

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

**Atención pre-natal científica.***National Collaboration Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant women.*

id:109-1

Revista/Año/Vol./Págs.: London: NICE; 2008. Citas Libro. MPF.

Calificación: Muy bueno.

**Comentarios:** En este texto se demuestra que mucho de lo que se hace durante el embarazo sano es inútil y peligroso. La atención a la mujer constituye hoy en día un ejemplo de encarnamiento diagnóstico y terapéutico. Al respecto nada como el seguimiento del embarazo sano, que se ha convertido en una verdadera tortura. Estar embarazada ya no es una fuente de alegría y bienestar, sino de preocupación y ansiedad, a base de pruebas, revisiones y medicalización. Se propone dar ácido fólico sólo hasta la 12ª semana, no pesar rutinariamente a la mujer, buscar la diabetes gestacional en las mujeres con algún factor de riesgo (pero no en todas), etc.

**Eficacia de la gabapentina en el tratamiento del síndrome del túnel carpiano.**

id:109-2

Autores: Taverner D, Lisbona MP, Segalés N, Docampo E, Calvet J, Castro S, Benito P.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2008;130:371-3. Citas 10. MARL.

Calificación: Bueno.

**Comentarios:** El síndrome del túnel carpiano se trata habitualmente con analgésicos, antiinflamatorios, medidas fisioterapéuticas, etc, y en ocasiones mediante descompresión quirúrgica. Al ser un dolor neuropático, en este trabajo se valora la eficacia de gabapentina (1.800 mg/d 6 meses) y se concluye que es eficaz en la reducción del dolor y la mejoría sintomática; el EMG permaneció estable en la mitad de los casos, mejoró o curó en el 31,6% y el 15,8% empeoró. En el 28% se retiró el tratamiento por efecto adverso. Merece tenerlo en cuenta para algunos casos.

**Efectividad de los fármacos utilizados como modificadores de la enfermedad artrósica.**

id:109-3

Autores: Sanfélix-Gimeno G, Reig-Mollá B, Sanfélix-Genovés J, Giner-Ruiz V.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2008;130:463-5. Citas 24. MARL.

Calificación: Bueno.

**Comentarios:** Artículo en el que se concluye que el sulfato de glucosamina y el condroitín sulfato enlentecen la pérdida de amplitud del espacio articular de la rodilla; el ac. hialurónico presenta resultados discrepantes y la diacereina ofrece resultados positivos en cadera, pero no en rodilla. Ninguno de estos fármacos ha demostrado modificar el resultado de la artrosis como mecanismo de destrucción articular, ni disminuir la necesidad de artroplastias. Las pruebas no son concluyentes, y habrá que seguir valorando su utilidad en un problema tan importante como la artrosis.

**El impacto de los medicamentos en el bienestar. Informe SESPAS 2008.**

id:109-4

Autor: Ortún V.

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):111-7. Citas 24. MPF.

Calificación: Excelente.

**Comentarios:** El autor es economista de la salud, de los pocos a los que se les entiende lo que escribe, y en este texto analiza la contribución de los medicamentos a la mejora de la salud. Lo importante es que destaca las ventajas industriales (beneficios en conocimiento y en negocio) y en salud (menos mortalidad, más calidad de vida). Reconoce que hay que mejorar, y sugiere cosas tan sensatas como incentivar la innovación a través del mejor pago o más apoyo a los medicamentos nuevos con mayor aumento de efectividad respecto a los ya en el mercado. Desde luego, sostiene que hay que incentivar a los médicos para que prescriban mejor (no deberíamos necesitar incentivos para hacerlo, pero...).

**Estudio comparativo del consumo de psicofármacos en residencias geriátricas.**

id:109-5

Autores: Sicras-Mainar A, Peláez J, Castellá A, Rodríguez-Darriba M.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria. 2008;40:263-4. Citas 10. MPF.

Calificación: Muy bueno.

