



Por Juan Gérvas, Miguel Ángel Ripoll Lozano y Mercedes Pérez Fernández

Adecuación de las dosis de ácido fólico en la prevención de defectos congénitos.

id:100-1

Autores: Martínez-Frías ML y Grupo de trabajo del ECEMC.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clín (Barc). 2007;128:609-16. Citas 45. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: El ácido fólico previene los defectos congénitos del tubo neural y por ello se recomienda tomar suplementos en las mujeres en edad fértil. La mayoría (71,1%) los tomó cuando estaba ya embarazada; sólo el 17,3% lo hizo desde antes, y el 11,5% nunca. De las que lo tomaron, la mayoría (70%) tomó dosis 10 veces más altas de las recomendadas (4 mg/d frente a 0,4 mg/d). Siendo algo útil, se plantea la conveniencia de añadir el ácido fólico necesario a las harinas u otros alimentos de consumo general.

Estudios post-comercialización de baja calidad.

id:100-2

The FDA and the Case of Ketek.

Autor: Ross DB.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2007;356:1601-4. Citas 5. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Hace 3 años la FDA aprobó la telitromicina (Ketek), que posteriormente se ha relacionado con casos de hepatotoxicidad grave. En este artículo se comenta el fraude de estudios post-comercialización sobre seguridad, en el que se retribuyó a los médicos por paciente tratado (que incluso eran falsos). Se critica el hecho de que en los ensayos con antibióticos el estándar sea la no inferioridad respecto a otros, en infecciones en las que es frecuente la resolución espontánea, y que se aprueben en indicaciones sin eficacia demostrada. En fin, que si es aconsejable la prudencia, más aún con fármacos novedosos.

¿Hacer más o hacer mejor lo que hay que hacer? Una reflexión cultural ante las nuevas tecnologías de prevención.

id:100-3

Autores: Porta M, Hernández Aguado I.

Revista/Año/Vol./Págs.: Eidón. 2007;24:6-11. Citas 8. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los autores son catedráticos de salud pública, y sin embargo se explican con fundamento y sencillez sobre los excesos de la prevención. Sobre todo con las falsas propuestas de más programas de cribado, de poco fundamento y de menos rendimiento, con poca efectividad probada antes de la implantación, y con inutilidad demostrada tras la misma. Insisten en cosas elementales, como la importancia de no hacer más cosas, sino de hacer mejor, sobre todo para evitar daños, por los falsos positivos.

Comprensión de un documento que informa a los ciudadanos sobre los beneficios y los riesgos del cribado para el cáncer de próstata. Estudio mediante entrevistas semiestructuradas.

id:100-4

Autores: Fernández de Sanmamed MJ, Ballester M, Ariza F, Casajuana J, Grupo Investigador DECIDIU-PSA.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública. 2007;81:289-305. Citas 33. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los pacientes ignoran muchas cosas sobre el PSA y muchas otras las malinterpretan, como demuestran los autores, catalanes barceloneses. Para hacerse idea de lo que piensan los pacientes se entrevistó en profundidad a ocho varones de 50 a 70 años. Se deduce que resulta casi increíble que la detección precoz del cáncer de próstata pueda no tener beneficios (algo similar pasa con los propios médicos). También les cuesta entender la falta de precisión del PSA. Además, un nivel educativo bajo del paciente hace que no entienda palabras como "biopsia", "incontinencia urinaria" y "efectos adversos".

Mejora de la comprensión de la prevención en la fibrilación auricular.

id:100-5

Influence of decision aids on patient preferences for anticoagulant therapy; a randomized trial.

Autores: Holbrook A, Labiris R, Goldsmith CH, Ota K, Harb S, Sebalt RJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2007;176:1583-7. Citas 44. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Cuando recomendamos el tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular tendríamos que asegurarnos que el paciente entiende lo que se le ofrece, con ventajas e inconvenientes. Es un proceso complejo, y por eso los autores, canadienses, ensayan diversos métodos de ayuda, incluso con ordenador, y lo prueban con 98 pacientes ancianos sin fibrilación auricular (65 o más años). Todos los métodos aumentan la comprensión de la enfermedad y de la prevención de las embolias. Curiosamente, el nombre de "warfarina" lo asocian a matarratas, y por ello prefieren el ácido acetilsalicílico.

