

**Evaluación del grado de protección inmunitaria conseguida con la vacuna oral antipoliomielítica en la población infantil de 6-12 años de Cataluña.**

id:94-1

**Autores:** Plans P, Rabella N, Otegui M, Espuñes J, Domínguez A, Plasència A.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc) 2006;127:612-4. Citas 10. MARL.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** La polio es una enfermedad viral (poliovirus tipo 1, 2 y 3) de transmisión entérica, casi erradicada. Gracias a la vacunación, la población infantil de Cataluña está bien protegida contra el virus tipo 1 y 2 (más del 90%) pero no tanto frente al tipo 3 (73,1%), lo que hace que deba insistirse en la vacunación de la polio, ahora inactivada. Son de agradecer estudios como éste, en el que se valora la efectividad de los programas vacunales.

**Incidencia y costes de la hospitalización por bronquiolitis y de las infecciones por virus respiratorio sincitial en la Comunidad Valenciana. Años 2001 y 2002.**

id:94-2

**Autores:** Díez D, Ridao M, Úbeda I, Ballester A.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** An Pediatr (Barc) 2006;65:325-30. Citas 24. MPF.  
**Calificación:** Bueno

**Comentarios:** Los autores calculan que cada caso de paciente con bronquilitis ingresado viene a costar unos 2.250 euros (sólo la hospitalización). En la Comunidad Valenciana se filió el 42% de los casos como producidos por virus sincitial respiratorio. La incidencia anual del ingreso fue de 40 por 1.000 niños menores de un año. El mes con menos ingresos, agosto. Hubo niños infectados en el hospital, con casos nosocomiales asociados a casos de infección por rotavirus.

**El enorme impacto del tratamiento antituberculoso directamente observado.**

id:94-3

*The impact of physician training and experience on the survival of patients with active tuberculosis.*

**Autores:** Khan K, Campbell A, Wallington T, Gardam M.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** CAMJ 2006;175:749-53. Citas 27. JG.  
**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** El tratamiento de la tuberculosis es sencillo y lo puede hacer cualquier médico. Los autores, canadienses, estudian a 1.154 pacientes tuberculosos en Toronto, y demuestran que no hay diferencias en la supervivencia según especialidad del médico. Lo importante es el tratamiento directamente observado (en presencia), que reduce la mortalidad a un tercio. También es importante el impacto de que el médico trate a más de un tuberculoso al año. Conviene, pues una cierta experiencia, y observar el cumplimiento.

**El control de la tuberculosis.**

id:94-4

*Physician experience, public health and management of tuberculosis.*

**Autor:** Long R.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2006;175:759-10. Citas 12. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** La tuberculosis no cesa. Ahora se ha concentrado en los pobres, como siempre, pero con cara de extranjeros (es decir, los inmigrantes excluidos); también en pacientes con SIDA, vagabundos y ancianos urbanos. El editorialista comenta que con todo el médico de familia no verá más de un caso de tuberculosis cada 15 años, y que es importante que colabore en el seguimiento del tratamiento, sobre todo en el directamente observado. Todo caso de tuberculosis es evitable, pero no parece que lo logremos en la práctica.

**Asociación entre infecciones por clostridium e IBP**

id:94-5

*Protomp use and risk of community-acquired Clostridium difficile-associated disease defined by prescription for oral vancomycin therapy.*

**Autores:** Dial SD, Cris Delaney JA, Schneider V, Suissa S.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ 2006;175:745-8. Citas 26. JG.  
**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En este estudio, el uso de un inhibidor de la bomba de protones multiplica por 3,5 la probabilidad de tener una infección por *clostridium* (que requiere tratamiento oral con vancomicina). Los autores son canadienses y utilizaron una base de datos de médicos generales ingleses (la GPRD, muy conocida). Demuestran la asociación de la infección por *clostridium* a los factores previamente conocidos (cáncer, colitis ulcerosa, uso de antibióticos, y demás), y también al consumo de los prazoles.



### La incidencia creciente de la infección por *clostridium*.

id:94-6

*Proton pump inhibitors and the risk of Clostridium difficile-associated disease: futher evidence from the community.*

Autor: Cunnigham R.

Revista/Año/Vol./Págs.: CAMJ 2006;175:757-6. Citas 11. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: La infección por *clostridium* se asocia a cosas como uso de antibióticos, larga estancia en el hospital y aumento de la edad del paciente. También al uso de inhibidores de la bomba de protones. Es una infección grave, de la que el organismo se defiende bien en condiciones normales, con la flora intestinal sana. El editorialista comenta el artículo previo. La infección se facilita al alterarse las condiciones del tubo digestivo, en un proceso complejo que implica al agente, el huésped y el ambiente, en su expresión epidemiológica más clásica.

