



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

### Infecciones del aparato urinario

id:106-1

**Autores:** Hernández-Burruezo JJ, Mohamed-Balghata MO, Aliaga L y Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI).

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2007;129:707-15. Citas 99. MARL.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Las infecciones urinarias figuran entre las infecciones más frecuentes en la población, tras las respiratorias. En este artículo se hace una actualizada revisión del diagnóstico y tratamiento de las diferentes entidades. La bacteriuria asintomática sólo se debe tratar en embarazadas, y previo a cirugía urológica. Recomiendan fosfomicina en la cistitis aguda no complicada, y en la pielonefritis aguda extrahospitalaria no complicada amoxicilina clavulánico o cefixima. Se señala el "grado de evidencia" de cada recomendación.

### Fracaso del tratamiento directamente observado en la tuberculosis.

id:106-2

**Long term efficacy of DOTS regimens for tuberculosis: systematic review.**

**Autores:** Cox HS, Morrow M, Deutchmann PW.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2008;336:484-7. Citas 28. MPF.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Los autores, australianos, se sorprendieron por el fracaso del tratamiento directamente observado en la tuberculosis, en Uzbekistán, en 2005, donde a los 18 meses de terminarlo sólo quedaba vivo y sano el 65% de los pacientes. Por ello hacen una revisión de todo lo publicado en inglés sobre tasa de re-infección en los pacientes sometidos a esta modalidad de tratamiento. Revisan los 16 estudios que encuentran y se vuelven a sorprender al ver lo poco que se ha estudiado el problema de la re-infección tras el tratamiento. En 2005 se había implantado el tratamiento directamente observado en 187 países (y se trataron así a casi 5 millones de enfermos) por el influjo de la OMS que lo ha difundido. Pero nadie ha estudiado en profundidad su eficacia, que parece bajísima.

### Incidencia de enfermedad neumocócica en la Comunidad de Madrid en el periodo 1998-2006.

id:106-3

**Autores:** Gutiérrez MA, Ordobás M, Ramírez R, García L, García C, Rodero I.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2007;130:51-3. Citas 125. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La disponibilidad de vacunas frente algunas infecciones, como las neumocócicas, hace que aumente el interés respecto al conocimiento de su carga de enfermedad y las posibilidades preventivas. En este trabajo se exponen datos de incidencia de la enfermedad neumocócica entre 1998-2006, a partir de la información del CMBD de altas hospitalarias. La tasa global es de 41,87 casos/100.000 habitantes (40,65, 97,1% de los casos neumonía y 0,77 meningitis). La letalidad global fue del 10,1%. En el último periodo se observa una tendencia descendente a expensas de neumonía (no de enfermedad invasiva).

### La gripe aviar persiste. *Writing Committee of the Second World Health Organization Consultation on Clinical Aspects of Human Infection with Avian Influenza A (H5N1) Virus. Update on Avian Influenza A (H5N1) Virus Infections in Humans.*

id:106-4

**Autor:** N Engl.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Med 2008.358:261-73. Citas 76. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La gripe aviar sigue ahí. Afecta sobretodo a aves, pero se han registrado 340 casos en humanos al finalizar 2007 (sobre todo en el sudeste asiático), con una mortalidad del 61%, principalmente por neumonía viral fulminante. Se recomienda el tratamiento con oseltamivir, y especialmente medidas preventivas. Aunque hay una vacuna frente a la hemaglutinina H5 no se dispone de vacuna específica para una posible epidemia humana de ese virus, porque dicho virus aún no existe (podría ser uno que además de su letalidad, tuviera capacidad de transmitirse bien entre humanos). La alerta (razonable) debe continuar, con o sin impacto mediático.

### Cambios de serotipos tras la vacunación contra el neumococo.

id:106-5

**Emergence of invasive pneumococcal disease caused by nonvaccine serotypes in the Era of 7-valent conjugate vaccine.**

**Autores:** Muñoz-Almagro C, Jordan I, Gene A, Latorre C, García-García JJ, Pallarés R.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Clin Infect Dis 2008. 2008;46:174-82. Citas 44. MARL.

