

Muertes causadas por problemas hospitalarios.

id:103-1

Autores: Sanclemente C, Pañella D, Vilaró J.

Revista/Año/Vol./Págs.: An Med Interna (Madrid). 2007;24:47-8. Citas 2. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los pacientes mueren por causa de la actividad médica, cada vez más dado el progresivo incremento de la potencia de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Los autores de este trabajo analizan las muertes en su servicio (Medicina Interna, Hospital General de Vic, Barcelona) en seis años. Hubo 125 muertes, el 0,6% del total. Afectó más a varones. Hubo muertes por infecciones, técnicas terapéuticas, omisiones, incidentes varios y causas organizativas (siete en total por esta causa). Son los exitus secundarios a problemas hospitalarios (ESPH). Son una lección de humildad.

Las ventajas del médico generalista.

id:103-2

Interpersonal continuity: old and new perspective.
Autores: Starfield B, Horder J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2007;57:527-9. Citas 33. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Los servicios sanitarios se organizan por niveles, el de los médicos especialistas, y el de los médicos generalistas. En agudo contraste con la mayoría de los países desarrollados, EEUU depende básicamente de los especialistas. Los autores emplean datos de la literatura para demostrar las ventajas de los generalistas sobre los especialistas. Sobre todo, evitan errores, abuso de pruebas diagnósticas y terapéuticas y la "creación" de enfermedades. Muchos de los estudios proceden de EEUU, al comparar zonas geográficas con distinta densidad de médicos generalistas. A más especialistas más gasto, y más hospitalizaciones, y peor salud. La ventaja básica del generalista es centrarse en la persona y ofrecer integralidad, primer contacto y coordinación de la atención.

¿Pago por rendimiento-calidad? No, gracias.

id:103-3

Problems with performance related pay in primary care.
Autor: Wald DS.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;335:523-4. Citas 9. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La forma de pago a los médicos influye poderosamente en la forma de trabajo de los mismos. "Según me midas me comportaré". En este editorial un cardiólogo inglés comenta los resultados publicados en un artículo en el mismo número de la revista, en el que demuestran que mucho de la nueva forma de pago en el Reino Unido, "P4P" (pay per performance, pago por rendimiento-calidad), es manipulable, de forma que se incrementa la retribución sin añadir salud. El cardiólogo insiste en que medir y actuar por factores de riesgo carece de fundamento científico. Y que el poderoso incentivo monetario lleva a hacer cosas por hacerlas, en una mejora del proceso de atención cardiovascular que no conlleva ganancias en salud.

Ventajas e inconvenientes de la regionalización.

id:103-4

Quality or quantity? The Norwegian experience with medical monopolies.
Autores: Rasmussen K, Bartilic D.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMC Health Serv Res. 2007;7:20; doi: 10.1186/1472-6963-7-20. Citas 14. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Para ofrecer servicios de calidad se precisa una cierta "cantidad" (de pacientes, de procedimientos y demás, para mantener las habilidades y justificar la concentración de recursos). Por ello en Noruega se ha seguido un proceso de cierta descentralización, pero manteniendo un monopolio de prestación de servicios para cosas como trasplantes, implantes de cóclea, tratamiento de fenilcetonuria y demás. En total hay 31 monopolios y 8 duopolios, en que los servicios los ofrecen hospitales universitarios (en Bergen, Oslo y Trondheim). Al analizar en detalle la función se demuestra que hay cierta desigualdad para los pacientes que viven lejos de los hospitales (excepto trasplantes renales).

El futuro de la Medicina General, desde el Reino Unido.

id:103-5

The future direction of general practice. A roadmap.
Autores: Lakhani M, Baker M, Field S, RGGP.