Evaluación y mejora de la calidad asistencial: las personas no son coches.
id:100-6
Autor: Roberts RG.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria. 2007;39:279-82. Citas 12. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: De vez en cuando conviene revisar las cosas que una ya conoce, como la medición de la calidad, y para ello sirve este editorial. El autor, estadounidense, hace énfasis en las decisiones políticas europeas para asegurar la eficiencia y la equidad. También da dos pinceladas acerca de las ideas industriales, incluyendo las de Toyota, para reducir errores y costes. El problema en atención sanitaria es que el paciente tiene sus propias ideas y expectativas acerca del proceso productivo, y quiere accesibilidad y trato afable, además de calidad técnica. A tener en cuenta la importancia de la medición continua de la calidad y de la consecución de los objetivos buscados.

Grandes misterios. ¿Puedes ver al monstruo del lago Ness? El modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias.
id:100-7
Autores: Turabián JL, Pérez Franco B.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria. 2007;39:261-4. Citas 11. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: El título del artículo da idea del cansancio que lleva a la ironía de los autores, médicos toledanos, campeones de la faceta comunitaria de la especialidad de Medicina de Familia. Reconocen que la mayoría de los médicos de familia ven la atención biopsicosocial y la actividad comunitaria como meros rumores no realidades, como mitos que no gobiernan nuestros días. De eso hay mucho, por más que sea esencial saltar del modelo biológico al "real", al de personas con problemas en contextos determinados. Es la única forma de ofrecer calidad y consuelo al paciente, verlo en su situación.

Evolución de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y sus repercusiones en Andalucía. El caso del Centro de Salud de Macarena (Granada).
id:100-8
Autores: Gómez G, Marín M, Peña E.

Revista/Año/Vol./Págs.: Salud2000. 2007;112:17-23. Citas 25. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los autores son enfermeros andaluces, y escriben mezclando la teoría política de descentralización de deberes con la realidad del trabajo en su centro de salud, que ha más que doblado su población sin casi cambios de estructura. Dicen algunas cosas graves, sin insistir, como el inconveniente del programa de historia clínica, Diraya, que hace más lento el acto clínico, o la falta de fundamento científico del examen de salud para ancianos. Lo más interesante, no obstante, es el contraste entre el aumento de responsabilidades y la estabilización en el presupuesto. Un poco de locos, y un mucho de irresponsable.

Comorbilidad.
id:100-9
A complexidade da comorbilidade.
Autores: Gérvas J, Santos I.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Port Clín Geral. 2007;23:181-9. Citas 39. MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: En este número de la Revista Portuguesa de Clínica Geral se incluye un monográfico sobre comorbilidad, como cuestión clave para los médicos de primaria. El artículo que comento hace una revisión general, y la verdad es que asombra que demos tan poca importancia a algo tan frecuente en nuestras consultas. Son los "conglomerados" de problemas de salud, cada uno a "su aire", con distinta evolución, importancia y respuesta al tratamiento, y sin embargo normalmente somos capaces de dar un sentido general a todo ello y agruparlos en un paciente determinado. Está bien esa virtud práctica, pero convendría saber más sobre cómo hacerlo mejor.

Lesionado medular. Cuidados generales e higiene.
id:100-10
Autores: Arroyo MF, Garrido MT, Rosell R.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev ROL Enf. 2007;30:351-9. Citas 6. MPF.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Firman este texto tres enfermeros del Hospital Nacional de Parapléjicos, de Toledo. Es una institución en la que pasan muchos meses los pacientes tras el accidente, para aprender a enfrentarse a su paraplejía. Los consejos que dan son útiles también para cuando el paciente se incorpora a su "vida normal", y termina dependiendo de los profesionales de atención primaria. Cada año se origina unos 30 casos nuevos por millón de habitantes, así que no es raro tener un paciente entre los del cupo. En sus cuidados lo importante es valorar y remediar constantemente los peligros de la inmovilidad para todos los aparatos y sistemas, desde la piel al genitourinario.



Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña.

id:100-11

Autores: García Pérez MA, Martín V, Ramírez MD, González Y, Hidalgo I, Escribano E, et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit. 2007;21:219-26. Citas 33. MPF.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Conviene tener datos sanitarios teniendo en cuenta las variables sociales y económicas, y de ello va este texto madrileño. Se hace un estudio ecológico correlacionando la utilización del médico general en la sanidad pública por áreas sanitarias de Madrid. Se demuestra que la utilización es mayor en las áreas pobres, donde la mujer se dedica más en exclusiva al hogar, donde las familias son más pequeñas (sobre todo, familias de ancianos) y donde hay menos titulados universitarios. Como siempre, en España la atención primaria pública tiene un sesgo pro-pobre.

El efecto lupa sobre la calidad clínica.

id:100-12

The effect of a quality improvement initiative on the quality of other aspects of health care: the law of unintended consequences?

Autores: Ganz DA, Wenger NS, Roth CP, Kamberg CJ, Chang JT, MacLean CH et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care. 2007;45:8-19. Citas 22. JG.
Calificación: Excelente.

Comentarios: Hay mucha distancia entre lo que logramos en la práctica clínica y lo que podríamos lograr si aplicáramos lo que ya se sabe que es eficaz. No obstante, el peligro es que al hacer mejor una cosa dejemos de hacer bien otras cosas (o las hagamos peor). En este trabajo se demuestra que se puede mejorar la atención clínica en los ancianos, en tres campos concretos (demencia, caídas e incontinencia urinaria) sin que empeore ni mejore la atención a otros problemas (diabetes, osteoporosis, uso de medicamentos, etc.). En un anexo incluyen los indicadores para medir la calidad en cada caso, muy ilustrativos.

Las dificultades para mejorar la calidad clínica.

id:100-13

Intended and unintended consequences. What should we really worry about?

Autor: McGlynn EA.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care. 2007;45:3-5. Citas 7. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Tendríamos que hacer las cosas mucho mejor, pero ¿cómo lograrlo? En este editorial se comenta el artículo previo, y se destaca que la mejora en unas áreas al menos no conlleva el empeoramiento en otras, lo que no es poco. También se señala la dificultad enorme para medir la calidad, lo que puede frenar en mucho los intentos de mejora clínica. Añade un comentario sobre la necesidad de estandarizar procesos, al menos en lo que tenga de lógico. Destaca, también, las dificultades para lograr mejoras del sistema, que arrastren al médico en el día a día, sin incrementar la tarea, sino haciéndola más atractiva y productiva.

¿Cómo afrontar los desajustes en los mercados de médicos con herramientas de análisis económico?

id:100-14

Autores: González López-Valcarcel B, Barber P.
Revista/Año/Vol./Págs.: Economía Salud. 2007;59:6-7. Citas 0. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Ni hay ni habrá profesionales de salud suficientes para atender la demanda en los próximos años, de forma que algo hay que hacer. Sobre todo, definir "quién hace qué", como dicen las autoras, economistas de la salud canarias. Han elaborado un informe sobre la falta de médicos publicado en la página del Ministerio de Sanidad (www.msc.es) donde insisten en que se pueden emplear incentivos monetarios y profesionales para llevar a los profesionales a donde faltan. También proponen una política planificada y lógica para traer médicos a España, que hasta ahora no ha tenido ni coordinación, ni orden ni concierto.

También en Canadá, plazas libres de Medicina de Familia.

id:100-15

Autor: Kondro W.
Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2007;176:1570-1. Citas 0. JG.
Calificación: Informativo.