**Calificación:** Muy Bueno.

**Comentarios:** La vacunación antineumocócica infantil contiene 7 serotipos (VA7V). Lo lógico es que reduzca la carga de enfermedad por esos serotipos, y a veces globalmente. Pero no siempre. Con los datos de este artículo, tras el inicio de la VA7V, y con una cobertura del 45-50%, en Barcelona la enfermedad neumocócica invasiva ha aumentado un 58% en menores de 2 años (de 32,4 episodios por 100.000 a 51,3), y un 135% de 2 a 4 a. El aumento ha sido por serotipos no incluidos en la vacuna. Así que parece que ha habido reemplazo, y la carga de enfermedad global no ha disminuido sino que ha aumentado. Paradojas de la prevención.

**Papel del tratamiento antirretroviral en la reducción de la asociación entre nivel educativo bajo y mortalidad por Sida. id:106-6**

**Autores:** Sánchez E, Regidor E, de la Fuente L, Luquero FJ y de Mateo S.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;130:133-5. Citas 18. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La infección VIH (y sus consecuencias) es mayor en la población de posición socioeconómica más baja (al igual que ocurre con tantos otros problemas de salud). En este artículo se informa de la disminución de la mortalidad por sida tras el inicio del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), sobre todo en la población con nivel de estudios más bajo, disminuyendo la diferencia con los de más nivel (pero aún es grande, cinco veces más). Una atención sanitaria de calidad, y la disponibilidad y accesibilidad a tratamientos eficaces, hace disminuir las diferencias en salud.

**Evaluación de la competencia clínica de las facultades de medicina de Cataluña, 1994-2006: evolución de los formatos de examen hasta la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECOE). id:106-7**

**Autores:** Kronfly E, Ricarte JI, Juncosa S, Martínez JM.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2007;129:777-84. Citas 39. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Mejorar la formación de los médicos es necesario, y evaluar dicha formación imprescindible. Tradicionalmente la evaluación se ha centrado en los conocimientos; es necesario valorar también habilidades y actitudes. En este artículo se informa de los formatos de examen en las facultades de medicina de Cataluña, hasta la ECOE, en la que se valoran competencias en la anamnesis, exploración, habilidades de comunicación, técnicas, conocimientos, etc. Evaluación sumativa orientada a que los estudios se centren más en competencias y resolución de problemas que en asignaturas. Algo lógico, pero muy difícil de hacer.

**Los métodos destruyen la investigación clínica. id:106-8**  
*Assesing clinical discoveries.*

**Autor:** McWhinney IR.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Fam Med. 2008;6:3-5. Citas 6. MPF.  
**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** El autor, un clásico canadiense, escribe un bonito artículo en que reclama que no nos perdamos los generalistas con el relumbramiento de algunos métodos de investigación. Lo propio del médico general es conocer a los pacientes y seguirlos durante años. Eso tiene poco que ver con los estudios epidemiológicos y los ensayos clínicos, tan centrados en cuestiones muy concretas que transforman a los pacientes en cuestionarios e indicadores. Lo importante, destaca MacWhinney, es la observación clínica, el "descubrimiento" de algo nuevo (y habitualmente inesperado). Hay que reivindicar esta faceta de la investigación, ignorada por los métodos de investigación de moda. La práctica clínica diaria está llena de enigmas que conviene señalar, destacar y analizar. Eso es, también, investigación rigurosa.

**Trucos para publicar. id:106-9**  
*Preparing reports for publication and responding to reviewers' comments.*

**Autores:** Guyatt GH, Haynes RB.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Clin Epidemiol. 2006;59:900-6. Citas 6. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Se publica demasiado. Tanto que la mayoría es pura basura. Pero en una "carrera académica" es imprescindible publicar mucho, tanto se tenga interés en docencia como en investigación. Por ello es interesante este artículo, de dos canadienses de la Universidad Mac Master. Dan un montón de trucos para conseguir el objetivo de lograr la publicación de un texto. Por ejemplo, escribir una buena carta de presentación al enviarlo. O lograr un breve y conciso escrito. También dan consejos sobre cómo enfrentar los comentarios de los revisores, e incluso el rechazo del texto por la revista. Al final el conjunto de consejos llega al cinismo, por lo que ha levantado un gran debate.

