

**Profesionalidad y *professionalism*: fundamentos, contenidos, praxis y docencia.**

id:93-1

**Autores:** Borrel-Carrio F, Epstein RM, Pardell H.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2006;127:337-42. Citas 31. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El ejercicio de la medicina está sometido a profundos cambios; son de agradecer artículos como este en el que se repasa y revisa el concepto de profesionalidad, y su necesidad. Con frecuencia uno se considera técnico, otras burócrata, pero es necesario que seamos y nos sintamos "profesionales", con un conjunto de principios y compromisos sólidos (competencia profesional, honestidad, relación cordial y empática con el paciente, accesibles, etc). Profesionalidad que no se aprende en los libros, sino por contagio y por una adecuada práctica reflexiva.

**La revisión por pares, manifiestamente mejorable.**

id:93-2

**What have we learnt from Vioxx.**

**Autores:** Ribera JA, Peiró S.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMJ 2007;334:120-3. Citas 22. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Los mecanismos científicos se fundan en la honradez de todas las partes. Aunque el tiempo termina poniendo las cosas en su sitio, ha habido fraudes científicos de larga duración (y de graves consecuencias). Los autores examinan a fondo todo el proceso de publicación de los resultados de Vioxx, y el comportamiento de científicos, industriales, clínicos y revistas científicas. La crítica se extiende al conjunto, y se concluye pidiendo transparencia y mejor revisión por pares, sobre todo cuando haya conflicto de intereses.

**Evidence-based approaches to dissemination and diffusion of physical activity interventions.**

id:93-3

**Autores:** Owen N, Glanz K, Sallis JF, Kelder SH.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Prev Med 2006;31 (4S):S35-S44. Citas 63. MPF.  
**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Los autores, estadounidenses, hacen una revisión acerca de los problemas para difundir e implantar actividades físicas de probado efecto sobre la salud. Lo interesante del texto no son dichas actividades físicas, sino el énfasis en que las cosas no se difunden solas. Se precisa una planificación que lleve a la difusión, adopción e integración en la rutina de lo que se propone, y se demuestra con un modelo práctico de difusión de innovaciones. Hay que sensibilizar y contar con los innovadores (2,5% de la población) y los que adoptan pronto las innovaciones (13,5%).

**¿Cómo llevar a cabo la formación continuada en atención primaria?**

id:93-4

**Autor:** Gérvas J.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Espinás J (coordinador). 3ª edición. Barcelona: SEMFYC; 2006. pgs. 1247-50. Citas 5. MPF.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En este texto el autor, madrileño, propone una forma práctica de mantener activa la formación continuada en los centros de salud. Su propuesta se basa en que todos tienen algo que enseñar, y mucho que aprender. Es decir, todos sus miembros son docentes y discentes. También propone que la actividad diaria sea el motor de la formación, pues la clínica constituye un reto al que no es fácil responder. El texto tiene el valor añadido de fundamentarse en la experiencia práctica del autor.

**Mal futuro para la profesión de médico general. UEMO.**

id:93-5

**O futuro da maó-de-obra dos médicos de família. Declaração política da UEMO.**

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Port Clín Geral 2006;22:647-9. Citas 0. MPF.  
**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Los de la UEMO tienen la representación oficial política de los médicos generales europeos (es la Unión Europea de Médicos Omnipracticisien), y en este documento pintan un panorama negro sobre la futura escasez de médicos generales y sus posibles remedios. Piden, como es lógico, mejoras en la formación de pregrado, postgrado y continuada, pero también la mejora del estatus profesional, de la autonomía, de las condiciones de trabajo y de la remuneración. Si no se hace no habrá suficientes médicos generales/de familia en Europa.

**Isoflavonas en mujeres menopáusicas.**

id:93-6

**Autor:** Gris JM.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2006;127:352-6. Citas 72. MARL.**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los perjuicios de la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia y su consiguiente menor uso ha ido pareja al interés por los fitoestrógenos. En esta revisión se es muy crítico con ellos, señalando que parte de sus beneficios descritos en trabajos observacionales podrían deberse a otros factores como la dieta y el ejercicio. Parece que las isoflavonas por sí mismas no mejoran adecuadamente los síntomas vasomotores ni el trofismo genitourinario, no aportan beneficio clínico cardiovascular, ni previenen fracturas, ni disminuyen el cáncer de mama o endometrio. En fin, otra recomendación "médica" con muy poca "evidencia" de utilidad.