**Comentarios:** A partir de datos de farmacia, los autores determinan el uso de medicamentos por los ancianos recluidos en asilos en dos sectores sanitarios de Barcelona, y comparan 2001 y 2006, especialmente en lo que se refiere a psicofármacos. El gasto anual por paciente "asilado" pasó de 1.576 a 1.929 euros (aumento del 22%). En el grupo de psicofármacos pasó de 187 a 246 euros (aumento del 32%). Se observa un aumento espectacular del consumo de quetiapina, olanzapina y risperidona; en los antidepresivos, el consumo se desplaza a citalopran, escitalopran, mirtazapina y venlafaxina. Persiste el consumo de medicamentos con propiedades anticolinérgicas y sedativas de vida media larga.



**¿Qué es un conflicto de interés?  
*Big business, big science?***

id:109-6

**Autor:** Smith GD.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Internat J Epidemiol. 2008;37:1-3. Citas 19. JG.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Cuando se habla de conflictos de interés se suele pensar en los problemas que surgen al tener dos jefes, varias actividades, o múltiples fuentes de ingresos. El director de la revista concluye que las cosas no son tan sencillas, y que lo mejor es preguntar a los autores de trabajos científicos (artículos, guías y demás) por sus conflictos de interés, y que sean ellos los que interpreten a qué se refiere la cuestión. Desde luego, el simple ataque ad *hominem* respecto a finanzas no es crítica científica, y no se deberían de confundir. Otra cosa es que en estas cuestiones haya epidemiólogos "mercenarios" que vendan sus conocimientos a la industria, y actúen a sus órdenes sin que se sepa.

**Influencias espurias en fármaco-epidemiología.  
*Corporate influences on epidemiology.***

id:109-7

**Autor:** Pearce N.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Internat J Epidemiol. 2008;37:46-53. Citas 57. JG.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Sin querer uno tiende a pensar que los problemas de relación médico-industria se reducen a los de los médicos clínicos. Pero la cuestión va mucho más allá, como demuestra el autor (neozelandés, promotor de una campaña mundial exitosa de reducción del uso del fenoterol en el tratamiento del asma). Hay problemas con los epidemiólogos, los clínicos, los "expertos", las autoridades reguladoras, los investigadores, y las asociaciones científicas y profesionales. Los médicos clínicos pueden sentirse amenazados al ver las críticas como una acusación sobre el mal uso de su ciencia y arte. En todo caso, hay que ver las ciencias de la salud como un maratón, no una carrera de velocidad, y tratar de mantener un ritmo que corrija errores y logre más beneficios que perjuicios.

**La distribución y dispensación de medicamentos en España.**

id:109-8

**Autor:** Meneu R.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Fundación Alternativas, Documento 130/2008; 2008. Citas 40. MPF.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** El autor, valenciano, médico y economista, ha sido crítico siempre con la atención farmacéutica y con la actual forma de distribución de medicamentos en España. En este excelente informe para la Fundación Alternativas hace una síntesis de trabajos previos y avanza unos pasos más. Tenemos 21.000 oficinas de farmacia, y es hora de que se separe la autorización de su apertura con la "concesión" de dispensación de medicamentos con recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud. Éste podría utilizar su poder de compra para establecer convenios con farmacias que cumplieran determinados requisitos. Desde luego, el autor también propone cambios en la forma de pago, para remunerar el valor añadido, y abolir la normativa que une capacidad de apertura de farmacia a titulación de farmacéutico.

**A Nationally Representative Case-Control Study of Smoking and Death in India.**

id:109-9

**Autores:** Jha P, Jacob B, Gajalakshmi V, Gupta PC, Dhingra N, Kumar J, et al. for the RGI-CGHR Investigators.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med 2008;358:1137-47. Citas 34. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Ya sabemos que el tabaco produce morbilidad y muerte, y cuando esto se observa en países como India, las cifras absolutas pueden ser enormes. Allí fuman el 5% de mujeres y el 37% de hombres. En este estudio se señala que el tabaco por sí mismo produce un aumento de la mortalidad por tuberculosis, enfermedades respiratorias, vasculares y cáncer, estimando que la vida de los fumadores se reduce 8 años en las mujeres y 6 en los hombres. Entre los 30-69 años, 1/5 de los hombres muere por el tabaco.

