

**La persistencia de los síntomas inexplicables.**

id:91-1

*Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice.*

**Autores:** Verhaak PFM, Meijer SA, Visser AP, Wolters G.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Fam Med 2006;23:414-20. Citas 20. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los pacientes acuden con síntomas que uno no puede explicar bien, desde dolor de espalda a mareo. En este trabajo, holandés, se demuestra que tal tipo de consulta es frecuente, pues se ve hasta en el 50% de una muestra nacional de pacientes que consultan con el médico general. Otra cosa es la consulta persistente por el mismo síntoma inexplicado, que se da sólo en el 3% de los pacientes.

**La OMS y el diagnóstico de diabetes.**

id:91-2

*WHO diagnostic criteria as a validation tool for the diagnosis of diabetes mellitus.*

**Autores:** Deckers JGM, Schellevis FG, Flemming DM.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Eur J Gen Pract 2006;12:108-13. Citas 26. MPF.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Los autores de este trabajo insisten en que la diabetes tiene una definición arbitraria, que la OMS ha cambiado en varias ocasiones, para ajustarse a la definición que incluya menos casos con complicaciones al comienzo. La definición de 1995, de 7 mmol/l la emplean para validar los casos nuevos de diabetes en redes de vigilancia de médicos generales en Bélgica, España, Holanda, Portugal y Reino Unido. El diagnóstico es más fiable en España.

**Evolución del consumo de psicofármacos inapropiados en personas institucionalizadas.**

id:91-3

**Autores:** Sicrás A, Peláez J, Castellá A, Rejas J.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2006;127:156-7. Citas 10. MARL.  
**Calificación:** Bueno

**Comentarios:** El consumo de fármacos se considera con frecuencia inadecuado (a veces por exceso y otras por defecto). En este caso se analiza el consumo inadecuado de psicofármacos en algunos centros geriátricos y se ve que, aunque ha mejorado algo, sigue siendo alto (19% en 2001 y 14.2% en 2004). Se usan en exceso fármacos con propiedades anticolinérgicas y sedativas de vida media larga. Es necesario disminuir el consumo inadecuado de fármacos, más aún en ancianos.

**Nuevos principios activos.**

id:91-4

*The changing face of HIV care: common things really are common.*

**Autor:** Revisión 2005.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Inf Ter Sist Nac Salud 2006; 30:19-22. Citas 0. MARL.  
**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** El Boletín de Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, publicado y distribuido gratuitamente por el Ministerio de Sanidad, ha realizado algunos cambios positivos, tras 30 años. La sección en la que se revisan los nuevos principios activos anuales se presenta de forma clara y resumida en una tabla en la que se incluye nombre, indicación, precio, referencias donde ver la información contrastada, etc. En 2005 se registraron en España 20 nuevos principios activos (4 innovación importante y 9 moderada), la mayoría antineoplásicos. Para AP, Delapril, Ranelato de Estroncio, Insulina detemir y eplerenona

**Interacciones farmacológicas en pacientes tratados con anticoagulantes orales en una zona de salud rural.**

id:91-5

**Autores:** Sánchez R, Molina MP, Rodríguez MI, Martínez JL, Escolar JL.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria 2006;38:427-34. Citas 25. MPF.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Los autores utilizan datos de pacientes andaluces, de la Anarquía (Málaga). Demuestran que el 88% de los pacientes anticoagulados reciben más de cinco fármacos distintos, y muchos interaccionan con el tratamiento anticoagulante. Destaca, claro, el ubicuo omeprazol. Se incluyen otros muy "populares", como el alopurinol, y las sulfonilureas. Lo del alopurinol no tiene mucho sentido, pues generalmente se emplea sin fundamento en la hiperuricemia asintomática.



## Cambio de la supervivencia de los casos de sida en Cataluña (1981-2001).

id:91-6

**Autores:** Rius C, Binefa G, Montoliu A, Esteve A, Ribas G, Gispert R, Casabona J.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2006;127:167-71. Citas 19. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La supervivencia en los pacientes con SIDA desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha aumentado de forma importante, como se pone de manifiesto en este estudio realizado en Cataluña. El hecho de que en muchos casos el SIDA haya pasado a ser una "enfermedad crónica" controlable con un tratamiento adecuado no debe hacer bajar la guardia de su prevención.

