



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

Del síntoma al diagnóstico.

id:99-1

Alarm symptoms in early diagnosis of cancer in primary care: cohort study using General Practice Research Database.

Autores: Jones R, Latinovic R, Charlton J, Gulliford MC.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;334:1040-4. Citas 22. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Con frecuencia vemos síntomas que nos hacen pensar en cáncer, y en general nos equivocamos. Pero hay que tenerlo en cuenta, siempre. Los autores aprovechan una base de datos inglesa de datos clínicos en Medicina General para considerar el valor positivo predictivo de la hematuria, la hemoptisis, la disfagia y la rectorragia (más de un cuarto de millón de pacientes mayores de 15 años, seguidos entre 1994 y 2000). Con la excepción de la rectorragia, el síntoma es peor en varones. Y la edad añade mucho valor predictivo, sobre todo respecto al cáncer de pulmón (hemoptisis) y de esófago (disfagia).

De la sospecha a la derivación.

id:99-2

Alarm symptoms in primary care.

Autores: Fox R, Fletcher J.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;334:1013-4. Citas 9. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: ¿Cuándo dar importancia en la consulta del médico general a un síntoma que lleva a sospechar cáncer? No hay ninguna regla que ayude demasiado, aunque en este editorial (que comenta el trabajo previo) se insiste mucho en la bondad de las guías clínicas del NICE (www.nice.org.uk/pdf/cg027niceguideline.pdf). El problema es que la mayor parte de los casos no tendrán nunca cáncer, de forma que hay que seleccionar un poco los pacientes a derivar. Por ejemplo, la hematuria en el varón de 70 años, el valor predictivo positivo para cáncer urológico sube al 11%, comparado con el 0,22 para mujeres menores de 45 años.

El poder cancerígeno de la radiología.

id:99-3

CT scanning: too much of a good thing.

Autor: Birbaum S.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;334:1006. Citas 0. JG.
Calificación: Excepcional.

Comentarios: Los usos y abusos de la Medicina son terribles. Respecto a la radiología, es por sus consecuencias directas, por su poder cancerígeno. En este trabajo un radiólogo cuenta la historia de la atención a su hija de 23 años atropellada mientras corría en la calle. Con fracturas múltiples es sometida a múltiples técnicas radiológicas, con varios TAC, que se incrementan al haber anemia y algo de sangre en el saco de Douglas. Se queja como padre y radiólogo, pues cinco TAC abdominales (o pelvianos) exponen al paciente a dosis similares a las de los supervivientes de Hiroshima y Nagasaki. El padre termina diciendo a la cirujano "cuando en el futuro mi hija dé luz a una sabandija sé a por quién debo ir".

La paradoja del ajuste del tratamiento.

id:99-4

Translating evidence into practice. Are we neglecting the neediest?

Autores: Spertus JA, Furman MI.
Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med. 2007;167:987-8. Citas 22. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: La práctica clínica parece no obedecer a la lógica, pues repetidamente se demuestra que se aplican los remedios apropiados a quienes menos los necesitan. En este editorial se comentan dos artículos en el mismo número de la revista sobre los pacientes con isquemia coronaria a los que se les aplican con cicatería los mejores tratamientos. Así, ni los medicamentos ni el cateterismo cardiaco los reciben los que más los necesitan y más se pueden beneficiar. Tal vez porque éstos son los que están peor, y los que los médicos juzgan con mayor probabilidad de efectos adversos (y el daño se manifiesta de inmediato, mientras el beneficio tarda años en verse).

Toma de decisiones en el paciente diagnosticado de tumor cerebral. A propósito de un caso clínico.

id:99-5

Autores: Barreto MP, Barcia JA, Díaz JL, Gallego JM, Barbero JJ, Bayés R.
Revista/Año/Vol./Págs.: Psicooncología. 2007;4:193-6. Citas 6. MPF.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Un paciente de 32 años, casado y con una hija de siete meses tienen una recidiva de un glioblastoma ya intervenido. El médico decide que es un sinsentido operarle. El paciente decide que prefiere morir en la operación a perder la poca perspectiva de vida que le ofrece un buen resultado, por improbable que sea. Finalmente se opera y vive cuatro meses con relativa buena calidad de vida. Los autores reflexionan acerca del necesario respeto a la autonomía del paciente.

Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico.

id:99-6

Autores: Gervas J, Pané O, Sicras A y Seminario Innovación en Atención Primaria 2006.
Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc). 2007;128:540-4. Citas 39. MARL.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Artículo en el que se defiende que la reputación del médico depende tanto de su propio trabajo clínico como del trabajo de los gestores, que deben facilitar su capacidad de respuesta a los problemas de los pacientes. Se comentan aspectos relativos a accesibilidad, continuidad, longitudinalidad, coordinación, autonomía, incentivos y transferencia de riesgos, dotación suficiente de recursos, oferta de servicios según necesidad, etc. Los clínicos y los gestores nos necesitamos mutuamente, y la reputación, capacidad de respuesta y bienestar de ambos es recíproca.