**Publicar, sí, pero no a costa de la ciencia. id:106-10**  
*Submission of scientific papers should not become a sophistication.*

**Autores:** Stang A, Schmidt A.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Clin Epidemiol. 2007;60:535-6. Citas 2. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** El objetivo de publicar no es lograr engordar el currículum sino comunicar hallazgos científicos para que otros estudiosos los tengan en cuenta, los critiquen y los mejoren. En esa línea insisten los autores, alemanes, que critican en esta carta al director el texto de los canadienses anteriormente comentado. La respuesta de estos es pobre y se remite a recomendar un equilibrio entre ambición y pragmatismo. Pero lo que hay detrás es la dignidad de la investigación, del deseo de entender lo que sucede. Lo que mueve a la publicación debe ser noble, y no el puro publicar. Por ello no se puede ajustar la redacción del artículo incluso hasta cambiar la hipótesis del trabajo (los afeites *post hoc*, tan frecuentes).

**Defensa del publicar honrado.**

id:106-11

**Submission of scientific papers: an "early in their academia careers" scientists' point of view.****Autores:** Costa C, Bergallo M.**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Clin Epidemiol. 2008;61:412-3. Citas 1. JG.**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Los autores más cínicos y pragmáticos pueden lograr fácilmente publicar sus trabajos. Ello facilitará su carrera sólo si no se valoran correctamente las publicaciones (si se mide más la cantidad que la calidad). Los autores de esta carta al director, italianos, critican el artículo canadiense comentado más arriba. La obsesión con publicar en las "mejores" revistas significa aceptar sin más el valor científico del factor de impacto, y en muchos casos seguir los consejos de revisores que no sirven como tales (por hacer revisiones superficiales). Lo lógico es discutir las críticas mal fundadas de los revisores, lo que ayudará en el futuro a que trabajen mejor.

**El proceso real de publicación.**

id:106-12

**Pre-peer review, peer review, and post-peer review: three areas with potential for improvement.****Autores:** Stang A, Poule C, Schmidt A.**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Clin Epidemiol. 2008;61:309-10. Citas 6. JG.**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** El proceso de comunicar conocimiento científico es complejo. Uno de los medios más habituales es la publicación en revistas con revisión por pares. En este trabajo se analiza el proceso desde la preparación del manuscrito a las críticas por los lectores tras su publicación. El artículo es una crítica indirecta al de los canadienses Guyatt y Haynes. Insiste en la necesidad de ser honrados, tanto al preparar el texto como al contestar a los revisores. No cabe el doblegarse sin más a las críticas y modificar el texto para que sea del agrado de la revista (ni de los lectores). Analiza formas de mejorar el trabajo de los revisores, y pide que se dé más importancia a las cartas al director en los currículos.

**Una guía sobre EPOC poco intervencionista.**

id:106-13

**Diagnosis and management of stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Clinical Practice Guideline from American Collage of Physicians.****Autores:** Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Sherif K, Kilt TJ, Weinberger S et al.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med. 2007;147:633-38. Citas 54. MARL.**Calificación:** Muy Bueno.

**Comentarios:** ¿Debemos tratar a todos los pacientes con EPOC? Según esta guía estadounidense, no. El tratamiento con beta-agonistas, anticolinérgicos o corticoides inhalados debe reservarse para los pacientes con síntomas respiratorios y FEV1 <60%. Tampoco recomienda la espirometría para cribado de obstrucción aérea en personas asintomáticas. Parece que la obsesión por diagnosticar y tratar algunos problemas en fases muy precoces y asintomáticas, al menos en patología respiratoria, no tiene mucho sentido. Eso no quita de aconsejar hábitos saludables y no fumar (a quién fume).

**Ayudar a morir bien.**

id:106-14

**Autores:** Gac Sanit Bilbao.**Revista/Año/Vol./Págs.:** 2007;104:97. Citas 0. MPF.**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La eutanasia no es la solución ni un problema médico, defiende el autor, jefe de la unidad de paliativos del Hospital San Juan de Dios, de Santurce (Bilbao). En parte tiene razón, por cuanto muchos pacientes piden eutanasia por los fallos médicos de la atención a los terminales. Pero la solución no es la que se propone en este texto, y en muchos otros, de "universalización" de los programas de cuidados paliativos. Todos los médicos deberíamos saber enfrentarnos al proceso terminal de nuestros pacientes, especialmente los generalistas. Y la eutanasia debería ser una opción cuyas circunstancias se definieran por la sociedad. Lo que no puede seguir es la ceguera ante una realidad, tanto de carencias en el cuidado a terminales como de eutanasia de facto sin regulación.