**La osteoporosis es frecuente y conlleva mayor frecuencia de fractura (sobre todo vertebral).**

id:93-7

**Autores:** Marín F, González J, Moya R, Onrubia C, Cancelo C, Álvarez S, et al en representación de los investigadores del proyecto ECOSAP**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2006;127:401-404. Citas 23. MARL.**Calificación:** Bueno

**Comentarios:** En este estudio, realizado en 58 centros de AP durante 3 años, se observó que la incidencia de fracturas no vertebrales en mayores de 65 años es de 2.420 casos por 100.000 mujeres/año (doble en las mayores de 75 años que entre 65-69); la más frecuente de antebrazo, seguida de cadera y húmero. ¿Cuántas son prevenibles con fármacos "específicos" (bifosfonatos y demás) y cuantas con otras medidas (prevención de caídas, dieta, ejercicio, etc.)?

**Comparación entre la tabla del SCORE y la función Framingham-REGICOR en la estimación del riesgo cardiovascular en una población urbana seguida durante 10 años.**

id:93-8

**Autores:** Buitrago F, Cañon L, Díaz N, Cruces E, Bravo B, Pérez I.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2006;127:368-73. Citas 27. MARL.**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Las tablas para calcular el riesgo cardiovascular suelen tener bastante margen de error. Y no se adaptan igual a todas las poblaciones (y menos aún a cada individuo). En este estudio se valoran la SCORE y REGICOR para calcular el riesgo cardiovascular de una cohorte de individuos de 40-65 años durante 10 años en el centro de salud de La Paz (Badajoz). La SCORE resulta más válida, aunque sobreestimó el riesgo de muerte cardiovascular (2,1% frente a 1,5% lo que quizá lleva a más intervención médica); la REGICOR subestimó el riesgo coronario.

**Patrón de cumplimiento terapéutico de antihipertensivos y/o hipolipemiantes en pacientes hipertensos y/o dislipémicos en atención primaria.**

id:93-9

**Autores:** Sicras A, Fernández J, Rejas J, García M.**Revista/Año/Vol./Págs.:** An Med Interna (Madrid) 2006;23:361-368. Citas 27. MPF.**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** El incumplimiento terapéutico puede llegar a ser hasta del 40%, pero en este trabajo el peor resultado es del 21%. Se hizo en Badalona, Cataluña, a partir del circuito de prescripción repetida. Se comparó el cumplimiento en los pacientes con hiperlipemia, con hipertensión e hiperlipemia, y sólo con hipertensión, de 79, 81 y 82% respectivamente. Parece que la complejidad del tratamiento dificulta su cumplimiento. Es mejor cuando el fármaco es caro. Y hay médicos que logran mejor cumplimiento.

**El olvido de las historias de cáncer de mama de la familia paterna.  
*Paternal relatives and family history of breast cancer.***

id:93-10

**Autores:** Quillin JM, Ramakrishnan V, Borzelleca J, Bodurtha J, Bowen D, Wilson D.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Prev Med 2006;31:265-8. Citas 32. MPF.**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Las mujeres tendemos a saber más de las familias de nuestras madres que de las de nuestros padres, y sucede lo mismo con las historias familiares de cáncer de mama, como demuestran los autores, estadounidenses. Repasan los datos de mujeres de más de 40 años sin cáncer de mama, en un trabajo de investigación sobre este cáncer, y demuestran que la declaración de casos en la familia materna (16%) es mayor que en la paterna (10%), después de excluir a la madre.

**La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas.** id:93-11

**Autores:** Terraza R, Vargas I, Vázquez ML.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit 2006;20:485-95. Citas 88. MPF.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los del Consorci Hospitalari de Catalunya precisan información para la decisión, y su servicio de estudios intenta producirla. En este artículo, por ejemplo, se analiza la mejor forma de evaluar la coordinación (y de promoverla). Dan énfasis a los mecanismos basados en la retroalimentación (grupos de trabajo, profesionales de enlace, y sistemas de información vertical), que obtienen mejores resultados que los mecanismos basados en la normalización de actividades (guías, planes, mapas y demás formas de algoritmos).