Revista/Año/Vol./Págs.: London: Royal College General Practitioners; 2007. Citas 85. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Conviene hacer predicciones, aunque sea sólo porque exigen una valoración previa de lo que se ha conseguido, y de lo que se desea. En este texto, del *Royal Collage* inglés, se revisa un poco lo que es y puede ser la Medicina General en el Reino Unido. Lamentablemente, no incluyen la poderosísima influencia "del mercado", que está desmantelando el sistema público. El informe insiste en conservar las listas y el filtro, advierte contra la super-especialización del médico general, sugiere que se necesitarán "equipos", y prevén que el trabajo se centrará, para el médico, en el diagnóstico, la atención a la co-morbilidad y la coordinación de cuidados. http://www.rcgp.org.uk/PDF/Roadmap_embargoed%2011am%2013%20Sept.pdf



Más privatización en el Reino Unido.
Our NHS, our future. NHS next stage review.

id:103-6

Autor: Darzi L.

Revista/Año/Vol./Págs.: Interim report. London: Department of Health; 2007. Citas 0. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los ingleses llevan un par de décadas intentado mejorar el sistema nacional de salud (*National Health Service*), pero no aciertan, y cambian demasiado rápidamente, sin evaluar en profundidad los errores y aciertos. En este informe se ve más de lo mismo. Se pide un sistema equitativo, personalizado, efectivo y seguro. Pero se promueve que el paciente vaya a cualquier médico general, que se abran centros de salud en lugares "convenientemente" (con médicos generales, a lo clásico, o con contratistas privados, sin más). También se pide que se amplíen las horas de trabajo de los médicos generales, y que se resuelvan mejor las guardias nocturnas y de fin de semana.

Dosis única preoperatoria de metronidazol más gentamicina para profilaxis antibiótica en cirugía colorrectal.

id:103-7

Autores: Ventura JM, Nomdedeu J, Alós M, Ángel V, Pérez I, Salvador JL.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;129:121-6. Citas 31. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los esquemas de profilaxis antibiótica, tienden a simplificarse, al igual que ocurre con los tratamientos antibióticos (y de otro tipo). En este estudio se demuestra que en los pacientes sometidos a cirugía colorrectal programada la administración preoperatoria de una dosis única de metronidazol + gentamicina IV es igual de efectiva que la administración múltiple de esos antibióticos (y más cómoda y económica). Desgraciadamente la comodidad posológica suele llevar aparejada un mayor coste, lo que no ocurre en este caso.

Espe(desespe)ranza ante la vacuna contra el VPH.
Human papillomavirus vaccine. Opportunity and challenge.

id:103-8

Autores: Baden LR, Curfman GD, Morrissey S, Draz JM.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med. 2007;356:1990-1. Citas 9. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Prevenir el cáncer está muchas veces en manos de los médicos. Por ejemplo, a través del uso adecuado de la radiología, para evitar abusos. También mediante la vacunación contra virus oncogénicos, como el de la hepatitis B, y el virus del papiloma humano. Este último tiene unas quince variedades con capacidad oncogénica, y se han desarrollado vacunas contra dos de ellos (16 y 18). El *New England* dedica casi un monográfico a la dicha vacunación. En este texto de presentación se comentan sus posibles inconvenientes, junto a las oportunidades. Lo peor, que no ha demostrado realmente que eviten las vacunas el cáncer.

No te vacunes tras perder la virginidad.
HPV vaccination. More answers, more questions.

id:103-9

Autores: Sawaya GF, Smith-McCune K.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med. 2007;356:1991-3. Citas 12. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Toda actividad preventiva tiene limitaciones, que conviene considerar. A veces los clínicos y los salubristas sólo ven las ventajas, de forma que ante la prevención lo que se instala es un coro que canta alabanzas sin fin. Por ello es oportuno este editorial. Comenta la cuestión general de la vacuna frente al virus del papiloma humano, y especialmente los resultados del ensayo clínico FORTUNE II, que se publican en el mismo número de la revista. En este ensayo, con el 93% de las mujeres no vírgenes, la eficacia de la vacuna fue del 17% (incidencia de lesiones CIN2 y CIN3 del 1,5 y el 1,3% en no vacunadas contra vacunadas). Unos resultados paupérrimos.