Comentarios: Ha habido asombro generalizado en España por el bajo nivel necesario para aprobar el MIR (de hecho, ningún nivel, bastó con presentarse y firmar el examen, por falta de aspirantes), y por haber sobrado casi 200 plazas de Medicina de Familia. Pues esta noticia de Canadá también demuestra que este año han quedado libres 108 plazas de las 987 disponibles para residentes en Medicina de Familia. Parece que han aumentado mucho estas plazas, y que en conjunto ha aumentado mucho el número de residentes para todas las especialidades (por incremento de los extranjeros, básicamente). En todos sitios cuecen habas.

Cambio de forma de pago, para potenciar la atención global.

id:100-16

Redesigning the practice model for General Internal Medicine. A proposal for coordinated care.**Autor:** Blue Ribbon Panel of the Society of General Internal Medicine.**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Gen Intern Med. 2007;22:400-9. Citas 12. JG.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: Los internistas andan tan preocupados como los generalistas por la evolución de la Medicina. A este paso sólo habrá super-especialistas, sin que nadie coordine la atención que presten a los pacientes. Más en países con pago por acto, que potencia las especialidades instrumentales. En este informe para la estadounidense *Society of General Internal Medicine* se aboga por un conjunto de cambios que faciliten el trabajo longitudinal. Sobre todo, se reconoce que no será posible con sistemas de pago que premien el producto intermedio, en lugar del producto final.

Ventajas e inconvenientes del aseguramiento público.

id:100-17

Single-payer systems spark endless debate.**Autor:** Reinhardt UE.**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2007;334:881. Citas 0. JG.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: Los países desarrollados tienen sistemas de aseguramiento de la población, con la notable excepción de los EEUU. Algunos países desarrollados tienen, además, una atención médica socializada, con médicos asalariados y funcionarios. El autor de este comentario es un economista de la salud gringo que defiende un sistema de aseguramiento público en EEUU, pero es muy pesimista acerca de su logro. Sobre todo, porque los ricos no están dispuestos a dejar de disfrutar de su riqueza con una mejor asistencia sanitaria, una mejor educación, y (dice) una mejor justicia. Una pena, no cabe duda.

Actualización en el dolor neuropático.

id:100-18

Autor: Consejo de Redacción.**Revista/Año/Vol./Págs.:** INFAC. 2007;15:9-12. Citas 15. JG.**Calificación:** Informativo.

Comentarios: En esta revisión se recomienda la amitriptilina (a dosis única, al acostarse, con incrementos semanales) en el tratamiento del dolor neuropático de la neuralgia post-herpética. Como alternativa, la gabapentina. También el tramadol y la capsicina. En la poli-neuropatía dolorosa, la alternativa es la duloxetina, y de segunda elección la oxicodona. En la neuralgia del trigémino se recomienda la carbamazepina. El problema es en los ancianos, en los que la amitriptilina puede producir más efectos adversos, tipo sedación o confusión. En todo caso, el tratamiento debería retirarse gradualmente, de la misma forma que se introdujo.

La medición de la calidad de la prescripción de medicamentos.

id:100-19

Conflicts and concordance between measures of medication prescribing quality. Med Care.**Autores:** Steinman MA, Rosenthal GE, Landefeld CS, Betenthal D, Sen S, Kaboli PJ.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Care. 2007;45:95-9. Citas 26. JG.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: Es muy interesante medir la calidad de la prescripción de medicamentos, pero no es nada fácil. Lo demuestran los autores, estadounidenses, con 196 pacientes de más de 65 años (media de 75). Consideran tres parámetros: la lista de Beers y col. de medicamentos inapropiados en ancianos, el Índice de Adecuación de la Medicación (valoración de diez parámetros por cada medicamento), y la polimedización (nueve o más medicamentos). No hay coincidencia entre las distintas medidas. El 37% recibía nueve o más medicamentos. Con los tres parámetros la medicación era inapropiada en el 18% de los pacientes, y apropiada en el 13%.