**Morir dignamente.**

id:106-15

**Autores:** Vidán L, Aldamiz-Echevarría B, Amor JR.**Revista/Año/Vol./Págs.:** AMF. 2008;4:136-42. Citas 24. MPF.**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Este es un raro trabajo, pues concluye con "no es necesario ser especialista en cuidados paliativos para ayudar a morir en paz, es más un problema de actitud que de aptitud". Da gusto leer un texto así, que dedica un largo apartado a la espiritualidad, que define como la forma en que una persona encuentra significado, alivio y paz interior en su vida, a veces con la religión, muchas otras veces con el arte o la naturaleza, o mediante valores y principios. Además, los autores defienden como ideal la muerte en casa, aunque reconocen que se necesitan condiciones mínimas para lograrlo. Desde luego, se aboga porque el paciente tenga toda la información, pues la conspiración del silencio viola gravemente la dignidad del enfermo.

EPOC, asma,  
alergia

Pacientes terminales

**Del medicamento de fantasía a la enfermedad de fantasía.**

id:106-16

***Building strong condition brand.***
**Autores:** Angelmar R, Angelmar S, Kane L.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Med Marketing. 2007;7:341-51. Citas 23. MPF.

**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Los autores trabajan en Francia y EEUU, pertenecen a sectores interesados en la comercialización de productos (escuelas de negocios y demás) y en este caso se centran en los medicamentos. Reconocen que la industria lo ha hecho bien en lo que respecta a crear alianzas para sus medicamentos con nombres de fantasía (nombres registrados). Pero avisan que los médicos (y pacientes) muchas veces no identificamos los problemas en los que son útiles los medicamentos. Por ello proponen que en el futuro se insista en dichos problemas tanto como en los medicamentos. Es decir, piden que se promueva el "disease mongering", la creación de conciencia acerca del enfermar, por mucho que no se dé espontáneamente. Si se exagera, esta recomendación es peligrosa.

**La selección de ponentes.**

id:106-17

***Doctors' education: the invisible influence of drug companies.***
**Autor:** Moynihan R.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2008;336:416-7. Citas 5. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Las actividades de formación continuada deberían ser financiadas con fondos públicos (que podrían proceder de la industria privada, de impuestos o de otras fuentes). Cuando las actividades formativas se financian directamente por la industria no siempre se cumplen los tres requisitos básicos señalados por Mercedes Pérez Fernández, presidente del Comité de Ética de la REAP: transparencia, proporcionalidad e independencia. En muchos casos la industria interviene para "recomendar" los ponentes. Se hace de manera más o menos elegante, pero se hace. El autor, australiano con un sabático en el Reino Unido, presenta ejemplos concretos que no dejan duda. Conviene, en esos casos, ser honrados y compartir con la audiencia el consejo acerca de la selección de los ponentes.

**Las dificultades de la industria farmacéutica.**

id:106-18

***Balancing Big Pharma's book.***
**Autor:** Jack A.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2008;336:418-9. Citas 4. JG.

**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Aunque se critique a la industria farmacéutica, si desapareciera de un día para otro sólo se escucharían lamentos. Una cosa es lograr un compromiso social que evite abusos y otro no desear que siga existiendo. El autor, periodista del *Financial Times* revisa los dos problemas de la industria farmacéutica "pesada": la finalización de patentes, y los problemas con algunos medicamentos. En este año, y en los próximos, caducan varias patentes de medicamentos "estrella", lo que permitirá la competencia de los genéricos; con ello disminuyen los beneficios. Además, ha habido problemas con varios medicamentos, como la insulina por vía nasal, lo que también conlleva dificultades. Parece que, en general, está habiendo problemas para trasladar el nuevo conocimiento científico (de la genética, por ejemplo) a la tecnología farmacéutica.