Semejanzas y disparidades internacionales.

id:99-7

Diagnostic scope of and exposure to primary care physician in Australia, New Zealand and the United States: cross sectional analysis of results from three national survey.

Autores: Bindman AB, Forrest CB, Brito A, Campton P, Majeel A.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2007;334:1261-4. Citas 8. MPF.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: El número anual medio per capita de visitas a atención primaria en Australia es de 5,2. En Nueva Zelanda, 3,7. Y en EEUU, 1,8. En Australia hay cobertura pública y médico general filtro a la atención especializada. Al comparar el trabajo de los médicos generales en los tres países, el contenido diario se parece mucho, con 1,4 problemas atendidos por consulta. Hay más variedad de problemas en Nueva Zelanda, y menor en EEUU.

Los boticarios, a lo suyo.

id:99-8

The role of pharmacists in primary care.

Autor: Ballantyne PJ.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ 2007;334:1066-7. Citas 11. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Los farmacéuticos de oficina de farmacia tienen un papel poco vistoso desde que las fórmulas magistrales pasaron a ser una rareza. Ahora llevan años con la "atención farmacéutica", pero las evaluaciones al respecto no son muy positivas. En este editorial se comentan dos artículos originales publicados en el mismo número sobre el papel de los farmacéuticos, ambos con resultados negativos. En uno el consejo a los ancianos, al revisar la medicación en la farmacia, no sienta nada bien a los pacientes. En el otro se intentan disminuir los ingresos y las complicaciones de pacientes con insuficiencia cardiaca, con visitas a domicilio incluidas, pero sin ningún impacto real en nada (calidad de vida, re-ingresos, mortalidad, etc.).

Diferentes formas de ser los mejores.

id:99-9

Different paths to high-quality care: three archetypes of top-performing practice sites.

Autores: Feifer C, Nemeth L, Nietert PJ, Wessell AM, Jenkins RG, Roylance L et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Fam Med 2007;5:233-41. Citas 40. JG. .
Calificación: Excelente.

Comentarios: Uno tiende a pensar que es una la mejor forma de conseguir el máximo de calidad en la práctica clínica. ¿Es cierto? Los autores, gringos, examinan los 11 mejores consultorios de atención primaria de los que participan en una red voluntaria de mejora de la práctica clínica diaria, en un proyecto de investigación con financiación pública. Al analizar los datos y la organización *in situ* descubren que hay tres formas de dar respuesta al reto de la calidad: 1/ tecnológica (consultorios muy innovadores, a la última en tecnología), 2/ motivación (consultorios muy cohesionados, con desarrollo del equipo y potenciación de todos), y 3/ clínica (consultorios centrados en responder a las necesidades de los pacientes, muy clínicos).

Pago por resultado, según Tudor Hart.

id:99-10

Autor: Brindle D.
Revista/Año/Vol./Págs.: Seeing red. BMJ. 2007;334:976-7. Citas 0. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Hay médicos generales que vale la pena seguir, que son y han sido honrados y valientes. Incluyo entre ellos a Julian Tudor Hart, con sus 80 años, médico rural hasta la jubilación, hijo de médicos, siempre de izquierdas (su padre estuvo en las Brigadas Internacionales, y él siempre ha tenido un gran interés por España; a recordar su participación en las "jornadas de Vitigudino"). En esta entrevista se queja de Tony Blair y su política sanitaria, de Richard Smith y su paso a la privada con armas y bagajes, y hace una sugerencia importante sobre nuevas formas de pago: "pague por disminuir la tasa de cánceres de cuello uterino, no por hacer tomas citológicas".



La gestión de enfermedades, un mito como solución.
Disease management: panacea, another false hope or something in between?

id:99-11

Autor: Gemían JP.

Revista/Año/Vol./Págs.: Ann Fam Med 2007;5:257-60. Citas 25. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: En EEUU llevan decenios con el gasto sanitario descontrolado. Por eso llevan años de innovación, de fracaso continuado, pues el porcentaje llega al 16% del PIB, con más del cuarto de la población sin cobertura. En este trabajo se revisa la gestión de enfermedades-manejo de casos (que ya ha llegado a España, por ejemplo, con las "enfermeras de enlace" andaluzas). No disminuye el gasto, y no mejora la calidad, salvo que se integre en la atención primaria habitual.

La gestión de enfermedades, inútil ante la co-morbilidad.
Can disease management target patients most likely to generate high costs? The impact of comorbidity.

id:99-12

Autores: Charlson M, Charlson RE, Briggs W, Hollenberg J.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Gen Intern Med. 2007;22:464-9. Citas 37. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: La gestión de enfermedades se vende como la solución para el control del gasto y el aumento de la calidad de la atención. La venden empresas de EEUU, para enfermedades específicas (son programas verticales) y la compran servicios de salud españoles, en Andalucía y Cataluña, por ejemplo, aunque nadie haya demostrado tales beneficios. Los autores, de Nueva York, emplean datos de 5.861 pacientes atendidos al menos un año seguido para calcular los costes directos de la atención a problemas crónicos. Lo más caro, la insuficiencia cardiaca, el ictus y la diabetes (1.500 dólares) seguido del cáncer (1.400 dólares). La comorbilidad, medida con el Índice de Charlson, aumenta exponencialmente, casi con independencia de las enfermedades que se agrupan.