**Un listado de servicios preventivos, según rendimiento e importancia clínica.** id:93-12  
**Priorities among effective clinical preventive services. Results of a systematic review and analysis.**

**Autores:** Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottermesh TJ, Goodman M, Solberg L.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Results of a systematic review and analysis. Am J Prev Med 2006;31:52-61. Citas 25. JG.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Se nos recomiendan tantas actividades preventivas que uno ya no sabe qué hacer en la práctica clínica diaria. Los autores, estadounidenses, actualizan un trabajo suyo de 2001 para graduar la importancia de las actividades preventivas, y hacen un listado según coste-efectividad e impacto clínico. Lo mejor, el uso de la aspirina en prevención cardiovascular, el consejo contra el tabaco y el cribaje de cáncer de colon-recto.

**La necesidad de priorizar servicios.** id:93-13  
**A sense of priorities for the healthcare commons.**

**Autores:** Wolf S, Stange KC.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Prev Med 2006;31:99-102. Citas 47. JG.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Los servicios preventivos posibles son tantos que hay que seleccionar y ofrecer los más efectivos y eficientes (los más apreciados y que más rinden en la práctica clínica). En este editorial se comenta el trabajo previo, de Estados Unidos, sobre priorización de servicios preventivos, que sigue la estela de los trabajos previos en Oregón (Estados Unidos) y Nueva Zelanda. Hay que elegir lo mejor, y lograr que se haga lo mejor en la práctica, adaptado a las necesidades de la población que se atiende. Algo muy difícil de conseguir, como todos sabemos.

**Cómo utilizar el listado de servicios preventivos prioritarios.** id:93-14  
**Priorities among effective clinical preventive services.**

**Autor:** Satcher D.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Prev Med 2006;31:97-98. Citas 7. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Al aplicar las recomendaciones preventivas es esencial adaptarse a la población a la que se atiende. Pero, como destaca el autor (presidente del comité que ha elaborado las tablas de priorización de medidas preventivas, [www.prevent.org](http://www.prevent.org)) falta la información e investigación precisa para tal adaptación. Es decir, que las recomendaciones son muy genéricas, y no es fácil pasar a la práctica clínica, con su variedad. Además, habría que aplicar localmente lo que necesita mayor mejora, porque se hace mal, o no se hace. Todo lógico, pero no sencillo. En dirección [www.antibioticos.msc.es](http://www.antibioticos.msc.es) está disponible el documento, todo el material de la campaña, buenas guías y consensos, etc.

**Medición de la minusvalía en la EPOC.** id:93-15  
**Functional status and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease.**

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2006;119(10A):S32-S37. Citas 27. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los pacientes con EPOC no tienen ni el relumbramiento ni la atracción de los pacientes con hipertensión y/o diabetes. Y, sin embargo, la repercusión de la enfermedad en sus vidas es enorme. Los autores, gringos, hacen un análisis de los distintos métodos con los que se puede medir la afectación de los pacientes con EPOC. Desde la simple clínica (grado de disnea, espirometría y demás) a la modificación de las actividades de la vida diaria, el estado funcional y algunos instrumentos específicos. A partir de un caso clínico demuestran pedagógicamente la importancia de todo ello.



### Uso y recomendaciones de profilaxis de endocarditis: falta de cumplimiento en pacientes ambulatorios.

id:93-16

**Autores:** Caballero J, Gómez JJ, García JM, de Teresa E.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2006;127:475-6. Citas 7. MARL.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La endocarditis infecciosa es infrecuente (15-30 casos por millón de hab/año), pero muy grave. Aunque es prevenible con profilaxis antibiótica sólo el 6% de los casos, ésta se suele recomendar en enfermos con cardiopatía subyacente. Pero dicha recomendación sólo consta en un tercio de los pacientes atendidos en consultas de cardiología. Esperemos que aunque no conste la recomendación sí se haga la profilaxis cuando se precise.