Siete años de espera antes de recetar lo nuevo.

id:100-20

Sitagliptin (JANUVIA) for type-2 diabetes: do not use for seven years (until 2014).**Autor:** Wolfe SM.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Worst pills, best pills. 2007;13:41-4. Citas 0. JG.**Calificación:** Muy bueno.

Comentarios: La asociación estadounidense *Public Citizen* tiene una excelente publicación, *Worst pills, best pills*. Es una publicación muy práctica sobre medicamentos. En este caso valora la introducción de sitagliptina, un nuevo anti-diabético, y da consejos para que pueda entenderlos cualquier persona. La síntesis es esperar siete años antes de utilizarlo, pues como es un medicamento que no aporta nada nuevo radical hay que darle dos años (el plazo en que se retiran todos los nuevos medicamentos con problemas graves), y otros cinco para ver si no tiene efectos adversos que lleve a restricciones en su utilización. Parece una recomendación sensata, ¿no?

**Investigación en atención primaria como fuente de conocimiento.**

id:100-21

Autores: Diogène E, Pujol J, Juncosa S.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clín (Barc). 2007;128:634-7. Citas 32. MARL.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: Artículo en que se señala la importancia de la investigación en atención primaria, sobre todo en lo referente a dar respuesta a las incertidumbres sobre la efectividad de los tratamientos habituales. Pero la verdad es que no es una prioridad para la mayoría de médicos, pacientes, ni gestores, y así nos va, utilizando la mayoría de las veces información con poca aplicación a nuestros pacientes concretos, y con frecuencia sesgada por unos u otros intereses. Esperemos que esto cambie algún día.

Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004). Análisis temático y bibliométrico.

id:100-22

Autores: Lorenzo-Cáceres A, Otero A.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Esp Salud Pública. 2007;81:131-45. Citas 30. MPF.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: En este artículo se incluye un anexo muy útil, una clasificación temática de los estudios de evaluación de la atención primaria, según se refieran a la estructura, el proceso y el resultado. Después de una revisión exhaustiva de la bibliografía, con inclusión de tesis doctorales y otros documentos, demuestran que lo que se ha evaluado sobre todo es el proceso (el gasto en farmacia y el uso de urgencias). La revista clave es Atención Primaria, seguida de Gaceta Sanitaria y de Medicina Clínica. El 9% de los artículos de interés se publicó en revistas extranjeras.

Estudio bibliométrico de los artículos originales de la Revista Española de Salud Pública (1991-2000). Parte tercera: Análisis de las referencias bibliográficas.

id:100-23

Autores: Villar F, Estrada JM, Pérez Andrés C, Rebollo MJ.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Esp Salud Pública. 2007;81:247-59. Citas 22. MPF.**Calificación:** Muy bueno.

Comentarios: En la Revista Española de Salud Pública (la antigua "de Sanidad e Higiene Pública") los artículos más citados son españoles (casi la mitad del total), seguidos de los gringos (26%) y de los ingleses (12%). De Portugal, el 0,11% (siempre estamos de espalda). La revista más citada es Medicina Clínica, seguida de Atención Primaria, la propia revista y Gaceta Sanitaria. Proporcionalmente se citan muchos libros españoles. Trabajo interesante, que fija la situación previa a la inclusión de la revista en el *Social Science Citation Index*.

Prevención primaria de la diabetes tipo 2 en Cataluña mediante la intervención sobre el estilo de vida en personas de alto riesgo.

id:100-24

Autores: Costa B, Barrio F, Bolívar B, Castell C y el Grupo DE-PLAN-CAT.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clín (Barc). 2007;128:699-704. Citas 28. MARL.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: En un entorno con tanta tendencia a la medicalización de la sociedad, da gusto ver planes orientados a la prevención basados en la intervención sobre los estilos de vida. En este artículo se presenta un proyecto catalán, enmarcado en otro europeo liderado por Finlandia, en el que se pretende disminuir la diabetes en población de riesgo mediante intervenciones nutricionales y de ejercicio, orientadas a perder peso y aumentar la actividad, que se han mostrado más eficaces y seguras que el uso de fármacos. Y además involucra más a la población en su salud. Esperemos que llegue a buen puerto.

