

Pacientes
terminales

¿Es posible gestionar el proceso de morir?

id:89-1

Autor: Sanz-Ortiz J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2006;126:620-3. Citas 11. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Jaime Sanz Ortiz, médico del Hospital de Valdecilla (Santander), es un activo defensor de los cuidados paliativos y del morir con dignidad, evitando el encarnizamiento terapéutico. En este artículo revisa el tema de la muerte, preguntándose si la defensa de la vida debe llevar al médico a no dejar morir en paz a sus pacientes. Y la respuesta, evidentemente, es que no, aportando un razonado y lógico "árbol de decisiones" al final de la vida. Para facilitar y personalizar las cosas, aborda el tema de las "instrucciones anticipadas de asistencia médica".

Diabetes

Efectividad y eficacia del autoanálisis de la glucemia capilar en pacientes con diabetes tipo 2.

id:89-2

Autores: Oria-Pino A, Montero-Pérez FJ, Luna-Morales S, del Campo P, Sánchez P.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2006;126:728-35. Citas 30. MARL.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: El objetivo del autoanálisis de la glucemia (AAG) en los diabéticos es mejorar su control metabólico. En este ensayo clínico controlado y aleatorizado, realizado en atención primaria, se ha visto que el AAG sólo es eficaz en el 21.6% de los pacientes con DM tipo II (mejor en los de más tiempo de evolución y peor control). El AAG no debería ser una "rutina".

Registro continuo de glucosa en sujetos con alto riesgo de diabetes tipo 2.

id:89-3

Autores: Costa B, Vizcaíno J, Cabré JJ, Fuentes CM, Boj J, Piñol JLI y el Grupo de Investigación RecorD.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2006;127:50-2. Citas 10. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Si se realiza un registro continuo de la glucemia (con un biosensor en la grasa abdominal, como han hecho en este trabajo, realizado en atención primaria de Tarragona), en pacientes con hiperglucemias estáticas no diabéticas, se detectan hiperglucemias "diabéticas" durante el 17% del tiempo de registro. Así que parece que hay más diabéticos de los que diagnosticamos. No se plantea para detección ni para control (excepto en algunos diabéticos insulino dependientes).

Nuevas tecnologías de la información en la diabetes.

id:89-4

A systematic review of interactive computer-assisted technology in diabetes care.

Autores: Jackson CL, Bolen S, Brancati FL, Bafts-Turner ML, Gary TL.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Gen Intern Med 2006;21:105-10. Citas 35. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Las nuevas tecnologías de la información pueden ayudar a mejorar el seguimiento de los pacientes crónicos. En este caso se revisan 26 estudios (de ellos 14 ensayos clínicos), de duración media 6 meses, acerca del uso de Internet, el teléfono, y los programas informáticos para mejorar el seguimiento de los diabéticos. En seis estudios se demuestra una mejora en la hemoglobina glicosilada.

Enfermedades
infecciosas

Impacto de la inmigración en las resistencias de *Mycobacterium tuberculosis* en la provincia de Castellón: 1995-2003.

id:89-5

Autores: Tirado MD, Moreno R, Marín M, González F, Pardo F, García del Busto A, Prada A.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2006;126:761-4. Citas 30. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La tuberculosis, aunque con tendencia descendente, sigue siendo un problema en nuestro medio. En este artículo se revisa la situación en Castellón. En los últimos años ha descendido el número de casos entre personas de Castellón, pero ha aumentado el número de casos entre los extranjeros. Además, entre estos últimos la tasa de resistencias es muy superior (13,1% frente a 3,7%).



A más neumonías, menos calidad.
Volume, quality of care, and outcome in pneumonia.

id:89-6

Autores: Lindenauer PK, Behal R, Murray CK, Nsa W, Houck PM, Bratzler DW.
Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Intern Med 2006;144:262-9. Citas 25. JG.
Calificación: Excelente.

Comentarios: Solemos admitir que a mayor cantidad de casos, mayor calidad y mejor resultado en salud. Pero en este trabajo, con pacientes de más de 65 años, cubiertos por el seguro estadounidense público (Medicare), los hechos van en contra. Lo hacen peor tanto los médicos como los hospitales con más casos de neumonía, sin que la mayor presencia de pacientes con neumonía lleve a un mejor resultado en salud.