### Antibiotics as intermicrobial signaling agents instead of weapons.

id:93-17

**Autores:** Linares JF, Gustafsson I, Baquero F, Martinez JL.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** PNAS published December 5, 2006, 10.1073/ pnas.0608949103 (disponible en <http://www.pnas.org/cgi/search?fulltext=antibiotics>). Citas 35. MARL.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Artículo publicado en la edición digital de la revista *Proceedings of the Nacional Academy of Sciences* de Estados Unidos, en la que autores españoles señalan que los antibióticos a bajas concentraciones pueden incluso llegar a ser beneficiosos para las bacterias, desencadenando la expresión de determinantes de virulencia como la formación de biofilm, aumento de motilidad y citotoxicidad. Así que, además de inducir resistencias bacterianas, parece que los antibióticos que no matan hasta estimulan a las bacterias (visto con *Pseudomona aeruginosa* frente a tobramicina, tetras y norfloxacino).

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

id:93-18

**Autores:** Lázaro E, Oteo J.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Inform Terap Sistema Nacional Salud 2006;30:10-19. Citas 35. MPF.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** España está probablemente a la cabeza de Europa en el consumo de antibióticos, según comentan los autores, madrileños, a propósito de la altísima tasa de resistencias de los estreptococos a la penicilina. Ahora la Unión Europea ha entendido el sobre-uso de antibióticos como un problema de salud pública, y está gastando dinero en la investigación orientada a la acción. Aquí tenemos el problema de la dispensación sin receta en las farmacias, una lacra. El consumo, que había ido disminuyendo, ha aumentado en los últimos años.

### En caso de pandemia de gripe "española" habría más muertos de edad avanzada. Cases and deaths during influenza pandemics in the United States.

id:93-19

**Autor:** Brundage JF.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Prev Med 2006;31:252-6. Citas 12. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** La gripe del 1918-9 fue terrible, por la mortalidad y por la selección para la misma de adultos jóvenes sanos. Parece que se debió a la violenta reacción inmunológica en estos individuos. El autor utiliza datos de las pandemias del 18, 57 y 68, las más agresivas, para determinar la mortalidad y grupo más afectado en la población actual de Estados Unidos. La tasa de infección iría del 25 al 34%, y la de mortalidad del 4,4 al 6,7%, con mayor proporción de muertos entre adultos mayores y ancianos.

### El uso correcto de antibióticos en neumonías en hospital. Antibiotic therapy and 48-hour mortality for patients with pneumonia.

id:93-20

**Autores:** Mortensen EM, Restrepo MI, Anzuelo A, Pugh JA.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Med 2006;119:859-64. Citas 27. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Las neumonías son causa frecuente de muerte, sobre todo en ancianos. El uso de antibióticos disminuye la mortalidad, sobre todo si se inicia pronto la terapia y si se elige adecuadamente el fármaco. En este trabajo, en un hospital tejano, se compara la mortalidad de los pacientes ingresados con neumonía adquirida en la comunidad según que el antibiótico sea uno de los recomendados, o al capricho del médico. Mueren menos los primeros.

Insuficiencia cardiaca

**Características clínicas y terapéuticas de los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna por insuficiencia cardiaca.**

id:93-21

**Autores:** Fernández I, González E.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** An Med Interna (Madrid) 2006;23:459-64. Citas 47. MPF.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los pacientes con insuficiencia cardiaca ingresados en medicina interna suelen llegar allí por disnea, por descompensación provocada por infección respiratoria aguda. Esto es lo que demuestran los autores, vallisoletanos, con una muestra de pacientes muy añosos (83 de media para las mujeres y 72 para los varones), con predominio diastólico, a los que no se trata muy bien, por la escasa recomendación al alta de beta-bloqueantes (19%), de IECA (37%) y de anti-aldosterónicos (20%). Hay campo para la mejora.

**Necesidad del manejo de la insuficiencia cardiaca congestiva por el internista y ventajas de la investigación clínica.**

id:93-22

**Autor:** Berrazueta JR.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** An Med Interna (Madrid) 2006;23:457-8. Citas 11. MPF.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En este editorial se comentan el artículo previo, y otro en el mismo número de la revista también sobre insuficiencia cardiaca. Uno es retrospectivo (documenta lo que se hace en la práctica), y otro prospectivo (en el curso de un estudio de investigación). En el segundo caso los resultados que se obtienen son mejores (menos días de estancia, más uso de ecocardiografía, mejor utilización de la medicación). Es decir, participar en un estudio prospectivo mejora la práctica clínica (al menos mientras dure).