Por favor, la prevención de la diabetes, sin medicamentos. *Waking up from the DREAM of preventing diabetes with drugs.*

id:100-25

Autores: Montory V, Isley W, Guyatt G.**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2007;334:882-4. Citas 34. JG.**Calificación:** Excelente.

Comentarios: Dado el peso de la diabetes en los propios pacientes, y en el sistema sanitario, no es raro que se intente su prevención por cualquier método. Los autores, canadienses, comentan el despropósito de intentar evitar en un paciente con el 25% de riesgo de necesitar una píldora por tener diabetes, mediante el uso de una píldora durante años, que como mucho baja su riesgo de necesitar una píldora en el futuro al 10%. Además, con el riesgo de tener insuficiencia cardiaca. Suena fatal, la verdad, sobre todo si la alternativa es disfrutar con una vida sana, que también previene el desarrollo de diabetes.

Menos antibióticos ante la certeza de infección viral.
id:100-26
Impact of rapid diagnosis on management of adults hospitalized with influenza.
Autores: Falsey AR, Murata Y, Walsh EE.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med. 2007;167:354-60. Citas 39. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los antibióticos se sobreutilizan lo mismo en el medio hospitalario que en el ambulatorio. De ahí el interés en encontrar métodos diagnósticos rápidos que ayuden en la decisión de no utilizarlos frente a una probable infección vírica. En este trabajo, estadounidense, se compara el seguimiento de pacientes hospitalizados con infecciones respiratorias según se determinara su infección cierta por virus gripal, o se descartara o no se determinara. En los pacientes con infección gripal se emplean menos antibióticos, y se interrumpe antes su utilización. No obstante, de 44 pacientes con gripe y escasa posibilidad de complicación bacteriana, se continuó empleando antibióticos en 27.

¿Tonsilectomía en adultos?
id:100-27
Recurrent pharyngo-tonsillitis.
Autor: Little P.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;334:909. Citas 5. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La tonsilectomía no tiene indicaciones clara, aunque su pérdida de popularidad la ha casi erradicado del panorama. Casi, pues se sigue haciendo. En este editorial se comenta un trabajo en el mismo número de la revista, sobre la eficacia de la tonsilectomía en adultos con amigdalitis repetidas por estreptococo beta-hemolítico (tres episodios en seis meses, o cuatro en un año). Los beneficios parecen modestos, y no muy claros. El editorialista recomienda no pronunciarse hasta que haya datos de seguimiento a largo plazo, y series grandes para poder valorar los efectos adversos.

Adecuación del tratamiento de los pacientes hipertensos con síndrome metabólico.
id:100-28
Autores: Barrios V, Escobar C, Calderón A, Llisterri JL, Alegría E, Muñoz J, Matall A.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clín (Barc). 2007;128: 647-51. Citas 28. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Otro artículo más sobre lo mal controlados que están los pacientes hipertensos en atención primaria, esta vez referido a los incluidos en el PRESCOT con síndrome metabólico. ¡Solo el 4,7% tenía bien controlada la TA y el LDLci y eso a pesar de que la mayoría tomaba varios fármacos! ¿No será que somos unos exagerados señalando teóricos e idílicos niveles de control? (además de que realmente pueda haber un margen de mejora).

Incidencia de enfermedad cardiovascular y validez de las tablas de riesgo coronario en pacientes diabéticos con síndrome metabólico.
id:100-29
Autores: Cañón L, Díaz N, Calvo JI, Cruces E, Nieto T, Buitrago F.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clín (Barc). 2007;128:529-35. Citas 40. MARL.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: ¿Influye en el pronóstico de los pacientes el llamado "síndrome metabólico"(SM)? En este estudio de seguimiento a 10 años realizado con 206 diabéticos (63,6% con SM), no se observó diferencia en el número de episodios cardiovasculares según se tuviera SM o no. Lo que de verdad influyó fue tener más del 7% de hemoglobina glicosilada (aumenta el riesgo relativo a 2,13). Son de agradecer trabajos como éste, que simplifican las cosas, y las variables a tener en cuenta. En los diabéticos, lo más importante, lo ya conocido, buen control de la hemoglobina glicosilada (sin olvidar otros aspectos).