## Grupo Colaborador de Neumonía adquirida en la comunidad.

id:91-7

**Autores:** Cabré M, Serra M, Bolívar I, Pallarés R  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2006;127:201-5. Citas 28. MARL.  
**Calificación:** Bueno

**Comentarios:** En los pacientes con neumonía existen unos factores pronósticos conocidos como criterios de Fine (PSI). La edad cuenta mucho, y los mayores de 65 años tienen una elevada puntuación en el PSI; pero en los mayores de 84 años no discrimina los que fallecerán, por lo que hay que tener en cuenta otros aspectos como el estado funcional y nutricional. Todo índice debe usarse con sentido común. Los mayores de 84 años con neumonía mueren casi el doble que los de 65-84 años, con puntuaciones similares en el PSI.

## Evolución del consumo y de la resistencia a antibióticos en España.

id:91-8

**Autores:** Lázaro E, Oteo J.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Inf Ter Sist Nac Salud 2006;30:10-19. Citas 35. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** España es uno de los países con mayor consumo de antibióticos y con mayores resistencias bacterianas. Y la situación no parece haber mejorado en los últimos años: disminuyó el consumo de 1995 a 2001, para volver a aumentar hasta 2005. El aumento se debe sobre todo a amoxicilina clavulánico; dicha asociación sólo estaría justificada frente a la sospecha de patógenos productores de betalactamasas, que no es el caso ni de *S. pyogenes* (infecciones de garganta) ni del neumococo.

## Antibióticos sin recetas (según los finlandeses).

id:91-9

*Self-medication with antibiotics. Does it really happen in Europe?*

**Autor:** Väänänen MH, Pietilä K, Airaksinen M.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Health Policy 2006;77:166-171. Citas 20. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Somos una reserva mundial de bacterias resistentes a antibióticos, hasta el punto de que otros países de la Unión Europea empiezan a pensar que algo pasa en España. En este trabajo se encuesta a 1.000 finlandeses que viven permanentemente en la Costa del Sol respecto al uso de antibióticos. Casi un tercio los usó en los seis meses previos y en el 41% tal uso se debió a propia iniciativa y compra directa en la farmacia.

## Estafilococos resistentes.

id:91-10

*Community-acquired MRSA: can we control it?*

**Autor:** Gould IM.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Lancet 2006;368:824-6. Citas 19. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El *Staphylococcus aureus*-meticilín resistente es una plaga hospitalaria. No es fácil erradicarla, como comenta el autor, microbiólogo inglés. Y el problema ya no es sólo el hospital, sino las cepas de estafilococos resistentes en la comunidad, que muchas veces se presentan en impétigos y foliculitis que terminan en fascitis necrotizante o púrpura fulminante. Además de reducir el uso de antibióticos, hay que sospechar su presencia, para tomar muestras y actuar en consecuencia. De todo ello pueden dar ejemplo los países nórdicos, con una política global al respecto.

**Vacuna contra el virus del papiloma.**

*HPV vaccines and screening in the prevention of cervical cancer; conclusions from a 2006 workshop of international expert.*

id:91-11

**Autores:** Wright TC, Bosch FX, Franco EL, Cuzick J, Schiller JT, Garnen GP, Meheus A.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Vaccine 24S3 (2006) S3/251-S3/26. Citas 50. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Monográfico de la revista Vaccine sobre la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cérvix (CC). El CC ocurre en mujeres infectadas de forma persistente por el VPH, tras la producción de lesiones precursoras. En prevención secundaria del CC existe la posibilidad de hacer cribado virológico, y se abre la posibilidad de hacer prevención primaria mediante la vacunación anti VPH.

**Genética en el síndrome de Lynch.**

*Predicting and preventing hereditary colorectal cancer.*

id:91-12

**Autores:** Ford JM, Whittemore AS.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2006;296:1521-3. Citas 20. JG.

**Calificación:** Bueno

**Comentarios:** El síndrome de Lynch es el cáncer de colon hereditario no poliposo, que representa un 3% del total de los cánceres de colon. Es un cuadro interesante, pues sus características genéticas y familiares permiten localizar a pacientes con alta probabilidad de desarrollar cáncer. En este editorial se repasa el problema, a propósito de dos nuevos algoritmos para decidir delante del paciente individual. La cosa no es fácil, por nuestras lagunas en el conocimiento básico de la enfermedad y de su genética.