**Efecto del tabaco en la incidencia de depresión en la cohorte SUN  
(Seguimiento Universidad de Navarra).**

id:109-10

**Autores:** Sánchez-Villegas A, Serrano-Martínez M, Alonso A, de Irala J, Tortosa A, Martínez-González MA.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;130:405-9. MARL. Citas 34.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Estudio en el que se observa una relación directa entre el consumo de tabaco y la incidencia de depresión, sin determinar su mecanismo (¿predisposición genética, ambiental, rasgos de la personalidad, otros?). Pero el carácter prospectivo del estudio refuerza la hipótesis del efecto causal del tabaco en la depresión. Parece que el tabaco influye negativamente en la salud, no sólo física, sino mental (y quizá más últimamente con la presión y restricciones a los fumadores).

**Efecto del calor sobre el número de urgencias hospitalarias en la región de Murcia durante los veranos del periodo 2000-2005 y uso en la vigilancia epidemiológica.** id:109-11

**Autores:** García-Pina R, Tobías A, Sanz J, Navarro C, García-Fulgueiras A.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Esp Salud Pública. 2008;82:153-66. Citas 37. MPF.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Si aumenta la mortalidad, tiene que aumentar la morbilidad, piensan los autores. Por ello analizan el número y tipo de urgencias atendidas en los veranos de seis años en los hospitales murcianos. No se demuestra asociación excesiva entre los días de más calor y el uso de urgencias. Con más de 22,4° C de mínima, aumenta un 1,6% el uso, y aumenta un 0,21% por cada grado de temperatura que suba. Respecto a los golpes de calor, hay aumento, pero el 38% de los casos ingresados no se notificaron. En el 40% de los casos el golpe de calor tuvo origen laboral. La letalidad fue del 16%.

**El impacto del calor extremo en la salud: nuevos retos para la epidemiología y la salud pública.** id:109-12

**Autor:** Ballester F.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Esp Salud Pública. 2008;82:147-51. Citas 22. MPF.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El editorialista, valenciano, comenta los resultados del trabajo previo, y no le sorprenden, pues ya se sabía que hay poca relación entre morbilidad y mortalidad por las olas de calor. El interés procede del exceso de mortalidad demostrado en el verano de 2003 en Europa (unas 44.000 muertes más). Mueren más los niños pequeños, los ancianos, las mujeres y los pobres. Hay diferencias por "zonas"; por ejemplo, el exceso de mortalidad se da en La Coruña a partir de 26,2° C y en Córdoba a partir de 41,2° C. La alarma puede proceder del cambio de uso de urgencias, pero hay que afinar (por ejemplo, más consultas por mayores de 70 años, o más fallecidos en urgencias).

**Temperaturas extremadamente elevadas y su impacto sobre la mortalidad diaria según diferentes grupos de edad.** id:109-13

**Autores:** Linares C, Díaz J.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit. 2008;22:115-9. Citas 26. MPF.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En este trabajo se manejan datos de Madrid, desde 1986 hasta 1997, de temperaturas veraniegas y su impacto en la mortalidad. Los muertos aumentan en todos los grupos de edad, a partir de los 10 años. En los mayores de 75 años la mortalidad es el doble que en los de 45 a 64 años. El impacto se produce a partir de los 36,5° C (el percentil 95 de la serie de temperaturas), lo que demuestra la adaptación de la población al ambiente local. La mortalidad por causa circulatoria es inmediata; las causas respiratorias aparecen a la semana del máximo. En obesos, alcohólicos y los pacientes en tratamiento psiquiátrico el efecto es mayor.

