

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

**Determinantes de las retribuciones médicas.**

id:112-1

**Autores:** Ortún V, González B, Barber P.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;131:180-3. Citas 16. MARL.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Artículo en el que se describe y analiza la situación de lo que podríamos llamar mercado médico, sujeto a oferta y demanda, pero con bastantes deficiencias (capacidad del médico de crear demanda, falta de transparencia, déficit de recursos humanos, segmentación y falta de elasticidad de la oferta, rigidez salarial, accesibilidad desbocada, etc). Los autores ya han publicado mucho al respecto. Tras un buen análisis de situación, se proponen soluciones concretas muy razonables. Respecto a atención primaria, se comenta que hace falta revisar por completo los contenidos de las consultas... ¿Se hará algo?

**La cultura del error.**

id:112-2

**Medication errors: the human factor.**

**Autores:** Etchells E, Juurlink D, Levinson W.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ. 2008;178:63-4. Citas 15. JG. **Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los errores médicos son inevitables. Por eso, que al menos sirvan para aprender y para mejorar el proceso de atención. Este es el mensaje de los firmantes de este editorial que comentan un texto en el mismo número sobre los errores observados en la preparación de infusiones de morfina en un estudio de laboratorio (condiciones simuladas y análisis cromatográfico de la concentración final de morfina). En el 35% de los casos la concentración se separaba más del 10% de lo marcado. En la revisión destacan que más del 25% de los informes de alta hospitalaria llevan errores. También se reconoce que la mayoría de los errores no causan daño. Proponen un abordaje sistémico, no personal, para dar respuesta a los errores. Hay que admitir que son inevitables, que se puede disminuir su frecuencia, que se puede intentar evitar el daño y que deben servir para aprender/mejorar el proceso de atención.

**Autolimpieza de los oídos.**

id:112-3

**Managing earwax in primary care: efficacy of self-treatment using bulb syringe.**

**Autores:** Copping R, Wicke D, Little P.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract. 2008;58:44-69. Citas 6. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La limpieza de los tapones de cera se ha convertido en un procedimiento complicado desde que las enfermeras lo rechazan. ¿Quién debería hacerlo? En mi caso lo hago personalmente, y si es posible sin agua. En este trabajo proponen que lo haga el propio paciente, con una pera (una pera para irrigar) tras haberse echado gotas disolventes. Hacen un ensayo clínico y comparan 118 pacientes con autolimpieza con 119 pacientes con limpieza por el médico general o la enfermera. Logran la limpieza a la primera el 51% de los pacientes contra el 69% de los profesionales. Estuvieron satisfechos con el autotratamiento el 71%, y lo repetirían el 71%. Parece, pues, que es una alternativa.

**Tele dermatología.**

id:112-4

**Autores:** Moreno-Ramírez D, Ferrándiz L, Nieto-García A, Villegas-Portero R.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;130:496-03 MARL. Citas 47.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La tele dermatología (TD) puede hacer más accesible la consulta de dermatología, y mejorar la comunicación entre profesionales, en lo referente al diagnóstico y toma de decisiones clínicas. En este artículo se hace una revisión sistemática, y se concluye que puede ser útil en determinados contextos clínicos y sociales. En general, tiene una validez y/o exactitud buena en cuadros dermatológicos genéricos, lesiones sospechosas de cáncer, úlceras crónicas y otros. Evita consultas hospitalarias y en general se considera coste-beneficiosa. Es cuestión de medios, voluntad y coordinación.

**Oposición de médicos y pacientes a los sistemas centralizados de historias clínicas electrónicas.**

id:112-5

**Confidentiality and connecting for health.**  
**Autor:** Anderson R.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract. 2008;58:75-6. Citas 9. JG.  
**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Las historias clínicas electrónicas prometen más de lo que dan. Es decir, llevamos treinta años con la miel en los labios de un uso racional de las tecnologías de la información pero lo que vemos en la práctica no cumple las expectativas. Menos cuando se implanta una historia clínica única totalitaria por Comunidad Autónoma, que responde a los intereses de gerentes y políticos, no de los clínicos. En el Reino Unido el actual gobierno laborista (de izquierdas) pretende en forma similar centralizar los datos de todas las historias clínicas. Cuenta con una oposición frontal de ciudadanos y de médicos generales, y de informáticos, como el firmante de este editorial. Hay incluso una campaña para informar a los pacientes y que rechacen los planes gubernamentales, con un texto disponible en [www.TheBigOptOut.org](http://www.TheBigOptOut.org).