Limitaciones de la vacunación contra el VPH.
Human papillomavirus, vaccines and women's health: questions and cautions.

id:103-10

Autores: Lippman A, Melnichuk R, Shimmin C, Boscoe M.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2007;177:484-7. Citas 11. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: La existencia de una vacuna parece conllevar su inclusión en el calendario vacunal, ... y su financiación pública. Ese es el caso de la vacuna contra el virus del papiloma humano, que se presenta como "la vacuna contra el cáncer" (de cuello de útero). Los autores, canadienses, hacen una revisión de los problemas pendientes, y que habría que resolver antes de implantar un programa de vacunación nacional. Incluye el dejar claro que la infección es benigna, que en general cura espontáneamente, que se necesita dejar claro el objetivo (prevenir, erradicar, complementar con la citología, etc), que es clave determinar con precisión la duración de la inmunidad artificial provocada por la vacuna, etc.

El 10% de las mujeres con citología normal, con infección por VPH.
Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis.

id:103-11

Autores: Sanjosé S, Díaz M, Castellsagué X, Cliford G, Bruni L, Muñoz N, Bosh X.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet Infect Dis. 2007;7:453-9. Citas 23. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Desconocemos casi todo sobre la historia natural de la infección cervical por el virus del papiloma humano. En España los mejores trabajos son del grupo que firma este texto. A partir de publicaciones sobre infección por el VPH en mujeres con citología normal encuentran una prevalencia del 10% (va del 22% en África al 8% en Asia y Europa). Por virus oncogénicos la prevalencia es del 2,5% para el tipo 16, del 0,9% para el tipo 18 y del 0,4% para el tipo 45. Todo ello más frecuente en mujeres de menos de 25 años.

En EEUU, prevalencia del 27% de la infección por VPH.
Estimating the population prevalence of HPV.

id:103-12

Autores: Sëller SC, Stanberry CR.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA. 2007;297:876-8. Citas 10. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Para calcular la prevalencia de una enfermedad hay que partir de la población. Por ejemplo, la prevalencia de infección por virus del papiloma humano es mayor en las mujeres que acuden a clínicas de enfermedades de transmisión sexual, comparada con las que acuden a hacerse una citología. En este editorial se comenta un texto publicado en el mismo número, donde se dan cifras a partir de una encuesta de salud en EEUU (NHANS), en mujeres de 14 a 59 años, con muestra vaginal obtenida por las propias mujeres. La prevalencia fue del 27%. La prevalencia de la infección por virus tipo 16 y 18 fue del 2% (1,5% el 16, y 0,8% el 18).

Salud pública, política y conflicto de intereses.

id:103-13

Autores: Hernández I, Porta M.

Revista/Año/Vol./Págs.: El País, Salud, 13 octubre 2007, 7. Citas 0. MMP

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los autores son catedráticos de salud pública, y con este artículo dejan bien alto el nivel universitario de independencia. Escriben en el suplemento de salud del diario *El País*, en una nueva sección de controversias, y mantienen una postura crítica con la vacuna contra el virus del papiloma humano (a favor escriben Sanjosé, Bosh y Castellsagué, en un texto lleno de medias verdades). Destacan que en general es una infección leve y benigna, que provoca inmunidad natural, que tiene impacto menor como causa de mortalidad de la mujer, que como tal está disminuyendo en los países desarrollados, y que el coste es disparatado, y estaría mejor empleado en mejorar el programa de citologías (que hoy cubre a quien no lo necesita).

Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica.

id:103-14

Autor: Borrel-Carrió F.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;129(5):176-83. Citas 26. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los acontecimientos adversos son frecuentes en medicina, máxime en una sociedad tan medicalizada como la nuestra. Adversidades que con frecuencia son evitables. En este artículo se reflexiona sobre el tema desde la práctica de los profesionales asistenciales y también de la gestión, señalando que es necesario una mayor formación e impregnación en la cultura de la ética de la seguridad, y un cambio de valores en la profesión. Se comentan múltiples situaciones que ponen en peligro la seguridad del paciente (decisiones terapéuticas, faltas de seguimiento, informatización rápida de historias, incentivos perversos, etc.).