**Sintomatología en los pacientes oncológicos terminales, y su grado de control.**

*Información del RIMCAN 1991-2003.*

id:91-13

**Autores:** Ripoll MA, Vega M, Merino A, Sánchez R, Querol M, Grupo RIMCAN.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2006;296:1290-1. Citas 17. JG.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Este artículo resume el RIMCAN, una flor extraña en la Medicina General española, por su persistencia. Se presentan datos de 2.853 pacientes con cáncer, de los que el 91% fallecieron por el mismo. La edad media fue de 71 años, y el 66% fueron varones. Murió en el domicilio el 64%. Se controló bien el dolor en el 74%, y la ansiedad en el 56%. La mitad de los pacientes estuvo encamado a domicilio, una media de 45 días.

**Control del dolor, y urgencias, en el paciente oncológico terminal.**

*Emergency hospital admissions for pain in palliative patients. A crucial role for general practitioners.*

id:91-14

**Autores:** Menten J, Lepeleire JD.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Eur J Gen Pract 2006;12:133-4. Citas 11. MPF.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En el hospital universitario de Lovaina (Bélgica) registraron los ingresos urgentes de pacientes oncológicos terminales durante tres meses. Hubo 124 pacientes, de los que 64 tenían el dolor como cuestión clave para el dolor. Llegaron desde su domicilio 47 pacientes, de los que la mitad por voluntad propia, y la otra mitad a iniciativa de su médico general. La nota de derivación carecía de datos básicos en general, sobre todo respecto al uso previo y actual de analgésicos.

**Difícil sobrevivencia de la atención primaria en EEUU.**

*Primary care. Will it survive?*

id:91-15

**Autor:** Bodenheimer T.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med 2006;355:861-4. Citas 6. JG.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** En EEUU se tuvieron que inventar lo de "Medicina Familiar" para dar algún crédito a la Medicina General, pero cuarenta años después no parecen haber tenido mucho éxito. La media de ingresos de los especialistas casi dobla los de los médicos de familia, y esta especialidad atrae cada vez a menos residentes. Además, la aceptación sin crítica de medidas rutinarias clínicas y preventivas ahoga al médico práctico, enfrentado a una tarea falsamente titánica. Un sistema sanitario que no cree en la primaria.



### Falta de atracción de la atención primaria en EEUU. *Primary care. The best job in Medicine?*

id:91-16

**Autor:** Woo B.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** N Engl J Med 2006;355:864-6. Citas 5. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La Medicina General permite establecer relaciones profesionales a largo plazo y sobre múltiples problemas de salud con pacientes concretos. De esa forma se puede ofrecer atención de calidad a enfermedades crónicas, lo que es beneficioso para la sociedad. Pero en EEUU estas características positivas de la Medicina General no son suficientes para atraer a los residentes, que han disminuido un 51% entre 1998 y 2006. Los estudiantes acaban con deudas de hasta cien mil dólares, y no es cuestión dedicarse a una especialidad mal pagada.

### Formación en Medicina General en Eslovenia. *Specialist training of Slovene family physicians.*

id:91-17

**Autores:** Bula M, Svab I, Pavlic DR, Kolsek M.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Eur J Gen Pract 2006;12:128-32. Citas 14. MPF.

**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Como dejan claro los firmantes, Eslovenia es un país ex-soviético plenamente integrado en la Unión Europea. También en lo que respecta a la formación de especialistas en Medicina General/ de Familia, que ya cumple todas las recomendaciones de la UEMO (Unión Europea de Médicos Generales), e incluye un examen final. Además de exponer el proceso (cuatro años, dos en hospital, dos con un médico general) hace una comparación con todos los países de la UEMO.

### La descentralización no es la solución. *Is decentralisation the real solution? A three country study.*

id:91-18

**Autor:** Mosca I.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Health Policy 2006;77:113-120. Citas 32. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La descentralización sanitaria parece razonable, por aquello de acercar los servicios a los ciudadanos. Sin embargo, ninguna actividad carece de perjuicios, como bien señala el autor. Repasa las consecuencias de tendencias actuales opuestas, descentralizadora en Italia y España, y centralizadora en Noruega, y concluye con una sugerencia general de aviso y prevención frente a la descentralización, sobre todo por sus consecuencias en el mantenimiento de la desigualdad geográfica. Se precisa una clara definición de reglas y normas.