**¿Descansar en el tratamiento con digoxina?**

id:106-19

**Autor:** Sanz Cantalapiedra R.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** AMF. 2008;4:48-9. Citas 12. MPF.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El autor se pregunta por la razón para aconsejar que el paciente descanse dos días por semana en el tratamiento con digoxina. La digoxina es útil en pacientes con insuficiencia cardiaca cuando falla el tratamiento habitual, y también cuando la causa es fibrilación auricular y se presenta taquicardia. En todo caso, no existen razones científicas para dejar dos días sin tratamiento al paciente. Lo lógico sería ajustar la dosis con presentaciones pediátricas (gotas), pues los dos días de descanso conllevan niveles sanguíneos por debajo de los terapéuticos. Si se utilizan los comprimidos, es mejor dejar un solo día de descanso, y valorar la digoxinemia ocasionalmente.

**Los consejos sobre el manejo de objetos pesados, poco útiles en el dolor de espalda.**

id:106-20

***Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: systematic review.***
**Autores:** Martino KP, Verbeek J, Karppinen J, Burlan A, Takaña EP, Kuijjer PFM et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2008;336:429-31. Citas 21. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El dolor de espalda es causa muy frecuente de incapacidad en la vida diaria y la laboral. De ahí el interés por su evitación, sobre todo en situaciones en que se prevé, como al manejar objetos pesados. Los autores, finlandeses con una beca australiana, revisan toda la literatura publicada sobre el efecto de enseñar a los trabajadores, y encuentran seis ensayos clínicos (con 17,720 participantes) y cinco estudios de cohorte (con 772 participantes). La enseñanza no es útil, ni para disminuir el dolor, ni la frecuencia, ni las bajas laborales.



**Los daños de la prevención, en el cáncer de pulmón.**  
***Computed tomography screening and Lung Cancer Outcomes.***

id:106-21

**Autores:** Bach PB, Jett JR, Pastorino U, Tockman MS, Swensen SJ, Begg CB.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2007;297:953-961. Citas 48. MARL.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** En prevención no siempre más es mejor. El cribado de cáncer de pulmón (CP) en fumadores mediante tomografía computarizada (TC) no reduce el riesgo de cáncer avanzado ni de muerte por cáncer. Pero sí conlleva sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento, como se ve en este estudio, en el que entre 3.246 personas cribadas se diagnosticaron 144 casos de CP, 42 avanzado, 109 sufrieron una resección, y 38 murieron, frente a los 44 casos, 33 avanzados, 11 resecciones, 39 muertes esperadas. Así que de momento prudencia, y no cribado CP en la práctica cotidiana.

**El cribado de los fumadores llevado a su extremo. A propósito del cáncer de pulmón.**

id:106-22

**Autores:** Córdoba R, Coscollar C.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2007;39:521-3. Citas 22. MPF.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los firmantes son del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, pero tienen claro que la prevención tiene sus límites, y revisan los datos acerca de la utilidad de la tomografía "preventiva". Destacan dos sesgos, el del hallazgo de tumores que nunca hubieran tenido relevancia clínica, y el del adelanto del diagnóstico, que afecta más a los cánceres de crecimiento lento. Dicen que la mejor prevención es dejar de fumar. No dicen que el argumento más sólido es la incidencia, de un cáncer de pulmón en cada ocho fumadores a un cáncer de pulmón en cada ochocientos no fumadores. Además, la tomografía torácica no cambiaría, claro, los otros 9 tipos de cáncer ligados al tabaco, ni las otras 15 enfermedades que conlleva el tabaquismo.

**Cómo llevar a cabo un cribaje de calidad.**  
***Maximising benefit and minimising harm of screening.***

id:106-23

**Autores:** Gray JAM, Patrick J, Blanks RG.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2008;336:480-3. Citas 17. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El gobierno inglés está dispuesto a que el Servicio Nacional de Salud gire hacia la prevención, lo que no deja de ser una tontería, que como ha dicho Iona Heath transferirá recursos de viejos a jóvenes, de enfermos a sanos, y de pobres a ricos. Los autores deciden hacer de necesidad virtud, y examinan en profundidad el programa de cribaje de cáncer de mama en el Reino Unido, que ponen de ejemplo. La verdad es que es un programa ejemplar, pero la disminución de muertes por cáncer de mama hay que achacarla a muchas cosas, y el cribaje con mamografía logra más bien poco. Pero vale la pena leer el texto para hacerse idea de cómo podría establecerse, en general, un programa de cribaje.