Fracaso de la política antibiótica local.
Impact of antibiotic administrative restrictions on trends in antibiotic resistance.

id:89-7

Autores: Marshall DA, McGeer A, Gough J, Grootendorst P, Buitendyk M, Simonyi S et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: Can J Public Health 2006;97:126-31. Citas 38. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Las decisiones en política sanitaria tienen, en muchos casos, consecuencias inesperadas. Los autores, canadienses, analizan el cambio en la resistencia bacteriana como respuesta a una política antibiótica local en Ontario, para tratar de disminuir el uso de quinolonas. En los 17 meses analizados aumenta la resistencia a amoxicilina, levofloxacino y ciprofloxacino. La cuestión es compleja, y demuestra que no es fácil mejorar el uso de antibióticos.

¿Antibióticos en la otitis media? En general, no.
Longer term outcomes from a randomised trial of prescribing strategies in otitis media.

id:89-8

Autores: Little P, Moore M, Warner G, Dunleavy J, Williamson I.
Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Practice 2006;56:176-82. Citas 27. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Ante la otitis media, sobre todo en mayores de dos años, caben pocas dudas acerca de la inutilidad de la terapia antibiótica. En este trabajo, inglés, se sigue un año a 315 niños, en un ensayo clínico (comparando la prescripción inmediata de amoxicilina con dar la receta y recomendar a los padres que no administren el antibiótico salvo que la fiebre y la otalgia duren más de 72 horas). No hay diferencias a largo plazo.

¿Pueden beneficiar los antibióticos a algunos niños con otitis?
Prescribing antibiotics to patients with acute cough and otitis media.

id:89-9

Autor: Lindbaek M.
Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2006;56:164-5. Citas 18. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Las posturas radicales suelen dar mal fruto en Medicina General. El editorialista, noruego, comenta el artículo previo, y sugiere una actitud de prudencia. Recuerda que en la otitis media la receta "diferida" es una buena solución. También analiza el grupo de niños con otitis media de repetición (cuatro en un año) que probablemente se benefician de antibióticos desde el primer momento. En fin, lo racional es ser flexible.

Hungría y el pago bajo cuerda a los profesionales sanitarios.
The inequity of informal payments for health care: the case of Hungary.

id:89-10

Autores: Szende A, Cuyler AJ.
Revista/Año/Vol./Págs.: Health Policy 2006;75:262-71. Citas 21.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Hasta hace poco el médico español cobraba bajo cuerda de su paciente, por ejemplo en algunos pueblos gallegos o valencianos. En los países del Este de Europa el problema es general, y persistente. Los autores hacen una encuesta a la población, y demuestran que el 55% pagan en negro a profesionales del hospital, y el 16% al médico general. Lo peor es que el pago en negro representa un mayor peso para el que menos tiene.

Repercusión de la falta de camas de hospitalización en la actividad de un servicio de urgencias hospitalario.

id:89-11

Autores: Miró O, Salgado E, Bragulat E, Ortega M, Salmerón JM, Sánchez M.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2006;126:736-9. Citas 10. MARL.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Los problemas en el funcionamiento de los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) a problemas varios. En este trabajo, la pérdida de efectividad y de calidad en los SUH se relaciona con la falta de camas de hospitalización para ingresar a los que lo precisan (índices de ocupación altos y fragmentación del hospital). Así que además de poner énfasis en lo que llega, habrá que dar salida ágil a los que precisan ingreso.

Prioridades de investigación en servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Una aproximación por consenso de expertos.

id:89-12

Autores: Teno JM, Dosa D.
Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit. 2006;20:287-94. Citas 34. MARL.
Calificación: Muy bueno

Comentarios: Trabajo de consenso sobre investigación en servicios sanitarios en el que se han priorizado: estrategias para mejorar la efectividad de la atención sanitaria, la información a los pacientes, la calidad y seguridad de la atención, la equidad y la accesibilidad de los servicios, y la sostenibilidad del sistema sanitario. En total se recogen 53 temas de investigación, ordenados según prioridad. No se han abordado las prioridades en investigación clínica.

De la investigación a la práctica.

id:89-13

Researchers and policymakers. Travelers in parallel universes.