**¿Omegas? No, gracias.**

id:112-6

*Should patients with cardiovascular disease take fish oil?***Autores:** Fair GM, Connolly SJ.**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ. 2008;178:181-2. Citas 14. JG.**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Los ácidos grasos omega 3 poli-insaturados están logrando una popularidad increíble. Lo que parecía una cosa más ha dado lugar a toda una línea de pensamiento, y de productos comerciales. ¿Cuál es el fundamento científico de tanto ruido? Ninguno por ahora. Los editorialistas comentan un artículo en el mismo número de la revista en que se revisan tres ensayos clínicos sobre prevención de las arritmias cardíacas, sin efecto. Al tiempo dan un paseo por lo publicado, como la revisión de 100 ensayos clínicos con más de medio millón de pacientes, también sin efecto. Siempre hay algún estudio menor con algún resultado mayor, pero eso no significa mucho. Por ahora, omegas no gracias.

**Síndrome de Tako-Tsubo (discinesia apical transitoria).**

id:112-7

**Un síndrome que simula un infarto de miocardio.****Autores:** Salaverría I, Villaseñor M, Sánchez S, Martínez L.**Revista/Año/Vol./Págs.:** An Med Interna (Madrid). 2008;25:20-22. Citas 8. JG.**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Como cada vez se hacen más coronariografías en el cuadro agudo de infarto de miocardio, cada vez se ven más cuadros que no son infarto aunque lo parezcan. Los autores describen un caso de Tako-Tsubo, en una paciente tras la tiroidectomía, y con ese motivo revisan el cuadro clínico en general. Hay dolor anginoso típico, cambios típicos precordiales en ST y T y acinesia apical del ventrículo izquierdo. La evolución es buena, aunque lleva a la muerte en el 1% (por fibrilación ventricular y otras complicaciones). En el TT la elevación del ST es mayor en V4-V6 que en V1-V3,, hay ausencia de Q anormal, y no hay descenso de ST en la cara inferior. Las enzimas pueden ser anormales, pero se recuperan rápidamente.

**Estudio ICAR (Intervención en la Comunidad de Alto Riesgo Coronario)**

id:112-8

**Autores:** Muñoz MA, Subirana I, Ramos R, Franzi A, Vila J, Marrugat J, por lo investigadores del estudio ICAR**Revista/Año/Vol./Págs.:** MARL. Citas 24.**Calificación:** Muy Bueno.

**Comentarios:** Los beneficios de la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica se consideran incuestionables, pero en la práctica cotidiana no parece que siempre sea así. En esta trabajo, tras 5 años de implantación de un programa intensivo de prevención secundaria en pacientes con cardiopatía estable, en el ámbito de la atención primaria (con los recursos habituales), no se observa disminución en las recurrencias cardiovasculares ni en la mortalidad total. Puede que el beneficio se obtenga en población "más enferma", o con mayor intervención, pero parece que hay pocas cosas "incuestionables" en nuestro día a día.

**Strict control of modifiable cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes mellitus.**

id:112-9

**Autores:** Del Cañizo FJ, Moreira MN.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008; 130:641-4. MARL. Citas 30.**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Estudio realizado en una consulta externa de endocrino en Madrid, en el que se señala que el control estricto de los factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes con diabetes tipo 2 es posible farmacológicamente, y tiene un efecto beneficioso en un periodo de tiempo corto (6 meses) en la disminución del riesgo coronario. En el 58% usan insulina, 71% IECAs o ARA II, 82% estatinas (aún así, no llegan a la mitad los pacientes que consiguen el objetivo en HbA1c, LDLc, TA sistólica, y sólo el 14% el peso...). ¿Son razonables (y alcanzables) los objetivos de control de cada factor de riesgo?

**El Estudio PRESCAP**

id:112-10

**Autores:** Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, Banegas JR, González D, Lou S, et al., en representación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Atención Primaria (Grupo HTA/SEMERGEN) y de los investigadores del Estudio PRESCAP 2006.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008; 130:681-7. MARL. Citas 33.**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El Estudio PRESCAP 2002 es uno de los "clásicos" en el que se señalaba el escaso control de los hipertensos en la Atención Primaria española. En este artículo se recoge el estudio similar realizado en 2006, señalando que ha mejorado algo el grado de control, pero sigue bajo (41,4% tienen <140/90). El control es peor en diabéticos, en los que se tomó la TA por la mañana, sedentarios, con enf. cardiovascular, o elevado consumo de alcohol. No se dice el porcentaje que tenían TA < 140/90 (suele ser bastante mayor). El fármaco más utilizado, ARA II, sólo o asociado a diuréticos.