### La miringotomía y los tubos en la otitis serosa, de poca utilidad.

id:94-7

*Tympanostomy tubes and development outcomes at 9 and 11 years of age.*

Autores: Paradise JL, Feldman HM, Campbell TF, Dollaghan CA, Rockette HE, Pitcairn DL et al.

Revista/Año/Vol./Págs.: N Engl J Med 2007;356:248-261. Citas 23. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Las otitis requieren poca intervención médica, salvo cuando hay situaciones especiales, como en los diabéticos. Sin embargo, ante la otorrea persistente en el niño pequeño, es frecuente intervenir, incluso con la implantación de tubos y miringotomía, sin que se sepa muy bien para qué. En este trabajo se sigue a niños con y sin intervención antes de los tres años, y se valora a los 9 y 11 años su desarrollo psíquico, lingüístico y social. No tuvo impacto la intervención.

### Cáncer de mama diagnosticado mediante un programa de detección precoz. ¿Difiere del diagnosticado en el marco asistencial habitual?

id:94-8

Autores: Naviero JC, Peral A, Flores L, Burón JL.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;128(1):18-20. Citas 10. MARL.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Nuevo artículo sobre el cribado de cáncer de mama (CM), referido a León. Las mujeres con CM diagnosticadas mediante cribado son diagnosticadas en estadios más tempranos y reciben un tratamiento menos agresivo. Se plantea la posibilidad del sobre-diagnóstico. De 652 casos de CM, el 48,5% tenía entre 45 y 69 años (edad del cribado); sólo el 13,9% del total se diagnosticó mediante cribado; hubo 71 casos diagnosticados en mujeres con mamografía negativa menos de dos años antes (falsos negativos). En fin, las limitaciones y relatividades del cribado.

### El cribaje con mamografía del cáncer de mama, inútil en mujeres jóvenes.

id:94-9

*Effects of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years follow up: a randomised controlled trial.*

Autores: Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L, for the Trial Management Group.

Revista/Año/Vol./Págs.: Lancet 2006;368:2053-60. Citas 37. MPF.

Calificación: Informativo.

Comentarios: En este cribaje del cáncer de mama en mujeres de 39 a 41 años, el riesgo absoluto bajó un 0,05% (la probabilidad de morir de cáncer de mama bajó del 3% al 2,5%). No fue significativo, y tampoco el descenso del riesgo relativo (con disminución de la mortalidad a los 10 años del cribaje anual de un 17%). Resulta incomprensible que se sigan financiando estos ensayos clínicos, cuando no hay dudas acerca de su inutilidad y peligrosidad.

### Planificación y formación de médicos en España. Una perspectiva europea. Hidalgo A, Llano J, Pérez S (coordinadores).

id:94-10

Autores: González López-Valcárcel B, Barber P.

Revista/Año/Vol./Págs.: Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona: MASSON; 2007. pg. 1-19. Citas 31. MPF.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Los dos autores son canarios, y llevan años trabajando sobre las necesidades de personal sanitario, sobre todo médico. En este capítulo resumen mucho de lo que han publicado y destacan que lo esperable en el próximo futuro es un menor número y dedicación horaria de médicos en España. Por la feminización, reducción del tiempo trabajado efectivo, envejecimiento, aumento del tiempo de formación, y atracción del sector privado, y de otros países de la Unión Europea.

**Comportamiento de los profesionales sanitarios en la Unión Europea: reformas existentes y desafíos pendientes. Hidalgo A, Llano J, Pérez S (coordinadores). id:94-11**

**Autores:** García-Prado A, González-Rodríguez P.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona: MASSON; 2007. pg. 57-75. Citas 86. MPF.  
**Calificación:** Excelente.  
**Comentarios:** Las dos firmantes son economistas de la salud, que escriben sobre una cuestión que ya han trabajado previamente, con datos e información que puede sorprender al médico general. Lo digo porque se refieren a cosas como el pluriempleo y lo que conlleva esa doble práctica de incentivo perverso. También tratan de lo poco que se sabe de absentismo, de elusión de tareas, de demanda inducida, de selección de pacientes, de aceptación de "sobornos" y demás.