**Políticas de lucha contra el tabaquismo en el siglo XIX.**

id:106-24

**Autor:** Olagüe G.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Eidón. 2008;26:51-5. Citas 18. MPF.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Un historiador, catedrático en la Universidad de Granada, firma este agradable texto, lleno de lecciones para el presente. Parecería que el hombre tenga necesidad constante de drogarse, bien con café, bien con té, bien con alcohol, bien con tabaco, bien con otras drogas legales e ilegales. Pero la historia del tabaquismo demuestra que desde muy pronto se intentó frenar esta plaga con intentos varios en el siglo XIX, algunos muy interesantes como el del español Antonio Torrents, con su folleto "¡Fuera tabaco y humo!", de 1896. Las cosas se complicaron al sumarse los nazis a las ligas anti-tabaco, en su campaña por la salud de la raza aria. Con ello el fin de la Segunda Guerra Mundial trajo la epidemia actual de tabaquismo al unirse promoción del tabaco y libertad para fumar a democracia.

**Abandono y prevalencia del tabaquismo: sexo, clase social y atención primaria de salud.**

id:106-25

**Autores:** Villalbí JR, Daban F, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, Borrell C.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2008;40:87-92. Citas 30. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** El tabaquismo no se distribuye al azar, pues fuman más los pobres y faltos de educación formal. Ante el tabaquismo una de las mejores intervenciones es el consejo del médico para el abandono. Los autores, barceloneses, analizan el uso del tabaco y el abandono del mismo a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona. La atención médica privada se asocia a más abandono. En el sector público, no hay diferencias entre los centros de primaria reformados/sin reformar. Los varones pobres son los que tienen más riesgo de empezar a fumar, los que más fuman y los que menos lo abandonan.

**Deje de fumar para evitar la degeneración macular.  
Primary prevention of age related macular degeneration.**

id:106-26

**Autor:** Evans J.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2007;335:729. Citas 13. JG.  
**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Como cada día hay más viejos cada vez hay más ciegos. En mucho se debe a la mayor prevalencia de la degeneración macular. Bien una atrofia geográfica localizada, bien una degeneración neovascular en toda la mácula. En este editorial se comenta un trabajo en ese número de la revista sobre la falta de eficacia de las dietas y complementos vitamínicos en la prevención de la degeneración macular. Las dietas ricas en frutas y hortalizas son en cualquier caso saludables, pero los complementos tienen inconvenientes (los fumadores tienen más cáncer de pulmón si toman beta-carotenos, y los diabéticos y pacientes con enfermedad vascular tienen más insuficiencia cardíaca si toman vitamina E).

**Supervivencia de pacientes diagnosticados de cáncer de próstata seguidos en atención primaria.**

id:106-27

**Autores:** Díaz GJ, Palmeiro G, Casado I, Arandia M, Álvarez S, González M.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2007;39:603-8. Citas 34. MPF.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Es raro encontrar un trabajo como este, de seguimiento de pacientes en atención primaria en el medio rural. Se incluyeron 87 pacientes con cáncer de próstata, de 6 cupos médicos rurales de la provincia de Orense, seguidos entre enero de 1992 y mayo de 2005. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 76 años, y en el momento de la muerte de 83. La mediana de supervivencia fue de seis años. El 45% de los muertos falleció por el propio cáncer de próstata. La mediana del retraso diagnóstico fue de 31 días, y el mayor retraso no influyó en la supervivencia.

**Long term risk of invasive cancer after treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade 3: population based cohort study.**

id:106-28

**Autores:** Strander B, Andersson-Ellström A, Milsom I, Sparén P.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2007 online first. Doi:10.1136/bmj.39363.471806.BE. Citas 21. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Estudio prospectivo de cohortes con datos del registro de cáncer sueco (¡que gusto!, tener buenos registros temporales de cáncer y explotarlos). Las mujeres tratadas de lesiones cervicales CIN 3 mantienen un elevado riesgo de padecer cáncer de cérvix incluso 25 años después, sobre todo en las mayores de 50 años (y también de cáncer de vagina). En ambos está implicado el virus del papiloma humano (VPH). Hace falta un seguimiento de las mujeres tratadas de lesiones precursoras de cáncer, y en esta época de vacuna frente al VPH estudiar bien su impacto.

**Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer.**

id:106-29

**Autores:** Gil FL, Costa G, Pérez FJ, Salamero M, Sánchez N, Sirgo A.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc).2008;130:90-2. Citas 10. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El padecimiento de cáncer supone un importante impacto en todos los aspectos de la vida del individuo y de su entorno. Lógicamente también en lo psicológico. En este estudio realizado en Barcelona, el 24% de los pacientes con cáncer presentaba criterios de trastorno mental, principalmente adaptativo (77,3%). Situación que requiere atención, pero con frecuencia sin necesidad de "psiquiatralizar" la situación. Hay muchas situaciones en la vida a las que cuesta "adaptarse", y en las que podríamos ayudar (y ayudamos) desde atención primaria.

**Coste del proceso diagnóstico del cáncer colorrectal.**

id:106-30

**Autores:** Novoa AM, Cots F, Maciá F, Castells X.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc).2008;130:116-7. Citas 8. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Globalmente, el cáncer colorrectal es el más frecuente en nuestro medio. En este artículo se cuantifica el coste de su proceso diagnóstico desde el primer síntoma relacionado con el tumor (con todas sus limitaciones), con una media por paciente de 8.137 €, la mayoría hospitalario (98,7%). Situación que refleja en parte el escaso peso de la atención primaria en el diagnóstico del cáncer colorrectal (no sólo en los costes), al igual que en otros cánceres. ¿No podríamos tener en primaria un papel más activo y concluyente en el diagnóstico de cáncer? A veces, sospecharlo y poco más...

**Déficit de vitamina D en la fractura osteoporótica de cadera y factores asociados.**

id:106-31

**Autores:** Larrosa M, Casado E, Gómez A, Moreno M, Berlanga E, Ramón J, Gratacós J.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2007;130(1):6-9. Citas 34. MARL.**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La fractura de cadera es un problema relativamente frecuente en los mayores. En su origen están implicados múltiples factores, entre los que no siempre la osteoporosis es el más determinante. En este estudio de 324 pacientes con fractura de cadera se observa una edad media de 83 años, e hipovitaminosis D en el 67%; esta es más frecuente en los que tienen menor exposición solar, peor estado nutricional y baja capacidad funcional. Habrá que intentar que los ancianos estén bien nutridos, mantengan una adecuada capacidad funcional, se expongan al sol, tomen suplementos de vitamina D y calcio, y que no se caigan.

**Elección de mastectomía radical por la paciente con cáncer de mama.**

id:106-32

**From policy to patients and back: surgical treatment decision making for patients with breast cancer.****Autores:** Katz S, Hawky ST.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Health Affairs. 2007;26:761-9. Citas 38. MPF.**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Las mujeres aceptan muchas veces un sobre-tratamiento en el caso del cáncer de mama, y los autores intentan entender el porqué. Aciertan al enfocar el problema en sus justos términos, que van más allá de la simple imposición médica. De hecho, en la actualidad se suelen ofrecer tratamientos menos agresivos, pero las mujeres con frecuencia piden los más radicales, como forma de "erradicar" el problema, de disminuir la probabilidad de recurrencia y muerte por cáncer de mama. Lo prudente sería escuchar a la mujer, y darle tiempo para explicar su elección, que puede tener causas múltiples. Lo sencillo, creer que la mujer se equivoca, no resuelve el problema.

**No con menos de 50 años.**

id:106-33

**Participation in mammography screening.****Autores:** Schwartz LM, Woloshin S.**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ. 2007;335:731-2. Citas 8. MPF.**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Los autores comentan la falta de eco de la propuesta del *American College of Physicians* de que no se recomiende sistemáticamente la mamografía a las mujeres de menos de 50 años. Eso había costado un disgusto a los *National Institutes of Health*, con una decisión unánime del Senado estadounidense para que se hiciese sistemáticamente, en contra del consejo científico. Parece que las cosas se han calmado y que se puede hablar de nuevo de cuestiones sensibles con sensatez. El editorial destaca por insistir en que se le explique a la mujer que todo cribaje tiene daños, y que el impacto de la mamografía en la mortalidad por cáncer de mama es casi ridículo (0,08% en mujeres de 40 a 49 años, y 0,30% en mujeres de 50 a 69 años).