**Más curar y menos prevenir.**

id:93-23

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Heath I. In defence of a National Sickness Service. BMJ 2007;334:19. Citas 0. JG.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** Llevamos tres decenios de impulso de la prevención, como si siempre fuera cierto lo de "más vale prevenir que curar". La insistencia está llegando a un extremo en que se ven los sistemas sanitarios como sistemas de salud. Es decir, como si el producto de la actividad del sistema sanitario fuera la salud, no la recuperación de la misma, o el alivio y el consuelo cuando no se puede curar. En este texto la autora, médico general inglesa, hace una defensa cerrada de un sistema sanitario orientado a la enfermedad, a dar respuesta a los pacientes que sufren. Menos prevención para ricos y sanos, y más cuidado del que sufre y está enfermo.

**Estrategias regulativas para las medicinas complementarias y alternativas: hacia un modelo de entendimiento de prácticas de salud.**

id:93-24

**Autores:** Urios C, Caminal J, Rodríguez N, Puigpelar F, Grupo de Investigación en MCA.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria 2006;38:574-6. Citas 12. MPF.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** Los autores proponen que se regule la práctica de las medicinas alternativas y complementarias. Aducen para ello el ejemplo de otros países de la Unión Europea, y sobre todo el uso masivo de dichas alternativas. En torno al 30% de la población utiliza dichas terapias, lo que es al tiempo una crítica a la medicina convencional y la expresión de una necesidad no cubierta por las organizaciones oficiales. Es hora de que las instituciones políticas hagan propuestas que legalicen y regulen las medicinas alternativas.

**No es fácil decidir la mejor alternativa terapéutica en la hipertrofia de próstata.**

id:93-25

**The effectiveness of a treatment protocol for male lower urinary tract symptoms in general practice: a practical randomised controlled trial.**

**Autores:** Norg RJC, Beek K, Portegijs PJM, Schayck O, Knottnerus JA.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2006;56:938-44. Citas 27. JG.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Uno no sabe muy bien qué hacer ante los síntomas de la hipertrofia de próstata. Y en este artículo la conclusión no es clara. Comparan el seguimiento de 208 pacientes durante un año, de 26 médicos generales holandeses, según se traten sin nada, con alfa-bloqueantes, con inhibidores de la 5-alfa-reductasa y con cirugía. Al cabo del año los síntomas han empeorado cuando no se hace nada, y también con los alfa-bloqueantes.

Hipertrofia prostática



### La construcción y comunicación del conocimiento en la era de la Medicina Basada en la Evidencia. Implicaciones para la lectura crítica de ensayos clínicos.

id:93-26

**Autor:** Márquez S.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gestión Clín Sanit 2006;8:87-91. Citas 21. MPF.

**Calificación:** Excelente.

**Comentarios:** De vez en cuando conviene leer textos como el que firma la autora, andaluza, sobre la necesidad de refinar el arte de leer con mirada crítica las publicaciones de la Medicina Basada en Pruebas. Además, utiliza como ejemplo algo que se nos quiere vender sin fundamento científico: las ventajas de tratar a los pacientes con hipertensión. Analiza a fondo el ensayo TRPHY, de uso de candersantán en la pre-hipertensión, de mucha validez interna, escasa relevancia clínica y nula validez externa.

### Innovación tecnológica en medicina: una visión crítica.

id:93-27

**Autor:** Gérvas J.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Rev Port Clín Geral 2006;22:723-7. Citas 23. MPF.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Las propuestas de mejora de la organización sanitaria son innovaciones tecnológicas que a veces mejoran la salud de los pacientes, como demuestra el autor. Su propuesta es ser críticos tanto con la innovación como con la rutina. Emplea ejemplos elocuentes, como la campaña de dormir boca abajo, que multiplicó por 24 la incidencia de lo que pretendía evitar (la muerte súbita del lactante); o el uso de métodos físicos y químicos antitérmicos, que no tienen utilidad demostrada; o la organización en equipos contra el trabajo solitario, sin las ventajas esperadas.