Autores: Brownson RC, Royer C, Ewing R, McBriden TD.
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Prev Med 2006;30:165-72. Citas 83. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Los investigadores suelen publicar pensando en otros investigadores. No es raro, pues, que los políticos y gestores no se enteren de lo que se publica y que no seleccionen aquello que debería cambiar su práctica. El resultado es frustrante, pues existe conocimiento que no se traduce en mejoras prácticas. Los autores revisan la cuestión, y piden mejor comunicación de los resultados, más locales, más vívidos y entendibles (y utilizables) por los políticos.

El presupuesto para investigación pública médica en EE.UU.

id:89-14

Health burden and funding at the Centers for Disease Control and Prevention.

Autores: Curry CW, De AK, Ikeda RM, Thacker SB.
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Prev Med 2006;30:269-76. Citas 25. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Lo que se gasta en investigación debería tener alguna lógica. No mucha, como demuestran los autores al estudiar la distribución del presupuesto público en investigación médica (en los CDCP), según el impacto en salud de distintas enfermedades. El grupo de mayor impacto en gasto y sufrimiento es el de las enfermedades cardiovasculares, al que se dedica sólo el 2% del total destinado a los 34 problemas de salud analizados.

Deficiencias en la valoración de la gestión de enfermedades.

id:89-15

Are we measuring what matters in health technology assessment of disease management?. Systematic literature review.

Autor: Vandembroucke JP.
Revista/Año/Vol./Págs.: Internat J Technology Assessment Health Care 2006;22:47-57. Citas 62.
Calificación: Bueno.

Comentarios: La gestión de enfermedades (y de casos) es ya parte de nuestras vidas, dado su brillo. Por ejemplo, en Andalucía. Los autores, holandeses, se preguntan si se han evaluado bien las experiencias de gestión de enfermedades, y hacen una revisión sistemática al respecto, de 26 estudios. La evaluación ha sido defectuosa, con graves problemas.

**Eficacia de la visita a domicilio.**

id:89-16

*Prolonged effects of a home-based intervention in patients with chronic illness.***Autores:** Pearson S, Inglis SC, McLennan SN, Brennan L, Russell M, Wilkinson D et al.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Arch Intern Med 2006;166:645-50. Citas 30. JG.**Calificación:** Bueno.**Comentarios:** No solemos apreciar en mucho la visita a domicilio, tan característica de la atención primaria. En este trabajo, australianos, la visita domiciliar la hacen una enfermera y un farmacéutico de hospital al paciente crónico dado de alta, para organizar su medicación y su conexión con el médico de cabecera. A lo largo de más de siete años se demuestra que esa visita se asocia con menor número de re-hospitalizaciones.**La homocisteína no es un factor de riesgo cardiovascular.**

id:89-17

*The association between elevated levels of inflammation biomarkers and coronary artery disease and death.***Autor:** Lowe GDO.**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2006;174:47980. Citas 15. MPF.**Calificación:** Excelente.**Comentarios:** Hay especialistas que lo tienen claro, como el firmante de este editorial, un médico vascular inglés que comenta un trabajo publicado en la misma revista, sobre la falta de asociación de marcadores de inflamación y enfermedad coronaria (en 1.117 pacientes con angiografía seguidos 8,5 años). Aunque los aumentos de la PCR, homocisteína, interleucina, y proteína sérica amiloide A se asocian a mayor probabilidad de muerte no son factores de riesgo cardiovascular.**Un nuevo fracaso de las recomendaciones dietéticas.**

id:89-18

*Dietary modifications and CVD prevention. A matter of fat.***Autores:** Anderson CAM, Appel LJ.**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2006;295:693-5. Citas 17. MPF.**Calificación:** Bueno**Comentarios:** Aconsejamos a nuestros pacientes para que mejoren sus hábitos alimentarios pero, como comentan los autores, no sabemos si es eficaz. En concreto, en las mujeres de la gringa Women's Health Initiative (WHI), el ensayo clínico con 48.835 participantes no demostró ningún impacto en enfermedad coronaria, ictus ni otras enfermedades cardiovasculares. De hecho, las 18 sesiones del primer año, y las cuatro anuales posteriores, aumentaron el riesgo de complicaciones en las que ya tenían enfermedad cardiovascular previa.**Información sobre el riesgo cardiovascular a hipertensos seguidos en atención primaria.
¿Mejora nuestra eficacia?**