**Evidencias recientes de apoyo a las guías para el tratamiento de la hipertensión arterial.**

id:112-11

**Autores:** Ruilope LM, de la Sierra A.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;131:101-3. Citas16. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Editorial en el que se informa de algunos estudios recientes sobre la importancia y la forma de controlar la TA. En el ADVANCE se comparó IECA + diurético frente a placebo en diabéticos: resultado 136/73 frente a 140/73 (¿), con menor mortalidad. En el ONTARGET telmisartan (ARA II) no fue inferior a ramipril (IECA), y no se aconsejan juntos, salvo excepciones. El HYVET aconsejaría tratar a los mayores de 80 años (objetivo <150/90) y el ACCOMPLISH aporta beneficios de IECA + amlodipino en vez de + indapamida). Estudios continuos en relación a la HTA, orientados muchos a tratar cada vez a más personas y más intensamente.

**Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso.**

id:112-12

**Autores:** De la Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redón J, Banegas JR, Armario P et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;131:104-16. Citas117. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Nuevo documento de consenso sobre HTA, avalado por las sociedades científicas relacionadas (incluidas SEMG, semFYC y SEMERGEN) con tablas claras respecto a estratificación de riesgo, técnica de medida (que con frecuencia no se sigue), criterios de derivación, objetivos, tratamiento, etc. Cada vez se tiende a ser más exigentes con la TA, pero siempre se aconseja primero cambios en los estilos de vida (dieta, ejercicio), posponiendo semanas o meses los fármacos en pacientes con TA 140-159/90-99 sin otros factores de riesgo. No se señalan conflictos de intereses, ni fuentes de financiación del consenso.

**Inercia terapéutica: importancia de la percepción en el grado de control de la presión arterial.**

id:112-13

**Autores:** Barrios V, Escobar C.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;131:196-7. Citas 6. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La inercia terapéutica en la HTA (no modificación del tratamiento a pesar de control inadecuado) es una de las razones señaladas para no obtener un buen control. Y la razón de ello parece estar en que los médicos y los pacientes consideran que la TA esta bien controlada con cifras superiores a las recomendadas, según se señala en este trabajo, realizado entre cardiólogos, y pacientes con HTA y cardiopatía isquémica: buen control real del 40%, pero considerado bueno en el 55% por los médicos y el 75% de los pacientes. ¿Objetivos excesivos o inconsciencia médica y poblacional?

**Fármacos antidepressivos en el tratamiento de la cefalea tensional.**

id:112-14

**Autores:** Medina O, Arango C, Ezpeleta D.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008; 130:751-7. Citas 77. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La cefalea tensional es la cefalea más frecuente, y los antidepressivos tricíclicos son los antidepressivos que han demostrado su eficacia preventiva, siendo de elección amitriptilina a dosis de 25-75 mg/día (a más dosis, más sedación y boca seca). El resto de antidepressivos no ha mostrado resultados concluyentes; se podrían tener en cuenta si no se tolera la amitriptilina o hay falta de respuesta. En caso de necesidad, en embarazo los más seguros serían fluoxetina o sertralina.

**Mortalidad y mortalidad prematura relacionadas con el consumo de alcohol en España entre 1999 y 2004.**

id:112-15

**Autores:** Fierro I, Ochoa R, Yáñez JL, Valderrama JC, Álvarez FJ.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008; 131:10-3. Citas 10. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El alcohol en España produce muchas muertes (más que otros problemas que, cuando toca, conviene magnificar); según este estudio, 51.351 personas entre 1999 y 2004, debido principalmente a accidentes, cirrosis, suicidios, etc. El 2,1% de la mortalidad se atribuye al alcohol, y el 9,3% de los años potenciales de vida perdidos. Como es lógico, no es cuestión de prohibir su consumo, pero en algunos casos no estaría mal poner ciertos límites. Y mejorar la atención a los alcohólicos.



## ¿Por qué hay más empiemas pediátricos en España?

id:112-16

**Autores:** Martínón F, Bernaola E, Jiménez F, Baca M, de Juan F, Díez J et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** An Pediatr (Barc). 2008;68:158-64. Citas 66. JG. **Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** La incidencia y prevalencia de las infecciones cambia con el tiempo. En general estamos en época de regresión, pero no faltan las infecciones viejas que resurgen agresivamente, ni las nuevas que nos sorprenden. Por ejemplo, parece que están aumentando el derrame pleural y el empiema como complicaciones de la neumonía bacteriana, es España y en todo el mundo desarrollado. Los autores revisan la cuestión y confirman el aumento. En general debido a neumonías por neumococos de los serotipos 1 y 3, sensibles a la penicilina. No están claras las causas. La relación con la vacuna anti-neumocócica no es firme; tampoco con cambios en la política de tratamiento antibiótico. Parece imprescindible establecer un sistema de vigilancia epidemiológica que dé más información, pues hasta ahora no hay obligación de declarar ni sistema formal alguno.