Defensa frente al fraude científico.
Dealing with scientific misconduct.

id:103-15

Autor: Bosh X.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;335:524-5. Citas 12. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La falta de ética y las presiones de la "carrera" profesional y científica conllevan que sea fácil caer en la tentación, y engañar acerca de investigaciones y resultados científicos. El autor de este editorial, del Hospital Clínico de Barcelona, comenta una reunión sobre el fraude científico, entre EEUU y Europa. La cuestión de fondo es la falta de regulación y de legislación europea, de la que sólo se libran los países nórdicos y algún otro. Peor, el Tratado de la Unión Europea excluye las cuestiones éticas del acervo comunitario y lo restringe al ámbito nacional. Es de esperar que la Fundación Europea de la Ciencia ayude a poner las cosas en su sitio, sobre todo en lo que se refiere a actividades científicas con presupuesto de la Unión Europea.



**Abuso de los datos sobre prescripción.
Prescriber profiling: time to call it quits.**

id:103-16

Autor: Grande D.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2007;146:751-2. Citas 18. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: La industria farmacéutica presta un servicio, y obtiene unos beneficios. Lo lógico es un balance equilibrado entre los dos platillos de la balanza. A veces se pretende el desequilibrio, por ejemplo, a través de la utilización de información sobre los hábitos de prescripción de los médicos. El autor comenta que hay un representante por cada cinco médicos en EEUU, y que manejan información detallada sobre lo que cada uno receta. La obtienen a partir de las dispensaciones de las farmacias. Los médicos estadounidenses están presionando a los polílicos para que prohíban el uso comercial de esos datos, y parece que lo han logrado en un Estado, New Hampshire.

**La Agencia Europea del Medicamento, a Salud.
Direct to consumer advertising of drugs in Europe.**

id:103-17

Autores: Magrini N, Font M.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;335:526. Citas 0. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Los anuncios de medicamentos al público están prohibidos en todo el mundo, excepto en EEUU y Nueva Zelanda. Después del destrozo del rofecoxib (muy anunciado y muy peligroso; hubo que retirarlo) la práctica de anunciar nuevos medicamentos está en entredicho. Se ha pedido que, al menos, pasen dos años hasta que se pueda hacer propaganda directa. Los firmantes, italianos, comentan los trabajos del Parlamento Europeo en que se pide mejor información a la industria farmacéutica, pero no se niegan al anuncio directo de medicamentos. La cuestión es peliaguda, pues la Agencia Europea del Medicamento (EMA, *European Medicines Evaluation Agency*) depende de la Dirección de Industria, no de la Dirección de Salud.

**Más uso de genéricos por generalistas que por especialistas.
Use of generic cardiovascular medications by elderly Medicare beneficiaries receiving generalist or cardiologist care.**

id:103-18

Autores: Federman AD, Halm EA, Siu AL.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care. 2007;45:109-15. Citas 33. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La impresión en España es que los especialistas "pasan" de genéricos, y emplean siempre marcas de fantasía. Lo mismo debe pasar en otros países. Los autores estudian el caso de EEUU, donde los medicamentos son carísimos y no se dan gratis ni a los viejos. Obtienen datos de pacientes incluidos en Medicare (programa para ancianos, de 66 años y mayores). Respecto a la medicación cardiovascular, los cardiólogos emplean un 34% menos los genéricos que los generalistas (internistas y médicos de familia). Los beta-bloqueantes son los que más se usan en forma de genéricos (87%).

**¿Fumar en el coche con niños? Prohibido.
The future of smoke-free legislation.**

id:103-19

Autor: Chapman S.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;335:511-2. Citas 13. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Fumar es un placer, y una guarrería. No es extraño que se haya prohibido fumar en lugares públicos. El autor de este editorial comenta tres artículos publicados en el mismo número de la revista sobre las consecuencias positivas de la legislación anti-tabaco en Escocia. Entre otras cosas, ha disminuido la concentración de cotidina tanto en fumadores como no fumadores. Curiosamente, la cotidina ha disminuido en los niños en edad escolar sólo si la madre ha dejado de fumar (el padre es menos importante, al menos a estos efectos). El editorialista comenta la legislación en Australia y en EEUU que prohíbe fumar en los coches particulares cuando se llevan niños en el mismo. Parece lógico.