id:89-19

Autores: Leal M, Abellán J, Ríos EJ, Martínez J, Sebastián B, Vicente R.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria 2006;38:102-6. Citas 25. MPF.**Calificación:** Bueno.**Comentarios:** La información no cambia mucho la conducta ni de médicos ni de pacientes, pero los autores demuestran que puede tener un cierto impacto en los hipertensos con mayor riesgo cardiovascular. El estudio se hizo en Murcia, en un centro de salud, y consistió en compartir con los pacientes la información sobre su riesgo cardiovascular global, y valorar al año la modificación del mismo. El resultado fue nulo, salvo en los pacientes con riesgo cardiovascular alto, en que disminuyó de 23,9 a 20,1.**Tratamiento de la HTA: aspectos controvertidos.**

id:89-20

Autor: Anónimo.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Bol Terapéutico Andaluz 2006; monografía 22. Citas 42. MPF.**Calificación:** Excelente.**Comentarios:** Este trabajo está disponible en www.easp.es y es un texto muy adecuado para formarse una opinión propia ante tanta liga y comisión que recomienda cosas diferentes y hasta contradictorias. Visto el conjunto, quizá la guía más práctica es la inglesa, del NICE. Por lo menos define la hipertensión de forma más lógica, y apoya un tratamiento escalonado que a todos nos suena. En general, la recomendación es la de siempre, utilizar los diuréticos en dosis bajas como terapéutica inicial. A la que se añade considerar al paciente globalmente, pues la hipertensión es sólo un factor de riesgo.

Selección de fármacos en hipertensión complicada.

id:89-21

Hypertension: which drugs to chose for patients whith cardiovascular disease.
Autor: Wexler R.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Fam Pract 2006;55:291-8. Citas 34. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La hipertensión es un factor de riesgo, que se asocia a mayor frecuencia de ictus e infarto de miocardio. En este texto se revisan los ensayos clínicos en pacientes hipertensos complicados y se recomienda los ACE (y si no se toleran los ARA-II), betabloqueantes, y antagonistas de la aldosterona en la insuficiencia cardiaca con hipertensión. Si hay isquemia coronaria, los betabloqueantes. Si hay ictus, indapamida y perindopril. Es un texto que vale la pena leer.

Usos de los fibratos.

id:89-22

The role of fibrates in a statin world.
Autor: Bloomfield HA.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2006;166:715-6. Citas 10. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Un ensayo clínico en los años 70 llevó al abandono del clofibrato, por el aumento de la mortalidad. Posteriormente se ha demostrado la bondad del gemfibrocilo, sobre todo por aumentar el colesterol-HDL y por disminuir los triglicéridos, como comenta el editorialista. El renovado interés por los fibratos se debe a su acción como agonistas de los receptores PPAR (los mismos sobre los que actúan las tiazolidenonas, tipo rosiglitazona, en la diabetes), lo que podría permitir un uso apropiado en los pacientes diabéticos.

El optimismo, factor protector cardiovascular.

id:89-23

Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death.
Autores: Giltay EJ, Kamphuis MH, Kalmijn S, Zitman FG, Kromhout D.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2006;166:431-6. Citas 31. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: El Estudio de los Siete Países ha dado lugar a múltiples publicaciones en las mejores revistas, siempre con resultados heterodoxos no muy citados. En este trabajo holandés se siguió durante 15 años a 545 varones sin enfermedad cardiovascular, y se demuestra que los optimistas mueren mucho menos (la mitad) que los pesimistas, por causa cardiovascular. El optimismo frente al futuro decae con los años, pero los varones optimistas lo son a lo largo de todo el seguimiento.

El dolor precordial en la consulta del médico general.

id:89-24

Chest pain in general practice: incidente, comorbidity and mortality.
Autores: Ruigómez A, García LA, Wallander MA, Johansson S, Jones R.

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2006;23:167-74. Citas 31.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: El dolor precordial es frecuente en nuestras consultas, y puede ser síntoma inicial de mal pronóstico. Los autores analizan una base de datos inglesa, que les permite seguir hasta cuatro años a los pacientes con dolor precordial que consultan con su médico general. Tal consulta se asocia a isquemia coronaria y reflujo gastroesofágico. También se asocia a mayor mortalidad al año siguiente, por causa coronaria.