**Debates ideológicos en Medicina de Familia. Ideological debates in Family Medicine.** id:109-14

**Autores:** Buetow S, Kenealy T (editores).  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** New York: Nova Science Publishers; 2007. Citas Libro. MPF.  
**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Los coordinadores de este libro son neozelandeses, pero el libro tiene una colección de autores del mundo entero que revisan las cuestiones claves para el general de los médicos de primaria. Todos los problemas tratados son de máxima actualidad, de forma que si uno lee el libro se puede hacer idea de qué se está "cociendo", y quienes son los autores clave (bien firmantes de los 26 capítulos, bien citados en la bibliografía). Por ejemplo, sobre los excesos de la prevención, dos capítulos de debate (siempre es así, uno a favor y otro en contra) acerca del mayor o menor énfasis en los pacientes (no en los sanos), con Iona Heath defendiendo el mayor enfoque centrado en los pacientes y no en una prevención excesiva.

**¿La última frontera?.** id:109-15

**Autor:** Anónimo.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Informatiu Agencia Aval Tecnol Recerca Med. 2008;42:13. Citas 3. JG.  
**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Cuando uno oye hablar de "última frontera" siempre se suele referir a ambientes inhóspitos, como los de Marte, o las profundidades abisales. Pero hay otras fronteras, en nuestro interior, mucho menos exploradas que las fronteras de la genética. Son los límites de la consciencia, de nuestro propio cerebro. Seguimos siendo ignorantes acerca de cuestiones tan elementales como las "causas2 y el proceso de la bondad o de la inteligencia. Se empieza a pensar en un poder omnímodo para cambiar los estados de ánimo (la "fluor-xetinización" de las aguas, en lugar de su fluoración), pero no deja de ser una *boutade*. Este editorial se dedica a la cuestión, deja claros los problemas, y considera algunas de los posibles problemas. Insiste en lo obvio, en la necesidad de conocernos a nosotros mismos.

**Evolución de los casos de parotiditis confirmados serológicamente en la Comunidad de Madrid durante un periodo de 7 años (2000-2006).** id:109-16

**Autores:** Sanz JC, de Ory F, Fernández M, Herranz N, Méndez N, Ramírez R.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;130:292-4. Citas 10. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En los últimos años estamos asistiendo a diversos brotes de parotiditis. En este artículo se describen dos ondas epidémicas en la comunidad de Madrid, la primera en niños y la segunda en adultos. La reemergencia de la parotiditis en España se ha relacionado con la vacunación hacia 1990 con la cepa Rubini, que evitaba la sensibilización a proteínas aviarias, pero era menos inmunógena. Hay que evitar la falsa seguridad tras algunas vacunaciones. Se ha planteado la conveniencia de reforzar la vacunación de en adultos, pero no está clara su efectividad.

**Demora del tratamiento antibiótico y evolución de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad que requieren hospitalización.** id:109-17

**Autores:** Querol-Ribelles JM, Tenías JM, Forés R, Vila G, Lillo A, Beneyto M, Torres J.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;130:366-70. Citas 15. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se aconseja antibioterapia precoz para mejorar el pronóstico. En este estudio, realizado en Valencia, con un gran número de pacientes (659 NAC ingresadas), fallecieron el 11,6%. La demora del tratamiento antibiótico se asoció con mayor mortalidad, estancia más prolongada y más complicaciones, sobretodo si se había estado más de 48 horas con fiebre. En la NAC, hace falta diagnóstico temprano (o sospecha del mismo), e inicio tratamiento antibiótico cuanto antes (no se entra en qué antibiótico sería mejor).

**Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de *Escherichia coli* a los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico.** id:109-18

**Autores:** Andreu A, Planells I, y Grupo Cooperativo Español para el Estudio de la Sensibilidad Antimicrobiana de los Patógenos Urinarios.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008; 130:481-6. Citas 26. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Información respecto a 2006 de los patógenos urinarios (grupo que los publica periódicamente). El 70% de las ITU son por *E. coli*. Su resistencia a antibióticos es muy variable, en función del área geográfica, y las características personales, siendo menor para fosfomicina (1,7%); el 8,1 es resistente a amoxiclavulánico y el 23,9% a quinolonas (mayor en ancianos y en zonas como Valencia). Para mejorar el tratamiento empírico de las ITU, debemos tener buena información epidemiológica local (etiología y resistencias), lo que no es habitual.