Validez y vigencia del psicoanálisis de Freud.
id:100-30
Autor: Armengol R.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clín (Barc). 2007;128:619-22. Citas 14. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: El psicoanálisis surgió como una forma de psicoterapia y se pretendió que fuera mucho más, indicándose como tratamiento de múltiples trastornos mentales. En este artículo se hace una revisión del tema, y se señala que debería conformarse con tratar el malestar y el malvivir, (y en ocasiones complementar a los medicamentos), sin pretender tratar los trastornos mentales. La verdad es que, de una u otra forma, estamos muy necesitados de tratar el malestar y el malvivir, tan frecuente hoy día y con efectos tan negativos para la salud.



Derivación a nefrología, sin cuidados inversos.
Are gatekeepers to renal services referring equitably?

id:100-31

Autores: Kee F, Reaney E, Savage G, O'Reilley D, Petterson C, Maxwell P et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res 2007;12:36-41. Citas 24. JG.

Comentarios: La ley de cuidados inversos dice que cuantos más cuidados precisa un enfermo menos recibe, y esto es más cierto cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario. Los autores utilizan datos de los análisis pedidos por médicos generales de Irlanda del Norte (población de casi dos millones de habitantes), y siguen a los que tienen una creatinina por encima de 150 $\mu\text{mol/L}$ a lo largo de un año, para saber si se les deriva a nefrología. Los servicios de nefrología no podrían atender a todos, por lo que es importante la labor de filtro de los médicos generales. Derivan más a los diabéticos, mujeres, jóvenes, rurales o de zonas marginales.

Pago por polivalencia e integralidad.
Fundamental reform of payment for adult primary care: comprehensive payment for comprehensive care.

id:100-32

Autores: Goroll AH, Berenson RA, Schoenbaum SC, Gardner LB.
Revista/Año/Vol./Págs.: J Gen Intern Med. 2007;22:410-5. Citas 68. JG.
Calificación: Excelente.

Comentarios: Existe una preocupación general por encontrar formas de pago que ayuden a orientar los servicios médicos para que se obtenga lo mejor de la atención. En este trabajo, estadounidense, los autores proponen una nueva forma de pago, basada en la obtención de resultados en salud y de accesibilidad y seguridad; es decir, una nueva forma de pago que establezca un nuevo contrato social. Destacan que es importante ajustar por riesgo, para no rechazar a ningún paciente. Y que el pago tiene que ayudar a mejorar el trabajo de todos los profesionales, pero sobre todo el de los médicos.

Alerta SEMG



GlaxoSmithKline

Le facilita cualquiera de los artículos reseñados en esta sección

Nombre y apellidos:.....

Centro de trabajo:.....

Dirección:..... CP:..... Provincia:.....

Teléfono:..... Fax:..... e-mail:.....

Indique a continuación el título, primer autor, número de edición de **medicinageneral**, mes y año

titulo	primer autor	nº edición	mes	año	id

Enviar, citando **medicinageneral** - Alerta SEMG, a CIC centro de información GSK - Tel. 902 202 700 e-mail: es-ci@gsk.com - Fax 918 070 479

En cumplimiento de la Ley Orgánica 16/1999 de 13 de diciembre de protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales recogidos en el presente formulario se incluirán en un fichero cuyo responsable es GlaxoSmithKline, S.A. con domicilio en C/ Severo Ochoa, 2, 28760 Tres Cantos (Madrid) con la finalidad del envío de artículos de revistas científicas. Usted tiene derecho al acceso, rectificación y anulación de sus datos así como a la oposición a su tratamiento en sus términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo desea puede ejercerlos dirigiéndose por escrito a la dirección del responsable arriba mencionado, indicando CIC Centro de información de GSK.