Efectos de la administración temporalizada de fármacos antihipertensivos en pacientes con hipertensión arterial resistente.

id:89-25

Autores: Calvo C, Hermida RC, Ayala DE, López JE, Fernández JR, Mojón A, Covelo M.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2006;126(10):364-72. Citas 54. MARL.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Sin entrar en si un paciente con TA > 140/90 tratado con tres fármacos está mal controlado (criterio utilizado en este estudio para considerar HTA resistente), se señala en este artículo que la administración de los mismos repartida en mañana y noche (diurético + IECA o ARA II por la mañana y antagonista calcio o bloqueador alfa por la noche), en vez de todos por la mañana, mejora el control tensional a lo largo de las 24 horas.



Valor de la presión de pulso como marcador de riesgo cardiovascular.

id:89-26

Autor: De la Sierra, A.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2006;126:384-8. Citas 41. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La presión de pulso es la diferencia entre la presión arterial sistólica y la diastólica. Su incremento indica pérdida de elasticidad arterial (sobre todo de la aorta) y se correlaciona con el aumento de morbimortalidad cardiovascular. Por ello parece ser un nuevo marcador de riesgo cardiovascular (otro más!), especialmente en los ancianos. No sé si al final los pacientes van a tener razón con eso de tener la "tensión descompensada".

Prevalencia y características del síndrome metabólico en la población hipertensa española.

id:89-27

Autores: De la Sierra A, Romero R, Bonet J, Pérez M, López JS, Ravella R, Aguilera MJ, en representación de los investigadores del estudio ESOPHO.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2006;126:406-9. Citas 25. MARL.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Encuesta epidemiológica a 19.039 pacientes hipertensos de atención primaria. La mitad de ellos tenían síndrome metabólico (varía del 44,6% al 61,7% según los criterios). Los que lo presentaban eran de mayor edad, mujeres, cifras más altas de TA y peor control a pesar de recibir más tratamiento. Respecto al riesgo cardiovascular no hay que olvidar eso, que es sólo un riesgo.

La estadounidense Red Electrónica de Atención Primaria.

id:89-28

Practice-based primary care research. Translating research into practice through advanced technology.

Autor: Peterson K.

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2006;23:149-50. Citas 6. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Se calcula un retraso de 17 años entre la demostración del beneficio de una intervención y su adopción mayoritaria por los médicos clínicos. Este retraso tiene mucho que ver con la falta de estudios sobre eficiencia. De ahí el interés de la iniciativa que se comenta en este editorial, la Red Electrónica de Atención Primaria, que unirá a 6.500 médicos estadounidenses de primaria. La idea es tanto hacer estudios de efectividad como diseminar nuevo y práctico conocimiento.

El papel del médico general en investigación genética.

id:89-29

Genetic epidemiology and primary care.

Autores: Smith BH, Watt GCM, Sheikh A.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2006;56:214-21. Citas 68. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Desde el año 2000 estamos en la era genética, según los epidemiólogos, que dan por acabada la era de los factores de riesgo. Pero sabemos poco sobre genética, lo que requiere la cooperación de genetistas, epidemiólogos y médicos generales. En todo ello insisten los autores, ingleses, que destacan el papel central del médico de cabecera en estudios en los que, por ejemplo, se demostrarán falsas paternidades. No parece tarea fácil.

El médico general y la investigación genética.

id:89-30

Autor: Shakespeare T.

Revista/Año/Vol./Págs.: Genetics, Big Brother and the GP. Br J Gen Pract 2006;52:167-8. Citas 7. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Puesto que la Medicina General está cambiando, no se puede proyectar el futuro a partir del pasado. Eso mantiene el editorialista, que comenta el artículo previo. Hace hincapié en que no es fácil investigar para el médico general, por la sobrecarga clínica. Además, la familia está cambiando, cada vez es más dispersa, y más móvil. Todo ello dificulta la labor del médico de cabecera, que ya muchas veces no conoce bien ni a su paciente ni a su familia.