**Sin discusión de política sanitaria en los EEUU.** id:109-19

**Autores:** Woolbandler S, Himmelstein D. Health Policy Placebos.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Health Letter. 2008;24:1-2. Citas 0. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Sin querer uno termina estando al tanto de lo que sucede al otro lado del Atlántico, en los EEUU. Ahora, con sus elecciones presidenciales, todo nos rebota, desde cuestiones de algún interés a lo irrelevante. Llama la atención que no se oiga nada sobre planes de salud, cuando en EEUU el gasto sanitario está sin control (más del 16% del PIB), y la actividad de su sistema sanitario es la tercera causa de muerte (un cuarto de millón de estadounidenses muertos anualmente por la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario). En este texto político se critica los candidatos demócratas por no ofrecer nada, y menos cobertura pública general. Destacan que se gastan el 31% en burocracia.

**Más cirugía en África.**  
***The "other" neglected diseases in global public health: surgical condition in sub-saharan Africa.*** id:109-20

**Autores:** Ozgediz D, Riviello R.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** PLoS Med. 2008;5:e.121. doi: 10.1371/journal.pmed.0050121. Citas 46. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Uno tiende a pensar en las vacunas como cosa barata y eficaz. Y generalmente acierta, sobre todo si se habla de las vacunas baratas. Pero los autores insisten en que la cirugía básica compite con las vacunas baratas. Y es mucho más coste eficaz, por ejemplo, que el tratamiento anti-retroviral, por barato que este sea. Proponen implantar más cirugía resolutive en África, región en la que las lesiones y accidentes producen más muertes en la infancia que el SIDA (y son la segunda causa de muerte en adultos jóvenes, tras el SIDA). Sacan ejemplos de intervenciones simplificadas y muy baratas, por ejemplo para las cataratas. Otra área que precisa más desarrollo es la cirugía obstétrica.

**Análisis de la demanda asistencial en dermatología de la población inmigrante.**
**id:109-21**
**Autores:** Albares M<sup>º</sup>P, Ramos JR, Belinchón I, Betlloch I, Pastor N, Botella R.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit. 2008;22:133-6. Citas 13. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Se habla con frecuencia de la demanda de servicios sanitarios de los inmigrantes, considerándola elevada, pero en este trabajo, realizado en Alicante, se constata que la demanda, al menos en dermatología, es menor que la de la población autóctona (5,7 episodios por 100 inmigrantes, frente a 16,2 en población autóctona). Se consulta menos, por motivos distintos, y de forma no homogénea. Y desde luego, se ve que los del lugar consultan mucho (uso y ¿abusos?).

**Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida.**
**id:109-22**
**Autores:** Soler-González J, Serna C, Rué M, Bosh A, Ruiz MC, Gervilla J.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2008;40:225-31. Citas 20. MPF.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En este trabajo leídanos los inmigrantes pobres ("de países de renta baja y media") utilizaron más las consultas de primaria que los locales. El estudio se hizo de marzo a agosto de 2005, en 15 consultas de atención primaria, donde se atendieron a 1.599 inmigrantes, cuya utilización se comparó con la de una muestra de 4.156 locales (nacidos en España, para decirlo bien). Los inmigrantes consultaron más a los médicos generales, y a los ginecólogos, y se les pidieron más pruebas complementarias. Fueron menos a la enfermera, lo que parece deberse a sus problemas de salud (agudos).