**Guía de actuación en atención primaria. 3ª edición. id:94-12**

**Autor:** Espinàs J (coordinador).  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Barcelona: SEMFYC; 2006. Libro. MPF.  
**Calificación:** Bueno.  
**Comentarios:** En la consulta surge de todo, y a ese "todo" pretende responder este libro de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (desde atención al paciente con hepatitis aguda, a "me duele todo"). Incluye además varias unidades complementarias, por ejemplo, sobre técnicas, sobre resultados de pruebas, y otros muchos más. El libro conviene tenerlo a mano en la consulta, aunque es incómodo de manejar, por su grosor y por el papel (tipo biblia). En general los capítulos tienen una orientación intervencionista moderada, sobre todo si se compara con lo que se suele practicar.

**Coordinación entre atención primaria y atención especializada. id:94-13**

**Autor:** Gervas J (coordinador).  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Madrid: Fundación Ciencias de la Salud (Seminarios de Innovación en Atención Primaria 2005); 2006. Libro. MPF.  
**Calificación:** Muy bueno.  
**Comentarios:** En este texto se agrupan los ocho artículos publicados a partir de la actividad desarrollada en los Seminarios de Innovación en Atención Primaria durante el año 2005. Fueron cuatro, y se dedicaron a la coordinación entre primaria y especializada. La conclusión es que hay innovación, y que algunas cosas son fáciles de hacer, como el movimiento de los médicos generales daneses que están siendo contratados algunas horas al mes por los hospitales para asesorar sobre cómo mejorar la coordinación cuando dan altas, o atienden urgencias.

**¿A más tiempo de consulta mejor atención? No se sabe. id:94-14**  
*The effect of interventions to alter the consultation length of family physicians: a systematic review.*

**Autores:** Wilson A, Childs S.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2006;56:876-82. Citas 16. JG.  
**Calificación:** Bueno.  
**Comentarios:** Todos aspiramos a tener tiempo en la consulta, y consideramos esa variable como la clave para mejorar la atención, pero aparte del deseo no hay mucho demostrado. Los autores, ingleses, hacen una búsqueda casi exhaustiva de todo lo publicado sobre ensayos clínicos y duración de la consulta. Encuentran sólo seis artículos, de cuatro ensayos, y todos ellos tienen puntos débiles, pero permiten afirmar que hay pocas diferencias, si acaso algo más de tomar la tensión y aconsejar sobre el tabaco cuando las consultas son más largas.

**Menos calidad al trabajar asalariado (y sale más caro). id:94-15**  
*Primary care funding, contract status, and outcomes.*

**Autores:** Morgan CL, Beerstecher HJ.  
**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2006;56:825-9. Citas 16. JG.  
**Calificación:** Excelente.  
**Comentarios:** No está muy clara cuál sea la mejor forma de pagar al médico general, y hay poca experimentación al respecto (o ninguna). Por ello es interesante este trabajo, en que se aprovecha la introducción de un incentivo según calidad para comparar a posteriori la calidad de los médicos generales ingleses según trabajen como profesionales independientes (salen a 62,51 libras por año y paciente) o contratados (salen a 105,37). Los primeros logran más calidad si se les da más dinero; los segundos al revés (cuanto más dinero consiguen, peor calidad ofrecen).



**Según me midas me comportaré.**  
*Singing from the QOF hymn sheet: starway to heaven or Mephisto waltz?*

id:94-16

**Autor:** Lipman T.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2006;56:819-20. Citas 12. JG.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** Cuando se introduce un incentivo hay que intentar prever las respuestas de los profesionales, pues tendemos a comportarnos según nos midan y premien. Lo destaca el editorialista, que comenta el artículo previo y otros publicados en el mismo número de la revista. La calidad se incentiva fuertemente, y se obliga a documentarla con listas de indicadores en el ordenador que el médico general se ve obligado a cubrir si quiere cobrar el incentivo. Por ello lo importante es anotar, no trabajar. Y a anotar se dedican los médicos generales, claro.

**Para síntomas de enfermedades leves, la farmacia.**  
*Preferences for self-care or professional advice for minor illness: a discrete choice experiment.*

id:94-17

**Autores:** Porteous T, Ryan M, Bond CM, Hannaford P.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract 2006;56:911-7. Citas 29. JG.

**Calificación:** Bueno.

**Comentarios:** En el Reino Unido andan enloquecidos intentando reformar de mil maneras el Sistema Nacional de Salud. Por ejemplo, permiten que los pacientes vayan con síntomas menores a las farmacias y se le den medicamentos sin pago (si son pensionistas). Se ha demostrado que eso reduce en poco el trabajo de los médicos generales. En este trabajo escocés se entrevista a la mitad de una muestra seleccionada, sobre sus preferencias, según tiempo de espera y coste, ante los síntomas de gripe. En general se prefiere al farmacéutico, por accesibilidad y bajo coste.

