda la literatura al respecto de la diabetes gestacional, localizan 9 ensayos clínicos y demuestran que ninguno de

ellos está bien hecho. La duda es si el cribaje de la diabetes gestacional disminuye la macrosomía de los recién nacidos, pero eso es un resultado intermedio, que no dice nada acerca de mejoras para el niño, la madre o el parto. La conclusión es que no vale la pena. Lo que sí vale la pena es leer el artículo, por el rigor científico del trabajo hecho.

**Referencias bibliográficas:** 104

**Revisor:** JG

## S-3.501 *Screening for gestational diabetes mellitus: recommendations and rationality*

**(La diabetes gestacional no tiene cribaje que sea útil)**

**Autores:** U.S. Preventive Service Task Force

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Obstet Gynecol* 2003; 101:393-5

**Calificación:** *Bueno*

**Comentario:** Para los gringos lo más importante es un "chequeo", y la causa más frecuente de consulta con el médico es hacérselo. Es totalmente científico, pero produce dinero. No obstante, su organismo de valoración de las actividades preventivas (*US Preventive Service Task Force*) no es tan tonto. Por ejemplo, respecto a la tortura que ya se hace a todas las embarazadas (el "test de O'Sullivan") declara que es imposible definir si sus ventajas superan a sus inconvenientes, tal y como concluyen también los canadienses. ¿Cuándo se acabará el torturar a las embarazadas españolas?

**Referencias bibliográficas:** 8

**Revisor:** JG

## S-3.502 *Individual and combined effects of age, breast density and hormone replacement therapy use on the accuracy of screening mammography*

**(La terapia hormonal en la menopausia disminuye la utilidad de la mamografía de cribaje)**

**Autores:** Carney PA, Miglioretti DL, Yankaskas BC, Kerlikowske K, Rosenberg R, Rutter C et al

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2003; 138:168-75

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** La utilidad (sensibilidad y especificidad) de una prueba de cribaje nunca es del 100%, aunque algunas mujeres sí se lo creen respecto a la mamografía de cribaje. Es más, la utilidad de la mamografía depende de la densidad de la mama, como demuestran los autores. A mamas más grasas y más "ancianas", mejor resultado de la mamografía (sube de sensibilidad 69%-40 a 44 años; a 83% de 80 a 89 años). El uso de hormonas en la menopausia aumenta la densidad de las mamas y disminuye la utilidad de la mamografía. ¿Lo saben las mujeres?

**Referencias bibliográficas:** 33

**Revisor:** JG

## S-3.503 *Screening adults for type 2 diabetes: a review of the evidence for the US Preventive Task Force*

**(No hay ensayos clínicos que demuestren ningún beneficio del cribaje de diabetes en adultos)**

**Autores:** Harris R, Donahue K, Rathore SS, Frame P, Wolf SH, Lohr KN.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Ann Intern Med* 2003; 138:215-29

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** Hay quien anda por ahí proponiendo el cribaje de los adultos para “detectar” precozmente a los diabéticos y ponerlos en tratamiento. ¿Sirve para algo? No, sin ninguna duda. Los autores revisan todo lo publicado y concluyen que el diagnóstico en fase asintomático no ha demostrado beneficios, y que de tenerlos serían escasos (cardiovasculares). El texto vale la pena ser leído por todos los interesados en diabetes, por los apéndices, sobre el método de trabajo de los autores. Es complementario del S-3.480.

**Referencias bibliográficas:** 138

**Revisor:** JG

### **S-3.504** *Risk adjustment using automated ambulatory pharmacy data. The RxRisk Model*

**(Se puede emplear los medicamentos utilizados por el paciente para catalogar sus enfermedades crónicas y su gasto previsible)**

**Autores:** Fishman PA, Goodman J, Hornbrook MC, Menean RT, Bachman DJ, O’Keeffe M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Care* 2003; 41:84-99

**Calificación:** *Muy bueno*

**Comentario:** En España se almacenan toneladas de datos sobre uso de medicamentos con recetas de la Seguridad Social (toneladas en el sentido estricto de peso del soporte de almacenaje). ¿Para qué? Para nada. Pero podría tener un uso, como sugieren los autores,

con información de cinco grandes HMO (iguales) en EE.UU., de 1,5 millones de pacientes. La cosa es prever el gasto de los distintos pacientes, bien por sus diagnósticos, bien por los medicamentos que utilizan. Comparan métodos de diagnósticos (HCC y ACG) y demuestran que sólo el primero es mejor que el RxRisk, de medicamentos.

**Referencias bibliográficas:** 29

**Revisor:** JG

### **S-3.505** *Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals*

**(A más enfermeras menos úlceras de decúbito y neumonías)**

**Autores:** Unruh L.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** *Med Care* 2003; 41:142-52

**Calificación:** *Excelente*

**Comentario:** Hay quien tiende a pensar que lo mejor sería prescindir de las enfermeras, dado el volumen de trabajo que tienen en Atención Primaria. Por el contrario, yo creo que necesitamos más, y que trabajen a destajo con los pacientes. Este trabajo viene a demostrar que las enfermeras sirven para algo, al menos en los hospitales de Pensilvania. El autor relacionó el número de enfermeras licenciadas en cada hospital con la incidencia de efectos adversos evitables (úlceras de decúbito, caídas, neumonías, infecciones urinarias y demás).

**Referencias bibliográficas:** 72

**Revisor:** JG