## ¿Aumenta el empiema paraneumocócico?

id:112-17

**Autores:** García-Algar O, Martínez-Roig A.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** An Pediatr (Barc). 2008;68:89-91. Citas 22. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** No es fácil dar respuestas satisfactorias a las preguntas clínicas, por más que sean aparentemente simples. Los autores de este editorial comentan tres artículos publicados en el mismo número sobre el aumento de los empiemas pediátricos en España (el artículo previo, y otros dos con datos del hospital de Alcorcón y del hospital La Paz, Madrid). El problema de fondo es que no hay registros poblacionales sobre incidencia de neumonía, y todo lo que tenemos son datos básicamente de hospitales. Bien podría suceder que haya más ingresos de niños con neumonía y empiema. O que la escolarización precoz y/o las guarderías llevaran a una mayor transmisión de los neumococos. O que la vacuna esté cambiando el panorama.

## Escaso valor de la radiografía en la infección respiratoria baja.

id:112-18

*Limited value of chest radiography in predicting aetiology of lower respiratory tract infection in general practice.*

**Autores:** Willy A, Willemsen FEAJ, Zonderland HM, Knuitstingh A, Kroes ACM, Broek PJ.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract. 2008;58:93-7. Citas 14. JG. **Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Cuando uno ve a un paciente con estertores en una base, fiebre y tos, con/sin expectoración y mal aspecto, suele diagnosticar neumonía y pasar a tratar con penicilina. No sabemos muy bien lo que ha sucedido, pero la gran mayoría de los pacientes mejora sin más. Los autores, holandeses, parten de 145 pacientes con estos síntomas en la consulta/los domicilios del médico general, y les hacen de todo (análisis de sangre, muestra de esputos, frotis faríngeo y radiografía de tórax) y llegan a tener todos los datos de 129. En estos hay signos anormales en la mitad de las radiografías, y si son de neumonía es cuádruple la posibilidad de que haya una infección bacteriana (no vírica) y esté justificado el uso de antibióticos. Sin embargo, la radiografía no tiene ni especificidad ni sensibilidad suficiente, de forma que su valor predictivo es muy bajo.

## Abscesos cerebrales. Experiencia de 30 años.

id:112-19

**Autores:** Gómez J, García E, Martínez M, Martínez JF, González J, Pérez MA et al.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;130:736-9. Citas 18. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La medicina va avanzando, pero no siempre. Y es bueno reconocerlo, como hacen estos autores de Murcia, en relación a los abscesos cerebrales (AC). En los últimos 30 años, los AC son menos frecuentes, pero su mortalidad y porcentaje de recidivas no ha variado (aunque hay que reconocer que analizan relativamente pocos casos, 108). Últimamente la mayoría de casos son tras infección dental y tras neurocirugía; antes, por otitis media y traumatismos craneoencefálicos.

## Prevención de la neuralgia postherpética.

id:112-20

**Autores:** López E, Agustí A.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008; 130:794-6. Citas 19. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La neuralgia postherpética es relativamente frecuente. En el tratamiento del herpes zoster los antivirales sistémicos mejoran el dolor, acortan la duración de las lesiones y de la neuralgia posterior (pero no tienen efecto en su incidencia). Se recomiendan antes de las 72 horas del brote y en cualquier momento en mayores de 50 años con formación de nuevas lesiones o complicaciones. Son de eficacia equivalente, aunque varían en comodidad posológica y precio. Los antivirales tópicos no parece que hagan mucho, y los corticoides son controvertidos.

**Detección de resistencia al oseltamivir en las cepas gripales humanas tipo A (H1N1) en la temporada epidémica 2007-2008.**

id:112-21

**Autor:** Reina J.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;131:63-4. Citas 12. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El oseltamivir es un antigripal recomendado por la OMS para la profilaxis y tratamiento de la gripe aviar en humanos (por lo que se ha ido almacenando en grandes cantidades), y utilizado con poca frecuencia para la gripe estacional. No obstante, en Europa se ha señalado en esta temporada una resistencia de las cepas gripales tipo A H1N1 (frecuente en gripe estacional) al oseltamivir del 20% (en EEUU del 5% y en Canadá del 4%), sin que dichas cepas sean más virulentas. Parece que esta resistencia no se debe a una mayor prevalencia, sino a una mayor detección. Pero su uso podría contribuir a su incremento.