**Ojo con las radiaciones ionizantes diagnósticas y terapéuticas.
American College of Radiology White Paper on radiation doses in Medicine.**

id:103-20

Autores: Amis ES, Butler PF, Applegate KE, Birnbaum SB, Brateman LF, Herezi JM et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Am Col Radiol. 2007;4:272-84. Citas 68. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La seguridad del paciente debería ser lo mínimo en la prestación de servicios sanitarios. Sin embargo, queda mucho para alcanzar ese componente básico. Por ejemplo, respecto a los efectos adversos de las radiaciones ionizantes en el diagnóstico y tratamiento (la radiología). En este *Libro Blanco* de los radiólogos estadounidenses se da un repaso a la cuestión. Asombra que todavía no esté claro el mecanismo de generación de daños por las radiaciones ionizantes, que no existan registros que permitan seguir la "historia radiológica" de cada paciente, que muchos aparatos radien sin que se sepa muy bien la dosis emitida y recibida, etc.

Bioterapia: aplicaciones actuales y futuras en oncología.

id:103-21

Autores: Prat A, Baselga J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;129(5):184-93. Citas 134. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Artículo de revisión muy documentado, sobre nuevas alternativas terapéuticas en el cáncer, basadas en la identificación de posibles dianas terapéuticas relacionadas con la fisiología alterada de las células cancerosas (proliferación celular autónoma, evasión de la apoptosis, capacidad de inmortalidad replicativa, invasión tisular y metástasis, potenciación de la angiogénesis, insensibilidad a señales antiproliferativas). Bioterapia que poco a poco se va incorporando a la práctica clínica. Esperemos que sea con buenos resultados y a un coste asumible.

Cáncer en Europa.

id:103-22

Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EUROCARE-4 data.
Autores: Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, KunKler I, and the EUROCARE-4 Working Group.

Revista/Año/Vol./Págs.: <http://oncology.thelancet.com> Published online August 21,2007 DOI:10.1016/S1470-2045(07)70246-2. Citas 41. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La incidencia y mortalidad por cáncer varía de unos lugares a otros, y los resultados en su atención también. En Europa, la mayor supervivencia se obtiene en general en los países del Norte, y la menor en los del Este, aunque son estos últimos los que más van mejorando; la supervivencia a los 5 años para los tumores más frecuentes es del 79% en mama, 77,5% en próstata, 56,2% en colorectal y 10,9% en pulmón (porcentajes inferiores a los obtenidos en EEUU). En España, la supervivencia a los 5 años para el c. mama es del 82,8%, colorectal 61,5% y para pulmón del 12,2%.

Impacto presupuestario de los nuevos fármacos para el tratamiento del cáncer colorrectal.

id:103-23

Autores: Corral MJ, Clopés A, Navarro M, Germá JR, Borrás JM.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;129(4):134-6. Citas 10. MARL.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: El coste en Cataluña de la quimioterapia adyuvante y avanzada del cáncer colorrectal con los nuevos fármacos puede situarse entre 75-83 millones de euros (coste equivalente a construir un hospital de 150 camas cada año), según se señala en este artículo. Coste de gran magnitud y que se incrementa de forma muy rápida, lo que conlleva dificultades presupuestarias. Se aconseja que se administren sólo a quién realmente se pueda beneficiar de ellos (según la evidencia científica, pueden aumentar la supervivencia unos meses). En el tratamiento del cáncer parece que todos los costes, sobretudo farmacológicos, son aceptados y pueden ser asumidos...

Cómo elaborar un protocolo de investigación en salud.

id:103-24

Autores: Rodríguez del Águila Mm., Pérez S, Sordo L, Fernández MA.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;129:299-302. Citas 15. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La verdad es que a pesar de lo mucho que se habla sobre investigación, no hay muchos realmente interesados en realizarla de forma estructurada. Para los que les interese, en este breve artículo se expone de forma bastante clara como redactar un protocolo de investigación en salud, tanto en la forma de su escritura como en su contenido. Se señalan los distintos apartados que debe tener, incluido el referente a la metodología. Un buen protocolo de investigación suele ser el punto de partida necesario para que las cosas lleguen a buen término.