**Reforma del Sistema Nacional de Salud en Inglaterra y su repercusión en los recursos humanos del sector.** Hidalgo A, Llano J, Pérez S (coordinadores)

id:94-18

**Autor:** Ham C.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona: MASSON; 2007. pg. 89-107. Citas 8. MPF.

**Calificación:** Informativo.

**Comentarios:** Está bien saber lo que sucede en el Reino Unido, donde hay tanta innovación. El objetivo de las reformas sucesivas ha sido "más personal que trabaja de forma diferente". En 2004 el sistema público inglés contaba con un millón trescientos mil trabajadores, de los cuales 117.000 médicos (y más del triple de enfermeras y de auxiliares directos de médicos). El aumento se ha debido a la contratación internacional y al incentivar el retorno a los profesionales que habían abandonado el trabajo clínico.

**Acerca de la transferencia de experiencias del oeste al este europeo. Algunos errores evitables al asesorar sobre reformas sanitarias.**

id:94-19

**Autores:** Durán A, Gervas J.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit. 2006;20(6):503-9. Citas 46. MARL.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** No es frecuente evaluar lo que se hace. En este trabajo se analizan los errores en los cambios sanitarios de los países del este europeo, en los que ha influido la situación local (mala situación económica, política y social), pero también el asesoramiento y orientación recibido por instituciones y expertos del "oeste". Aunque de pasada, se hacen apuntes comparativos de la reforma española de las últimas décadas, que a la vista de lo que ha ocurrido en otros lugares se debería considerar muy positiva (aunque siempre mejorable).

**La medicina familiar en los albores del siglo XXI.**

id:94-20

**Autores:** García-Peña C, Muñoz O, Durán L, Vázquez F.

**Revista/Año/Vol./Págs.:** México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2006. Libro. MPF.

**Calificación:** Muy bueno.

**Comentarios:** En Méjico hay un intento muy interesante de mejora, cambio y reforma de la atención primaria, que se refleja en este libro. También se refleja el escasísimo impacto que tiene allí todo lo que publicamos aquí, pues las referencias a trabajos en revistas españolas son anecdóticas, comparadas con las de revistas en inglés. Incluye capítulos muy interesantes sobre experiencia internacional: Argentina, Brasil, Canadá, España, EEUU (veteranos), Israel, Nueva Zelanda y el Reino Unido. Y hay un capítulo sobre informatización de historias clínicas.

**Participación de los ciudadanos en el sistema sanitario.**

id:94-21

***Ninth Futures Forum on health systems governance and public participation.***

Revista/Año/Vol./Págs.: Copenhagen: WHO Europe, 2006. Libro. JG.

Calificación: Muy bueno.

**Comentarios:** Las experiencias internacionales comparadas ayudan a entender las cosas, y permiten aprender en cabeza ajena. En esta publicación de la OMS Europa se consideran las formas de participación de la población en el establecimiento de objetivos sanitarios, y en el control del propio sistema. Como ejemplos salen Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Portugal y Suecia. Lo más interesante es lo sueco, pues combina la opinión de políticos, profesionales, ciudadanos y pacientes para establecer prioridades (enfermedades que pueden llevar a la muerte, y enfermedades crónicas y paliativos en los dos primeros puestos).

**La derivación y el programa Choose and Book inglés.**

id:94-22

***An anatomy of GP referral decisions. A qualitative study of GP' views on their role in supporting patient choice.***

Autores: Rosen R, Florin D, Hutt R.

Revista/Año/Vol./Págs.: London: King's Fund; 2007. Libro. JG.

Calificación: Muy bueno.

**Comentarios:** Lo habitual es que el médico general escoja al especialista al que derivar a su paciente. En España, claro, eso es casi imposible, pues tenemos un "cuadro" de especialistas y de ahí es difícil salirse. En este libro se presentan los resultados de un estudio inglés cualitativo, mediante entrevistas telefónicas y grupos focales con médicos generales, sobre el proceso de derivación y elección del especialista. Tiene interés porque ayuda a entender lo que significa el nuevo programa Choose and Book, que permite casi saltarse el filtro del médico general.

**EEUU, ¿problemas de gasto? ¡añada más primaria para controlarlo!**

id:94-23

***Slowing the growth of US health care expenditures: what are the options?***

Autores: Davis K, Schoen C, Guterman S, Shih T, Schoenbaum SC, Weinbaum I.

Revista/Año/Vol./Págs.: New York: Commonwealth Fund; 2007. Citas 54. JG.

Calificación: Excelente.