**Inmigración, estado de salud y uso de servicios de atención primaria.**
**id:109-23**
**Autor:** López Lázaro L.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2008;40:232-3. Citas 5. MPF.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El autor de este comentario editorial no muestra su asombro por los resultados del trabajo previo, sobre inmigrantes en Lérida. Pero señala que en general los inmigrantes emplean los servicios sanitarios menos que los locales (tanto los servicios de atención primaria como los hospitalarios). El inmigrante suele tener mejor salud que el local, y menos hábitos tóxicos, como consumo de tabaco y de alcohol. Para entender los datos del estudio se supone que el inmigrante que consulta lo hace más enfermo, lo que exige más consulta y más consumo de pruebas complementarias. No se puede negar, pero resulta raro.

**En España, menos desigualdad que en Suecia.**
**id:109-24**
**Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries.**
**Autores:** Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJP, Schaap MM, Mevielle G, Leinsalu M et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med. 2008;358:2468-81. Citas 40. JG.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Tendemos a ver a nuestra sociedad como muy injusta, y lo es. Pero conviene comparar España con el resto de Europa, para poner las cosas en su sitio. En este trabajo se vuelve a dejar claro que (como con datos de los 80) los datos de los 90, y de comienzo del siglo XXI demuestran que España es el país europeo con menor desigualdad socioeconómica en lo que respecta a muerte y salud. Es decir, como en todos sitios los pobres mueren más, y tienen más enfermedades, y menos educación. Pero en España las diferencias entre pobres y ricos son menores que en otros países europeos.

**Impacto de las novedades terapéuticas para el tratamiento de la enfermedad obstructiva crónica y el asma en atención primaria de Madrid, entre 1996 y 2005.**
**id:109-25**
**Autores:** Rodríguez C, Hidalgo M<sup>º</sup>L.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit. 2008;22:105-14. Citas 33. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En los últimos años se han incorporado rápidamente a la prescripción algunas novedades farmacológicas respiratorias, que han tenido un gran impacto en el gasto (sobre todo salmeterol/fluticasona y tiotropio), aunque las autoras señalan que sus ventajas terapéuticas son limitadas (nula o muy pequeña en la mayoría de casos, y modesta para tiotropio). La información de la industria y los especialistas influyen mucho en los médicos de primaria. Se señala también la responsabilidad de la administración en la fijación de precios en fármacos que aportan poco.

**Reflexiones sobre la profesión de enfermería en España y en otros países europeos.**

id:109-26

**Autores:** Martín Payo R, Valcárcel Y, Espiñeira A.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Economía Salud. 2008;62:6-8. Citas 12. MPF.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Faltan enfermeras en España. Y faltan enfermeras especializadas, como exponen los autores, asturianos. De hecho, hasta ahora una enfermera tenía tal polivalencia teórica que podía pasar de instrumentista en el quirófano a un pueblecito y asesorar a los ancianos sobre cómo ponerse la insulina. Un poco extraño pero cierto, con impacto en la salud de la población. Existe norma para desarrollar las especialidades, pero no existe posibilidad todavía de cursar muchas de ellas, incluyendo la de "enfermería familiar y comunitaria". La cosa se complica por el paso al grado superior de la formación en enfermería, de forma que nos faltará todavía más el personal auxiliar que necesitamos. Faltan enfermeras y falta personal auxiliar.

**La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España. Informe SESPAS 2008.**

id:109-27

**Autor:** Gérvas J.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit. 2008;22(Supl 1): 163-8. Citas 33. MPF.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Como la atención primaria no funciona, se le ponen prótesis, en lugar de arreglarla. Esta es la síntesis del pensamiento del autor respecto a los programas de gestión de enfermedades y de casos. Su existencia prueba que las cosas no funcionan (con sufrimiento y hasta muerte de los pacientes, por ejemplo en la insuficiencia cardiaca). Se pretenden arreglar con soluciones verticales, una por problema o enfermedad (con mucha tecnología de la información y del conocimiento, y mucha enfermera y participación del paciente). Pero todo ello se puede lograr si se apoya, exige, premia y castiga a médicos y enfermeras de primaria para que hagan lo que tienen que hacer.