Incumplimiento terapéutico y alerta médica.
Physician alerts to increase antidepressant adherence. Fax or fiction?

id:89-31

Autores: Bambauer KZ, Adams AS, Zhang F, Minkoff N, Grande A, Weisblatt R et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med 2006;166:498-504. Citas 50. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: El incumplimiento terapéutico es el pan nuestro de cada día. Lo demuestran en este trabajo, en una iguala estadounidense, de unos 800.000 pacientes. Analizan el uso de antidepressivo, y cuando calculan que el paciente lleva diez días sin medicación mandan un fax a su médico, para que no olvide prescribir. Hay un 40% de pacientes que están más de diez días sin tratamiento, y el recuerdo a su médico no mejora las cosas.

Más escucha y menos fármacos.
Medical patients' attitudes toward emotional problems and their treatment. What do really want?

id:89-32

Autor: Löwe B, Schult U, Gräfe K, Wilke S.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Gen Intern Med 2006;21:39-45. Citas 42. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Tenemos muchos pacientes con depresión, a los que solemos tratar con antidepressivos. En este trabajo, gringo, se encuesta a 87 pacientes depresivos, que se comparan con 91 sin depresión. Los pacientes depresivos apenas prefieren los fármacos antidepressivos (6% frente al 29% que prefiere psicoterapia), quieren más tiempo con su médicos, y ven su depresión en relación con problemas de salud física. Lo dicho, más escucha y menos fármacos.

Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres.

id:89-33

Autores: Velasco S, Ruiz MT, Álvarez-Dardet C.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública 2006;80:317-33. Citas 69. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los autores, alicantinos, analizan un problema clínico diario, el de los síntomas somáticos sin causa orgánica. Los pacientes con dichos síntomas suelen ser mal vistos en nuestras consultas, o se les etiqueta como psicósomáticos para eludir más estudios. Sin embargo, con algunas de las teorías alternativas que se comentan en este texto puede tenerse una visión más centrada en el paciente y su situación (su lugar en el mundo).

La fibromialgia. Un paradigma de estrés existencial.

id:89-34

Autor: Franco-Vicario R.

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Méd Bilbao 2006;103:7. Citas 0. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: El autor de este editorial es especialista en Medicina Interna, y escribe una página que podría darse a muchas pacientes con fibromialgia. Desde luego, considera que es un problema existencial, de estrés, y que la respuesta farmacológica automática es un fracaso. Médicamente es el dolor lo que cuenta, pero detrás del mismo hay biografías muy especiales. La rutina de incluir la fibromialgia entre las enfermedades reumáticas lleva a la somatización y al bloqueo de toda solución lógica. ¡Pobres mujeres!.

Enfermedades desconocidas en retrasados mentales.
Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability.

id:89-35

Autores: Baxter H, Lowe K, Houston H, Jones G, Felce D, Kerr M.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2006;56:93-8. Citas 26. MPF.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Los autores, ingleses, demuestran con un elegante estudio que los pacientes con déficit intelectual, con retraso mental, tienen necesidades médicas desconocidas. Desarrollan un método estructurado de examen médico, que enseñan en 40 centros de salud. En estos se examinó a 181 pacientes con déficit intelectual. La mitad tenía necesidades no identificadas, y en el 9% la cuestión era importante. Las dificultades de comunicación con los enfermos mentales no nos dejan ver las enfermedades orgánicas que les aquejan.

**La continuidad mejora la capacidad diagnóstica.**

id:89-36

General practitioners may diagnosis type 2 diabetes mellitus at an early disease stage in patients they know well.

Autores: Drivsholm T, Olivarius F.

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2006;23:192-7. Citas 20. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Aunque apreciamos la continuidad de la atención sabemos poco sobre sus beneficios reales. Los autores, daneses, analizan la situación de 1.136 paciente recién diagnosticados de diabetes tipo 2, según su médico de cabecera los conozca bien, regular o poco. A peor conocimiento del paciente, mayor nivel de hemoglobina glicosilada y más síntomas clásicos de diabetes. Parece, pues, que se diagnostica antes la diabetes en los pacientes que se conocen bien.

La continuidad da seguridad.

id:89-37

Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations.

Autores: Bültzingslöwen IV, Eliasson G, Sarimäki A, Mattsson B, Hjortdahl P.

Revista/Año/Vol./Págs.: Fam Pract 2006;23:210-9. Citas 32. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Sabemos que la mayoría de los pacientes desean tener un médico general personal, un médico de cabecera. En este trabajo, sueco, se entrevistan 14 pacientes crónicos y 16 profesionales. La continuidad de la atención por el mismo profesional se valora sobre todo por el sentimiento de seguridad que genera. El paciente tiene un sentimiento de coherencia, de confianza en el médico, de fe en el mismo, y de fácil accesibilidad.