**Functional status as a risk factor for mortality in very elderly patients with pneumonia.**

id:112-22

**Autores:** Cabré M, Serra-Prat M, Force LI, Palomera E, Pallarés R.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;131:167-70. Citas 27. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los pacientes más deteriorados suelen tener peor capacidad funcional y son los que peor pronóstico tienen ante cualquier situación patológica. Y eso es lo que se constata en este estudio, en pacientes ancianos con neumonía: los que tenían índice de Barthel < 60 (peor capacidad funcional) tienen una mortalidad casi tres veces mayor en el primer mes. Por ello los autores sugieren que se valore la incorporación del estado funcional en los índices de gravedad de neumonía en pacientes ancianos. Lógico. Hace falta preservar lo mejor posible la capacidad funcional de los ancianos.

**Vacuna de la gripe: seguimos publicando, pero no mejoramos las coberturas.**

id:112-23

**Autores:** Sarría-Santamera A, Sandín-Vázquez M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit. 2008;22:291. Citas 6. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Carta al director en relación a la cobertura de la vacunación antigripal en población de riesgo (55-60%), que sirve a los autores para señalar la necesidad de orientar la investigación hacia la solución de los problemas reales (en este caso la baja cobertura). Se investiga mucho (bueno, bastante) en relación a cuestiones conocidas, y de forma repetitiva, pero además de señalar la realidad existente deberíamos ser capaces de dar respuestas y soluciones reales a los problemas poblacionales y de las personas.

**El médico en el estrado. Recomendaciones para comparecer como perito ante los tribunales.**

id:112-24

**Autores:** Palomo JL, Santos IM, Ramos V, Ortíz-Colom PM.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2008;130:536-41. MARL. Citas 19.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los médicos hacemos de todo. Entre ello, acudir a los tribunales de peritos, sin estar acostumbrados. Por eso es destacable este artículo, en el que se facilita un decálogo para comparecer como perito en un juicio. Se aconseja preparar bien la declaración, llevando los registros necesarios, decir siempre la verdad, ser objetivo, limitarse a contestar cada pregunta, ser prudente y no hacer conjeturas, no acalorarse, no dejarse manipular... En fin, cosas muy lógicas, que es bueno tener en cuenta en situaciones que no nos son habituales.

**¿Conocen los varones de 50-70 años la efectividad, los beneficios y los riesgos del cribado de cáncer de próstata?**

id:112-25

**Autores:** Fàbregas M, Guix L, Aragonès R, Casajuana J, Ballester M, DECIDIU-PSA.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria. 2008;40:357-61. Citas 14. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En España la atención clínica preventiva es paternalista en general. Por ello se implantan guías, normas y protocolos sin que los pacientes reciban la menor información ni se les pida su consentimiento informado. Por ejemplo, respecto al cribaje del cáncer de próstata mediante la determinación del PSA, que cada vez se hace más frecuentemente, incluso en los "chequeos" laborales, pese a los problemas que conlleva su interpretación. Los autores, catalanes, han formado un grupo interesado por mejorar la capacidad de decisión de los pacientes. En este trabajo han encuestado a 221 varones de edad media 60 años sin signos/síntomas prostáticos. El 85% tiene la falsa idea de que el diagnóstico precoz del cáncer de próstata evita muertes.



Diabetes

## Fenofibrato en el tratamiento de la retinopatía diabética.

id:112-26

Autores: Simó R, Hernández C.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2008; 131(1):16-7. Citas 19. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: El fenofibrato, hipolipemiante de los "antiguos", y seguro, se ha mostrado beneficioso en la enfermedad cardiovascular de los diabéticos tipo 2 (estudio FIELD), reduciendo las complicaciones microvasculares. Su efecto beneficioso en la retinopatía diabética no parece estar relacionado con su efecto hipolipemiante (al menos no sólo), y podría considerarse un tratamiento de primera línea en esta situación. A veces la terapéutica nos depara estas "sorpresas". No todo tienen que ser novedades.

Mujer, salud  
y enfermedad

## Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006).

id:112-27

Autores: Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Torrubiano-Domínguez J, Gil-González D.

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit. 2008;22:232-5. Citas 18. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La mortalidad por violencia del compañero íntimo en España, a pesar de que es un tema considerado prioritario y al que se están destinando gran cantidad de esfuerzos y recursos, no ha variado en los últimos años. El 30% de estas muertes son extranjeras, pero tienen una tasa de mortalidad 5.30 veces mayor que las españolas (13,72 frente a 2,59). La violencia de género es un problema complejo, al que parece que no se está dando una respuesta adecuada. Se señala la necesidad de implicar más a la atención primaria, pero personalmente no creo que sirva mucho para disminuir el problema.

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\*.