**Comentarios:** EEUU es un país desarrollado insólito por su comportamiento en el sector salud: ni cubre a toda la población con un sistema público, ni controla su gasto sanitario (casi el doble de los demás países, del orden del 16% del PIB, unos 6.000 dólares por cabeza). Los autores han preparado este texto para una reunión de políticos de todo tipo, al objeto de ofrecer alternativas para el control del gasto desbocado. Entre ellas, destaca que se apueste por un médico de cabecera con cobro por capitación (medical home).

**Propuesta de médico de cabecera en EEUU.**

id:94-24

***The advanced medical home: a patient-centered physician-guided model.***

Autores: Barr M, Ginsburg J (editors).

Revista/Año/Vol./Págs.: American College of Physicians. A policy monography, 2006. Citas 43. JG.

Calificación: Bueno.

**Comentarios:** Las cosas en EEUU se están complicando, por el aumento del coste sanitario y por la falta de impacto en la salud de la población. Los médicos no quieren seguir participando en un sistema que va a la deriva y deja a casi el 30% de la población sin cobertura sanitaria. Por ello han hecho este informe, en el que se propone que el reforzamiento del papel del médico de atención primaria, con un pago por capitación y un rol de "coordinador" (no se atreven a pedir que sea filtro para la especializada). Accesible en [www.acponline.org/hpp/adv\\_med.pdf](http://www.acponline.org/hpp/adv_med.pdf)

**El retraso diagnóstico del cáncer de pulmón.**

id:94-25

***Delay in diagnosis of lung cancer in general practice.***

Autores: Bjerager M, Palshof T, Dahl R, Vedsted P, Olesen F.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract 2006;56:863-8. Citas 18. JG.

Calificación: Muy bueno.

**Comentarios:** El cáncer de pulmón es el más frecuente en los varones, pero eso sólo significa un caso por año y médico general. Los autores, daneses, estudian retrospectivamente 84 pacientes con cáncer de pulmón, para saber cómo fue su seguimiento desde que consultaron por primera vez con el médico general. El tiempo medio hasta el diagnóstico final fue de 33 días (29, si los síntomas tenían que ver con el cáncer, como tos, y 104 días si los síntomas fueron atípicos, como dolor de hombro). Lo más frecuente tras la primera consulta fue la radiografía de tórax (de baja sensibilidad).



Subgrupos ATC y Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2005. id:94-26

Revista/Año/Vol./Págs.: IT del Sistema Nacional de Salud 2006;30(2):42-49. Citas 0. MARL.

Calificación: Informativo

Comentarios: Consumo farmacéutico en 2005 en España a través de receta, que superó los 10 millones de €. El grupo de mayor importe, estatinas (727 millones €), seguidas de IBP, y de antidepresivos (grupo que supera los 600 millones €, más de 100 mil millones de las antiguas pesetas). El importe en antibióticos es similar para penicilinas, macrólidos y quinolonas (entre 85-89 millones de €, aunque con más del doble de envases de penicilinas). El mayor número de envases es de paracetamol y omeprazol (32 y 26 millones); el de más importe, atorvastatina (378 millones de €).

 La valoración de la atención clínica. id:94-27  
*The value of health care. A matter of discussion in Germany.*

Autores: Porzsolt F, Ackermann M, Amelung V.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMC Health Serv Res 2007;7:1. Citas 42. JG.

Calificación: Bueno.

 Comentarios: Cuando se nos proponen nuevas actividades uno no suele tener muy claro en qué beneficiarán al paciente y a la población sobre lo que ya se está haciendo. Ayudan a dar respuesta los institutos tipo NIVEL en el Reino Unido, e IQWiG en Alemania. De este último es el artículo comentado ([www.biomecentral.com/1472-6963/7/1](http://www.biomecentral.com/1472-6963/7/1)), que propone tres indicadores, con puntos según se cumplan, para tener idea del valor de la nueva intervención clínica: el riesgo absoluto que reduce, la validez de los estudios que la apoyan y el tipo de resultado esperado (evitar muerte, incapacidad, etc.).

# Alerta SEMG



GlaxoSmithKline

 Le facilita cualquiera de los artículos  
reseñados en esta sección

Nombre y apellidos:.....

Centro de trabajo:.....

Dirección:.....CP:.....Provincia:.....

Teléfono:.....Fax:.....e-mail:.....

 Indique a continuación el título, primer autor, número de edición de **medicinageneral**, mes y año

título	primer autor	nº edición	mes	año	id

 Enviar, citando **medicinageneral** - Alerta SEMG, a CIC centro de información GSK - Tel. 902 202 700 e-mail: [es-ci@gsk.com](mailto:es-ci@gsk.com) - Fax 918 070 479

En cumplimiento de la Ley Orgánica 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\*.