Visibilidad de las publicaciones de atención primaria.

id:103-25

Autores: Pujol E, Rodríguez D, Barceló E, en representación de la Sección de Investigación de CAMFiC.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;128(20):795-7. Citas 9. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Con frecuencia se dice que lo que no se publica, es como si no existiera. En este artículo se revisa la visibilidad de la atención primaria en el BMJ, Lancet y Med Clin, revistas de prestigio y con importante factor de impacto, y se concluye que es escasa, a pesar de la importancia de dicho nivel asistencial. Se propone que la investigación en atención primaria lleve aparejada una política de publicación. Si difícil es investigar en atención primaria, el esfuerzo añadido de la publicación con frecuencia nos supera. Una lástima.



Mujer, salud y enfermedad

Menstruación saludable. *Is menstruation obsolete?*

id:103-26

Autor: Derry PS.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;334:955. Citas 0. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La autora, de Baltimore, discute la propuesta de eliminar la menstruación para evitar sus inconvenientes físicos y psicológicos, para adoptar otro "estilo de vida", libre de los desarreglos femeninos. Desarreglos que no son tales, excepto con una visión sesgada que ve la menstruación como innecesaria e insana. Es un punto de vista que recuerda el que llevó a transformar la menopausia en patología (y a justificar el tratamiento hormonal consiguiente, tan pernicioso). Pero ni hay lógica ni hay pruebas de que suprimir la menstruación sea sano y beneficioso. La fisiología femenina ha evolucionado hasta llevar a la menstruación mensual; por algo será. Su supresión es artificial, anti-natural, y probablemente perjudicial.

Hiperplasia y cáncer de próstata

Detección precoz del cáncer de próstata. ¿Beneficios de su inclusión en el protocolo de vigilancia de la salud?

id:103-27

Autores: Ares A, Sainz B, Puertas M, Soto ML, Marchena JC, Suárez M.

Revista/Año/Vol./Págs.: MAPFRE Medicina 2007;18:175-179. Citas 23. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Estudio sobre los resultados de hacer PSA y ecografía abdominal/prostática en los reconocimientos periódicos de los varones >49 años de la Diputación de Cádiz. El 7,86 tenía aumentada la PSA y el 14,29% un nódulo prostático. Aunque la participación era voluntaria, todos participaron (n=229). Se comentan las discrepancias en las recomendaciones sobre el cribado de cáncer de próstata, y la inexistencia de resultados que los avalen, pero creen que se irán implantando. Sería bueno saber que pasó con los que tenían la PSA alta y/o nódulo prostático...

Diagnóstico, arte y práctica

Recomendaciones de utilización de la endoscopia: análisis de la probabilidad de encontrar lesiones significativas en los pacientes procedentes de la atención extrahospitalaria.

id:103-28

Autores: Fernández-Esparrach G, Gimeno-García AZ, Llach J, Pellisé M, Ginés A, Balaguer F, Mata A, Castells A, Bordás JM.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;129:205-8. Citas 10. MARL.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Según este estudio, de Barcelona, una tercera parte de las colonoscopias y gastroscopias solicitadas de fuera del hospital fueron inadecuadas (sobre todo rectorragias en jóvenes sin signos de riesgo de cáncer colorectal, dispepsia no complicada, sospecha enfermedad por reflujo o dolor torácico atípico, además de las enfermedades anales). El rendimiento diagnóstico fue del 30% en las endoscopias consideradas adecuadas; en las inadecuadas se llegó a encontrar enfermedades relevantes en un 8%. Así que cuidado con la aplicación estricta de los criterios de adecuación, los protocolos y demás. Cada paciente es un mundo.