### Contraste entre teoría y práctica respecto a continuidad.

*GP' attitudes to personal continuity: findings from everyday practice differ from postal survey.*

id:91-19

**Autores:** Schers H, Bor H, Bosh WVD, Grol R.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2006;56:536-8. Citas 4.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Cuando se nos encuesta acerca de una cuestión solemos responder "en teoría". En este trabajo holandés se compara lo que responden en una encuesta postal sobre continuidad treinta médicos generales con lo que piensan tras cada una de 200 consultas sucesivas. No hay correlación entre ambas fuentes, y en la práctica la continuidad se valora en problemas graves, en problemas psicosociales y en revisiones de enfermedades crónicas.

### Más es distinto (¿o mejor?).

*Physician workload in primary care: what is the optimal size of practices? A cross-sectional study.*

id:91-20

**Autores:** Wensing M, Hombergh PVD, Akkermans R, Doremalen JV, Grol R.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Health Policy 2006;77:260-7. Citas 10. JG.

**Calificación:** Bueno

**Comentarios:** Desconocemos el tamaño óptimo del centro de salud. Es decir, el número de pacientes en la lista que lleva a un mejor uso del tiempo médico. En este trabajo, holandés, se pretende dar respuesta a esta cuestión, y se comparan centros de salud de distinto tamaño, todos con "ayudantes" (no enfermeras, aunque hagan labores clínicas). A mayor tamaño, menos horas de trabajo médico proporcional, y más servicios, pero no queda clara la ventaja.

**Mejor atención produce mejor resultado.**  
*medicine attributes related to satisfaction, health and costs.*

id:91-21

**Autores:** Sans M, Pujol E, Gené J, Pasarín MI, Iglesias B, Casajuana J.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Fam Pract 2006;23:308-16. Citas 29. JG.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Es lugar común aceptar que trabajar bien en primaria conlleva mejores resultados en salud de los pacientes, pero la cosa no resulta tan obvia. Los autores de este trabajo, catalanes, hacen una búsqueda sistemática al respecto y sólo encuentran 19 trabajos. Con ellos demuestran que la continuidad, el tiempo de consulta, la buena comunicación médico-paciente y la prevención valen la pena (aumentan la satisfacción del paciente y mejoran la salud del mismo).

**Falta de registro del posible seguimiento del paciente.**  
*Continuity of care through medical records. An explorative study on GP' management considerations.*

id:91-22

**Autores:** Schers H, Hoogen HVD, Grol R, Bosch WVD.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Fam Pract 2006;23:349-52. Citas 13. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La historia clínica no es un registro notarial, por lo que en ella muchas cosas no se registran. En este trabajo se analiza con 30 médicos generales el seguimiento posible del paciente, tras 200 consultas reales. El médico piensa en cambios, o adaptaciones, en el 66% de los casos, pero rarisimamente hace anotaciones al respecto en la historia clínica (por ejemplo, posibles ajustes en la medicación, previstos en el 23% de los casos, anotado en el 3%).

**Los grandes utilizadores lo son por características varias.**  
*Is frequent attendance in primary care disease-specific?*

id:91-23

**Autores:** Foster A, Jordan K, Croft P.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Fam Pract 2006;23:444-52. Citas 23. JG.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Tenemos problemas para entender porqué algunos pacientes vienen tanto a la consulta. En este trabajo inglés se analizan los datos de uso de un año en nueve centros de salud, con 1.000 pacientes cada centro. El gran utilizador viene unas 10 veces al año. Su uso depende de la enfermedad (hipertensión, diabetes, neurosis y/o asociación de varias enfermedades), pero más de características personales y del centro de salud.

**El plagio científico.**  
*Role of systematic reviews in detecting plagiarism: case of Asim Kurjak.*

id:91-24

**Autor:** Chalmers I.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2006;333:594-7. Citas 10. JG.

**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Hay quienes piensan que es más fácil copiar que generar trabajos originales. Y a ello se dedican con denuedo, como se explica con todo detalle en este texto. Se cuenta la historia de un catedrático de Ginecología croata, de la Universidad de Zagreb, que se dedica alegremente a copiar textos, y a inventarlos, sin que las llamadas al orden le hayan corregido (y sin que se vea afectada su carrera universitaria). Parece increíble, tanto por el falso científico como por la cierta universidad.