**Amenazas de cambios en el Reino Unido.**

id:106-34

**How can the UK National Health Service be broke?****Autor:** Stephenson T.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Dis Child. 2007;92:189-90. Citas 13. JG.**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** El Reino Unido ha sido mucho tiempo un ejemplo para la Medicina General del mundo entero. Pero no lo es en la actualidad, por los cambios sin sentido ni control a que lo están sometiendo los políticos (deunoyotrosigno). Por ejemplo, se ha decidido que cada año pasará el 5% del presupuesto de atención secundaria (especializada) a primaria, lo que parece excelente. Pero mucho de este dinero se destina a cosas increíbles, como los contratos a compañías privadas para que lleven centros de salud (para los que se contrata a médicos generales con salario), y a los incentivos por rendimiento (P4P), que fomentan "hacer", con independencia del impacto en la salud de la población.

**El sistema sanitario holandés con ojos estadounidenses.**

id:106-35

**Lost in transition: why the highly-touted Dutch health system would not be a good idea for the US.****Autor:** Anónimo.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Health Letter. 2008;24:1-6. Citas 0. JG.**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** EEUU es el único país del mundo desarrollado que no tiene una cobertura universal de su población. Los más lógicos piden que se instaure un sistema tal, del estilo de lo que hay en otros países desarrollados. Algunos proponen como ejemplo a los holandeses, y en este trabajo se analiza porqué el sistema sanitario holandés no es el mejor ejemplo, y de paso se considera en profundidad la experiencia holandesa. Lo peor es que hay múltiples aseguradoras que tienen que competir entre sí al ofrecer un paquete básico universal, más lo que sea peculiar de la oferta. En todo ello se genera un alto coste de transacción y no se sabe si sirve para mucho. Queda bonito como ejercicio, pero nada más.

**Los excesos de la salud.**

id:106-36

**A saúde persecutoria. Os limites da responsabilidade.**

**Autores:** Castiel LD, Álvarez-Dardet C.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. Citas: Libro. MPF.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Este libro ayuda a reflexionar sobre los excesos personales y colectivos para lograr la salud. Los autores, brasileño y español, consideran los problemas de los factores de riesgo y las conductas de la búsqueda de una salud perfecta. En la "Introducción" re-inventan el mundo de Swift y Borges con Neo Laputa, un mundo en que se mezcla ciencia y ficción dominado por rigurosos investigadores ante los que se ha desarrollado un movimiento extremista, Molhonia (o Movimento de Libertação do Humano Oprimido no Interior de Acadêmico), de oposición al estado de cosas. Dedicamos varias páginas a los problemas que conlleva el actual enfoque de factores de riesgo, y al riesgo de un futuro con una maquina capaz de darnos el parte diario sobre la evolución de nuestros riesgos, según nuestra conducta.

**Malicia sanitaria y prevención cuaternaria.**

id:106-35

**Autor:** Gérvas J.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit Bilbao. 2007;104:93-6. Citas 35. MPF.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** El autor revisa los abusos del sistema sanitario, que muchas veces no son propiamente engaño, sino ignorancia o ingenuidad. Lo malo es, señala, que muchos médicos se ven expuestos a la mentira indirecta. Se les lleva a falsas conclusiones a través de medias verdades, extrapolaciones atrevidas, interpretaciones sesgadas, afirmaciones inciertas y/o simplificaciones atrevidas. Lo cierto es que a los médicos generales nos convierten así en "agentes necesarios", por ejemplo, para promover los chequeos tipo "niño sano". Son las mil cosas que al final hacemos con poco fundamento científico, y muchas veces con impacto negativo en la salud de los pacientes. Por ejemplo, el exceso de ecografías en el embarazo (cuando no se sabe si es útil ni una sola), o la terapia substitutiva indiscriminada en la menopausia (en lugar de seleccionar a las pacientes que realmente lo necesitan).

# 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 918 070 479

En cumplimiento de la Ley Organica 16/1999 de 13 de diciembre de protección de Cartas 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 ejercitarlos dirigiéndose por escrito a la dirección del responsable arriba mencionado, indicando CIC Centro de Información de GSK".