### De una enfermedad imaginaria al riesgo de muerte por su tratamiento.

id:93-28

#### *FDA issues stronger warnings for ADHD stimulants: warnings don't go far enough.*

**Autor:** Anónimo.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Worts Pills Best Pills 2006;12:81-3. Citas 0. JG.

**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** De un tiempo a esta parte todo niño incómodo para los maestros y/o la familia se transforma en un niño hiperactivo. No sería grave si fuera equivalente a un niño molesto. Pero lo de molesto no entra en la DSM-IV, y lo de hiperactivo sí. Entrar en una clasificación psiquiátrica legaliza el tratamiento y el manejo médico del niño. Así que el niño molesto se transforma en niño tratado con medicamentos. Medicamentos que la FDA insiste lleven clara advertencia de que pueden producir muerte súbita por parada cardíaca.

### Daño gastrointestinal y AINE.

id:93-29

#### *Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), cyclooxygenase-2-selective inhibitors (coxibs) and gastrointestinal harm: review of clinical trials and clinical practice.*

**Autores:** Moore RA, Derry S, Phillips CJ, McQuay HJ.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** BMC Musculoskeletal Disorders 2006;7:79 en BioMed Central [www.biomedcentral.com/1471-2474/7/79](http://www.biomedcentral.com/1471-2474/7/79) Citas 60. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** El AINE que menos daño produce es el que no se utiliza. Y si se utiliza, el que se emplea en la menor dosis eficaz y durante el período más corto de tiempo. En otro caso (larga duración, peligro de úlcera gástrica como efecto adverso), hay que leer este texto, de unos ingleses. Los coxib dan menos problemas que los AINE clásicos. Hay que destacar el mal uso de los "protectores gástricos", una plaga en todos sitios.

### La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable.

id:93-30

**Autores:** Ortiz-Lobo A, González R, Rodríguez F.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Aten Primaria 2006;38:563-9. Citas 23. JG.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Lo de derivar es un arte, con un poquito de ciencia. Con la derivación no pierdes al paciente, sólo transfieres alguno de sus problemas para asesoramiento o tratamiento al especialista correspondiente. A veces se hace a instancia o por presión del paciente y/o de su familia. En este original trabajo madrileño se hace un estudio de pacientes derivados a Psiquiatría y se estudian sus diagnósticos. En el 25% de los casos no hay diagnóstico posible, pues se trata de casos en los que el sufrimiento es el de la vida.

**Los mongólicos, entre los pobres.**

id:93-31

*Advances in medical technology and creation of disparities: the case of Down syndrome.*

**Autores:** Khoshnood B, Vigan C, Vodovar V, Bréat G, Goffinet F, Blondel B.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Am J Public Health 2006;96:2139-44. Citas 42. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.  
**Comentarios:** El uso de métodos diagnósticos prenatales no se distribuye al azar. Da igual que el sistema sanitario cubra los costes, pues eso no anula las dificultades de acceso. Los autores, franceses, estudian el registro parisino de anomalías congénitas y determinan la posibilidad de que una mujer tenga un niño mongólico, y de que se haya hecho el diagnóstico pre-natal oportuno. Las madres sin trabajo tienen una probabilidad de más del doble de parir un niño con síndrome de Down.

**Los pobres diabéticos, mejor cuidado pero peor resultado.**

id:93-32

*Do patients with diabetes and low socioeconomic status receive less care and have worse outcomes? A national study.*

**Autores:** Jotkowitz AB, Rabinowitz G, Segal AR, Weitzman R, Epstein L, Porta A.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** A national study. Am J Med 2006;119:665-669. Citas 11. JG.  
**Calificación:** Bueno.  
**Comentarios:** Las clases sociales bajas pueden llegar a hacer más uso de la atención primaria, como se demuestra en España. ¿Qué importancia tiene esto? No lo sabemos, pero los autores, israelíes, determinan la calidad del proceso de la atención a diabéticos de clase baja y demuestran que es mejor que la que se presta a los de clase alta. Lo malo es que esa calidad del proceso no se traduce en mejores cifras de hemoglobina glicosilada o colesterol LDL.

# 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 916 070 479

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, 28100 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.