Los beneficios de la actividad física.

id:89-38

Health benefits of physical activity: the evidence.

Autores: Warburton DER, Whitney C, Bredin SSD.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2006; 174:801-9. Citas 152. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La actividad física regular se contrapone a la vida sedentaria, sin ejercicio físico. Aunque parece obvio que es más sano mantenerse activo, la cosa no está clara. Los autores, canadienses, revisan a fondo la cuestión y demuestran que el ejercicio físico ayuda a evitar enfermedades, incluso si al tiempo hay factores de riesgo como tabaquismo o hipertensión. Se demuestra para la enfermedad cardiovascular, diabetes, obesidad, osteoporosis y cáncer (de mama y colon).

Predicción de la mortalidad en adultos.

id:89-39

Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults.

Autores: Lee SJ, Lindquist K, Segal MR, Covinsky KE.

Revista/Año/Vol./Págs.: JAMA 2006;295:801-8. Citas 46. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La capacidad pronóstica define mucho de lo que somos para los pacientes, y de ahí el interés de este trabajo, en el que se elaboró un índice que permite predecir la mortalidad en mayores de 50 años. En el índice pesa la edad (hasta 7 puntos los mayores de 85 años), el sexo (2 puntos para los varones), las enfermedades crónicas (diabetes 1 punto, tanto como delgadez, y tabaquismo dos puntos, tanto como insuficiencia cardiaca), y las actividades de la vida diaria.

Retraso diagnóstico en el cáncer de cabeza y cuello.

id:89-40

Head and neck cancer in primary care: presenting symptoms and the effect of delayed diagnosis of cancer cases.

Autores: Alho OP, Teppo H, Mäntyselkä P, Kantola S.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ 2006;174:779-84. Citas 32. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Hay tanto retraso diagnóstico en cáncer de boca como en el de colon, lo que resulta inexplicable. Los autores, finlandeses, analizan el seguimiento de 221 pacientes con cáncer de cuello y cabeza, en un distrito de 700.000 personas, durante 11 años. En la visita inicial no se hizo nada en el 20% de los casos, se derivó al 56% por cáncer y se re-citó al 24%. Llevó a más casos mortales el no hacer nada.

Los ACG, útiles en la práctica.

id:89-41

Adjusted Clinical Groups (ACG) explain the utilization of primary care in Spain based on information registered in the medical records: a cross sectional study.

Autores: Orueta JF, Urraca J, Berraondo I, Darpón J, Aurrekoetxea JJ.

Revista/Año/Vol./Págs.: Health Policy 2006;76:38-48. Citas 36. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: El uso de los servicios sanitarios depende en parte de la situación del paciente. Por ello se desarrollan fórmulas que permitan entender el impacto de su situación en la futura utilización de servicios. En este trabajo, vasco, se presentan los resultados de un estudio con los ACG, a partir de los datos de 56 médicos generales que registraron durante seis meses, y codificaron con la CIE-9-CM.

La independencia en la definición de enfermedades.

id:89-42

Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry.

Autores: Psychother Psychosom 2006;75:154-60. Citas 32. MPF.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Health Serv Res Policy 2006;11:74-80. Citas 26.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Las clasificaciones y definiciones de enfermedad son cosa importante, que los autores demuestran puede tener que ver con intereses no sólo científicos. Analizan a los 170 panelistas que participaron en la clasificación psiquiátrica estadounidense, la DSM-IV y la DSM-IV-TR, y demuestran que más de la mitad (95) tienen relación estrecha con la industria farmacéutica, en especial con la que produce psicofármacos. ¿Es inocente dicha asociación?.

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 Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales recogidos en el presente formulario se incluirán en un fichero cuyo responsable es GlaxoSmithKline, S.A. con domicilio en C/ Severo Ochoa, 2, 28760 Tres Cantos (Madrid) con la finalidad del envío de artículos de revistas científicas. Usted tiene derecho al acceso, rectificación y anulación de sus datos así como a la oposición a su tratamiento en sus términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo desea puede ejercitarlos dirigiéndose por escrito a la dirección del responsable arriba mencionado, indicando CIC Centro de Información de GSK.