**Contra los modelos verticales.  
*Chronic diseases and calls to action.***

id:109-28

**Autor:** Ebrahim S.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Internat J Epidemiol. 2008;37:225-30. Citas 34. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** La tentación de caer en los programas de gestión de casos y de enfermedades es muy grande. "Usted tiene una hija con esclerosis en placa y precisa lo mejor para ella; nosotros nos ocupamos de todo". Suena bien, ¿no? Lo malo es que esa organización supone un programa vertical para cada problema, y así no se resuelven los problemas de las personas. La atención debe ser orientada hacia los enfermos, no hacia las enfermedades. Lo sostiene el autor, epidemiólogo londinense. Además, critica a los programas de intervención comunitaria, por ineficaces y por carecer de impacto en la salud (mejoran algún resultado intermedio, pero no la mortalidad); incluye en la crítica a la intervención en Karelia del Norte (Finlandia).

**Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales.**

id:109-29

**Autores:** Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock S, Gotsche PC, Vanderbroucke JP, en nombre de la iniciativa STROBE.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit. 2008;22:144-50. Citas 29. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Artículo en el que se facilita una lista, con 22 puntos, que sirve para verificar aspectos que se deben abordar en los estudios observacionales de cohortes, de casos y controles, y transversales. La lista ha sido elaborada por metodólogos, investigadores y directores de revistas, y recoge aspectos relacionados con los distintos apartados del estudio (introducción, métodos, resultados, discusión y otra información). Teniendo en cuenta que los estudios observacionales son los más frecuentes, es bueno tener esta lista en cuenta.

**¿Revisión por pares anónimos?  
*Nones.***

id:109-30

**Autores:** Meneu R, Gérvas R.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Nones. Gac Sanit. 2008;22(2):168-9. Citas 5. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El anonimato en la revisión de artículos científicos, relativa a los autores del artículo revisado y a los revisores, es lo habitual. Pero no parece existir una base científica para ello, y algunos revisores, como los firmantes, solicitan que su evaluación vaya firmada, en parte como señal de la solidez de sus críticas y sugerencias. El informe de los revisores es algo que los editores tienen en cuenta, pero no lo único. En Gaceta Sanitaria se anima a los revisores a firmar sus evaluaciones.

### ¿Cómo mejorar la efectividad (calidad) reduciendo la brecha de la investigación a la acción?

id:109-31

**Autor:** Bernal Delgado E.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):20-6. Citas 23. MPF.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** El autor es aragonés, y actual presidente de la Asociación Española de Economía, muy conocido por sus trabajos de investigación de servicios, sobre todo en torno a la variabilidad de la práctica clínica. En este muy buen artículo repasa cómo se logra que haya más calidad en el trabajo diario: organización dispuesta al cambio, profesionales que lideren el cambio, fomento de las relaciones personales, entorno ricos en conocimientos y uso apropiado de las tecnologías de la información y de la comunicación. Lo que no puede seguir sucediendo es que en el síndrome isquémico coronario agudo "olvidemos" emplear la vulgar y vieja aspirina, justo los médicos de primaria.

### El nuevo médico. La inaplazable reforma de la formación de los profesionales de salud. Informe SESPAS 2008.

id:109-32

**Autor:** Leyte MG.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):37-42. Citas 39. JG.

**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Necesitamos un nuevo médico, no cabe duda. No podemos seguir respondiendo con métodos medievales a problemas del siglo XXI. Pero este texto da poca información ni sugerencias acerca del médico del futuro. Lo único que hace (y no es poco) es reparar lo que tenemos, con un toque de lo que hay en nuestro entorno. Por ejemplo, uno aprende de en la Facultad de Medicina de Castilla-La Mancha están intentando que los estudiantes tengan una formación integrada (la que se ofrece en otras universidades como McMaster en Canadá y Maastrich en Holanda). No se discute ni la duración de los estudios de pregrado ni la del MIR. Y de la carrera profesional apenas se hace mención.

Formación e investigación

# 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](mailto: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".