**A peor práctica, mejor auto-evaluación.**  
*Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence. A systematic review.*

id:91-25

**Autores:** Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Harrison RV, Torpe KE, Perrier L.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2006;296:1095-102. Citas 48. JG.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Hay poco publicado de calidad sobre el proceso de auto-evaluación de los médicos. La cuestión es importante, como demuestran los autores, de Canadá y EEUU. Hacen una revisión a fondo y sólo encuentran 17 trabajos en los que se compara la auto-evaluación con la evaluación externa. En 13 casos hay discordancia entre ambas. Cuanto peor lo hace el médico, mejor se juzga a sí mismo.

**Formación y auto-evaluación.**

*Self-assessment in lifelong learning and improving performance in practice. Physician know thyself.*

id:91-26

**Autores:** Duffy FD, Holmboe ES.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** JAMA 2006;296:1137-40. Citas 12. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Gran parte de lo que sabemos los médicos lo debemos a un largo proceso de aprendizaje, a través del estímulo de la práctica diaria. En este editorial se comenta el trabajo en el mismo número de la revista sobre la capacidad del propio médico de valorar sus áreas de trabajo de peor calidad. Hay necesidad de tener datos objetivos y de desarrollar un sistema de evaluación externa que ayude al médico a identificar áreas necesitadas de mejora.

**En representación de la Comisión de Medicina y Especialidades Relacionadas del Consell Català d' Especialitats en Ciències de la Salut.**

id:91-27

**Autores:** Terés J, Capdevila JA, Novell F, Cardellach F, Bundó M, Torres M,

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2006;127:139-44. Citas18. MARL.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** La formación MIR se considera positiva, pero con frecuencia supone una excesiva parcelación. En este artículo se propone una formación más troncal, señalando de forma detallada las competencias que los futuros profesionales deberían adquirir en dos años de formación común (aspectos comunicativos, de trabajo en equipo, ética, administración y gestión, etc., además de las específicamente clínicas, que se señalan de forma detallada).

**Más Medicina General en general.**

*McNaughton E. General practice specialty training; an innovative programme.*

id:91-28

**Autor:** McNaughton E.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2006;56:740-42. Citas 14. JG.

**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Hay un impulso mundial para dar un mayor contenido general a todos los estudios de Medicina, de pre y post-grad. En este editorial se comentan los dos años de rotación común que se piden en Inglaterra a los residentes. También, el aumento del tiempo del residente de Medicina General en atención primaria. Lo malo es que se pone como ejemplo Dinamarca, donde ya dura 5 años la residencia en Medicina General, ¡casi tanto como la carrera! ¡Demasié!

**Corticoides, mejor que antibióticos en la EPOC.**

*Antibiotics and steroids for exacerbations of COPD in primary care: compliance with Dutch guidelines.*

id:91-29

**Autores:** Roede BM, Bindels PJE, Brouwer HJ, Bresser P, Boggie CAJM, Prins JM.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2006;56:662-5. Citas 20. JG.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** En la reagudización de la EPOC es más eficaz el uso de corticoides que el de antibióticos. La recomendación holandesa es emplear broncodilatadores, después corticoides (30 mg una semana) y reservar los antibióticos. Con 35.589 pacientes de los que el 1,3% tienen EPOC, se demuestra que en dos años tuvieron reagudizaciones el 53%. Se emplearon los corticoides en el 30% de los casos, y antibióticos en el 29% (ambos en el 23%).

**Gasometría arterial en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable según los valores de la espirometría.**

id:91-30

**Autores:** Fernández J, García JM, Perea E, Cebrían JJ, Mora E, Moreno LF.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2006;127:90-2. Citas10. MARL.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La gasometría arterial es la prueba de referencia para establecer la indicación de oxigenoterapia, pero su realización periódica en pacientes con EPOC estable no está exenta de problemas. Para seleccionar los pacientes a los que se les debe realizar, cada vez se considera más la pulsioximetría (con valor menor del 92%). Según este estudio, estaría indicada la gasometría si el valor del FEV1 es menor del 50% de sus valores teóricos.

**Aumenta el asma en niños menores y disminuye en mayores.** id:91-31  
*Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys.*

**Autores:** Colmes HM, Hayley DC, Caleb A, Sachs GA.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Lancet 2006;368:733-43. Citas 30. MPF.  
**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Las noticias sobre la prevalencia de las enfermedades alérgicas son alarmantes, pero no tanto, según este estudio internacional, ISAAC, que demuestra un aumento del asma en niños pequeños (6-7 años) y un descenso en los mayores (13-14 años). Se comparan centros y niños en 1994-5 con 2002-3. Hay una gran variabilidad según países, y según las tres enfermedades estudiadas.