Osteoporosis

Hipovitaminosis D asociada a exposición solar insuficiente en la población mayor de 64 años.

id:103-29

Autores: Vaqueiro M, Baré M, Anton E, Andreu E, Moya A, Sampere R, Villar E, Gimeno C, en representación del grupo de estudio D'AVIS.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;129(8):287-91. Citas 27. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Según este estudio de Sabadell, el 87% de los mayores de 64 años tienen hipovitaminosis D durante los meses de invierno; se asocia a una escasa exposición solar (70%), vivir en un piso, menor autonomía funcional y escasa ingesta de vitamina D y calcio. La repercusión negativa en el metabolismo óseo (y en otros aspectos biológicos) hace que debamos recomendar pasear más al sol, incrementar el consumo dietético de calcio y vitamina D (huevos, pescado azul, cereales integrales, etc.), e incluso aportar suplementos, sobre todo en los meses de invierno.

Bajas laborales

Cobertura sociolaboral en enfermedades crónicas: invalidez permanente y minusvalía.

id:103-30

Autores: Motos J, Calvet X.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;128:780-85. Citas 37. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Algunas situaciones clínicas de los trabajadores desembocan en incapacidad laboral permanente, con lo que lleva aparejado. En este artículo se señala que los médicos de atención primaria tenemos un papel "injustamente marginal" en la valoración de la discapacidad, y no le falta razón, a pesar de ser los que mejor deberíamos conocer la enfermedad y las limitaciones de nuestros pacientes. No obstante, estamos obligados por ley a emitir un informe, que sirve de prueba documental. Informes con frecuencia no exentos de presiones y problemas ("póngame...").

Enfermedades mentales

Depresión y muerte.

id:103-31

The effect of a primary care practice-based depression intervention on mortality in older adults.

Autores: Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Post EP, Lin JY, Bruce ML.
Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med. 2007;146:689-98. Citas 46. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: La depresión es un diagnóstico que implica alteraciones mentales, y muchas veces físicas. Y un riesgo de suicidio. Los autores quieren estudiar el efecto de introducir un gestor de casos (enfermera, trabajador social, psicólogo) en las consultas, para mejorar la atención de los pacientes con depresión. Escogieron al azar a 1.226 pacientes mayores de 60 años en 20 clínicas de primaria en Nueva York. Filadelfia y Pittsburg, y 366 cumplen criterios de depresión mayor y 203 de depresión menor. De edad media 71 años, los distribuyen al azar. Al cabo de 5 años, han muerto 223 pacientes. Con una reducción del 45% en el grupo de intervención. Hay menos muertes por cáncer (no por suicidio).

Salud pública

¿Quién decide sobre riesgos y beneficios?

id:103-32

The risk-benefit balance in the United States? Who decides?

Autores: Graham J, Hu J.
Revista/Año/Vol./Págs.: Health Affairs. 2007;26:625-35. Citas 18. JG.
Calificación: Excelente.

Comentarios: Hay múltiples cuestiones en salud pública y práctica clínica en las que las decisiones sobre riesgos y beneficios aceptables las toman terceros; y en otras se dejan a la libre elección del ciudadano-paciente. Los autores plantean que habría que tener normas claras al respecto, pues no queda claro quien y porqué decide en cada ocasión. Por ejemplo, no hay elección en las medidas de seguridad que se imponen en los coches, ni en el trabajo. Pero sí hay elección respecto al uso de los inhibidores de la COX-2, o al acceso a tratamientos experimentales. En todos los casos el balance riesgo-beneficio es complejo, pero la falta de normas deja mucho margen para no entender las decisiones.

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

título	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 916 070 479

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales recogidos en el presente cuestionario se utilizarán en la futura web de actualización de **medicinageneral**, S.A. con domicilio en C/ Suroeste 10, 28/80, Torre Cerezo I (Madrid) para el envío de la revista de medicina general. Usted tiene derecho al acceso, modificación y cancelación de sus datos así como a la oposición a su tratamiento en sus términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo desea puede ejercer sus derechos de oposición a la dirección del responsable arriba mencionado: Indicación: CIC Centro de Información de GSK.