**A favor y en contra de una percepción exagerada de las alergias alimentarias en niños.** id:91-32  
*Are the dangers of childhood food allergy exaggerated?*

**Autores:** Colver A, Hourihane J.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2006;333:494-8. Citas 42. MPF.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** En este trabajo se recogen los puntos de vista opuestos, a favor y en contra, sobre si existe una percepción exagerada de los riesgos y de la prevalencia de las alergias alimentarias en niños. Al final una llega a la conclusión de que sí se ha exagerado un riesgo y una prevalencia que no ha aumentado, y que la adrenalina auto-inyectada debería reservarse para muy pocos casos.

**Mejor educación para mejor salud.** id:91-33  
*Improving literacy as a mean to reducing health disparities.*

**Autor:** Saha S.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Gen Intern Med 2006;21:893-5. Citas 18. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El nivel de educación formal (años de asistencia a la escuela y demás) tiene gran impacto en la salud. En este editorial se comentan cuatro artículos sobre alfabetización y salud (en EEUU) publicados en el mismo número de la revista de los internistas. La cuestión es interesante, pero el nivel de instrucción es sólo el resultado de otras desigualdades, por lo que cabe dudar del impacto en sí misma de la alfabetización. Desconocemos las posibilidades de mejora de la salud de tal intervención.

**Mejor educación, ¿mejor adherencia al tratamiento?** id:91-34  
*Is adherence the missing link?*

**Autores:** Pignone MP, DeWalt DA.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** J Gen Intern Med 2006;21:896-7. Citas 12. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Cuando un paciente no sabe leer es esperable que muchas cosas vayan mal. Pero no todas. En este editorial se comentan los problemas que conlleva el ser analfabeto para el cumplimiento de los regímenes farmacológicos. Sorprendentemente, no hay muchas diferencias al respecto. Los autores citan un estudio suyo sobre pacientes con insuficiencia cardiaca a los que se les enseña auto-control de diuréticos, que logran los analfabetos sin problemas (aunque requieren más meses para lograrlo).

**Diferencias en la mortalidad de la población mayor de 65 años en un área sanitaria de la Comunidad de Madrid.** id:91-35

**Autores:** Magán P, Alberquilla A, Ribera JM, Otero A.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria 2006;38:443-9. Citas 30. MPF.  
**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Las desigualdades en salud son evidentes incluso en áreas geográficas pequeñas, como demuestran los autores con datos del Área 11 de Madrid (de Legazpi, Orcasitas y el sur en general). Lo estudian en mayores de 65 años, y con datos de mortalidad y de renta media disponible. La mortalidad disminuye hasta el 20% en varones de la clase más alta; en las mujeres sólo el 8%. No hay diferencias en el área rural que abarca el estudio.



Mujer, salud y  
enfermedad

**La inutilidad de la anticoncepción postcoital.**  
*Emergency contraception. It is worth all the fuss?*

id:91-36

Autor: Glasier A.  
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2006;333:560-1. Citas 12. JG.  
Calificación: Bueno.

Comentarios: Creíamos que los embarazos no queridos se debían a la falta de conocimiento. Después a la falta de métodos anti-conceptivos. Después a la necesidad de la anticoncepción postcoital. Pero cuando ya tenemos todo, los abortos siguen aumentando sin cesar. Algo falla. Y resulta muy irónico, como se destaca en este editorial, que un método que funciona en la teoría no sirva en la práctica. Ni siquiera cuando se le da la mujer para que la tenga en casa, "por si acaso".

Enfermedades  
mentales

**Somatización y utilización de servicios.**  
*Distinctive patterns of medical care utilization in patients who somatize.*

id:91-37

Autores: Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW.  
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Care 2006;44:803-11. Citas 49. JG.  
Calificación: Bueno.

Comentarios: Los pacientes somatizadores son frecuentes en nuestras consultas, y no siempre logramos entenderlos. En este trabajo se identifican 1.440 pacientes somatizadores y se analiza su patrón previo de uso tanto de primaria como de especializada, ingresos y urgencias. El 20% de pacientes somatizadores tiene un patrón de uso intensivo de todos los recursos analizados. Pero los autores no logran "identificar" a los pacientes somatizadores a partir de dicho patrón de uso (especificidad 99%, sensibilidad 15%).

# 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/ Enviro 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 mencionada, indicando CIC Centro de Información de GSK.