Tiempo para el paciente en la toma de decisión.
What are the essential elements to enable patient participation in medical decision making?

id:99-13

Autores: Fraenkel L, McGraw S.

Revista/Año/Vol./Págs.: J Gen Intern Med. 2007;22:614-9. Citas 26. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Lo políticamente correcto es hablar de la participación del paciente en la consulta, de su implicación en la toma de decisiones, pero ¿cómo se logra en la práctica esto? Los autores, gringos, entrevistan a 26 pacientes, de 61 años de media, seleccionados a partir de una muestra poblacional en un estudio sobre preferencias respecto a osteoporosis. Respecto a la implicación en la toma de decisiones, los pacientes reclaman que se les deje claro que hay incertidumbre científica, que se les anime a participar en la decisión a través de la información sobre ventajas e inconvenientes, y que se les dedique tiempo para entender el proceso y para considerar sus propios valores al respecto.

Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud.

id:99-14

Autores: Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;128:307-10. Citas: 22. MARL.

Calificación: Bueno.

Comentarios: Las agresiones a sanitarios muchos las conocemos bien, y son una realidad en nuestro sistema. Según este trabajo más de la mitad de sanitarios ha sufrido agresión física, insultos o amenazas, con diferencias por tipo de centro, servicio, profesional, etc. Estas agresiones influyen negativamente en la salud psíquica y en el desgaste profesional, en relación a la percepción de falta de apoyo por parte de la Administración (sólo el 20% se sintieron apoyados). La intervención ante el problema es complejo, pero ineludible.

Investigación en servicios de salud pública.
Public health systems research. The new kid on the blok.

id:99-15

Autores: Scutchfield FD, Patrick K.

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Prev Med. 2007;32:173-4. Citas 2. JG.

Calificación: Informativo.

Comentarios: La investigación en servicios de salud es una actividad frecuente y bien entendida. Se refiere a cómo se prestan los servicios de atención médica, y a su impacto en la salud de pacientes y de población. Los autores de este editorial comentan el nacimiento de una rama, "un primo" de la investigación de servicios de salud, la investigación en servicios de salud pública. Aquí de lo que se trata es de valorar el impacto de las políticas de salud pública en la salud de la población. Algo que se debería haber hecho de siempre, pero que es nuevo.

La decisión de la mujer y la mastectomía en el cáncer de mama.

id:99-16

From policy to patients and back: surgical treatment decision making for patients with breast cancer.**Autores:** Katz SJ, Hawley ST.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Health Affairs. 2007;26:761-9. Citas 28. MPF.**Calificación:** Excelente.**Comentarios:** Los autores hacen hincapié en el descenso de la frecuencia de mastectomías radicales como tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, del 100% hace un par de décadas al actual 30%. El descenso podría ser mayor, pues la mastectomía radical está indicada en poquísimos casos. ¿A qué se debe el encarnizamiento? En este caso probablemente a que las mujeres no terminan de aceptar y entender que "radical" no significa mayor supervivencia que "parcial". Cuesta aceptarlo y entenderlo a muchos médicos, así que es fácil comprender a las pacientes.**Stichreaktion, puntirreacción centenaria.**

id:99-17

Autor: Bellido JB.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Med Clin (Barc). 2007;128:555-7. Citas 14. MARL.**Calificación:** Informativo.**Comentarios:** Bonito artículo sobre algunos aspectos históricos de la tuberculosis, partiendo de su padecimiento en la infancia por el autor (epidemiólogo de Castellón). *M. tuberculosis* fue descubierto por Koch en 1892; en 1890 él mismo se inyectó un filtrado de bacilos muertos por el calor (tuberculina) con la idea de que tuviera efectos curativos, que no fue el caso, quedándose en una aportación fundamental al diagnóstico. La tuberculosis está en ascenso, en relación al VIH, la marginación urbana y la inmigración de los pobres; junto a las resistencias, múltiples factores sociales dificultan su tratamiento, seguimiento y control.**Mejor, sin historia clínica electrónica.**

id:99-19

Electronic medical records and diabetes quality of care: results from a simple of family medicine practices.**Autores:** Crosson JC, Ohman PA, Hahn KA, DiCicco B, Shaw E, Orzano AJ et al.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Fam Med 2007;5:209-15. Citas 48. JG.**Calificación:** Muy bueno.**Comentarios:** Uno piensa que la historia clínica electrónica ayudará a mejorar la calidad de la atención. En este trabajo, gringo, se comparan consultorios que participan en un proyecto de mejora de la calidad de la atención a los diabéticos. Son 37 consultorios sin historia clínica electrónica, y 15 con ella. La mejora es mayor en los consultorios sin historia clínica electrónica, tanto en el proceso, como en el tratamiento y en los resultados. Entre los consultorios sin historia clínica electrónica en el 19% trabajan médicos en solitario, contra el 7% en los otros (de media, en conjunto, 4,5 médicos por consultorio).**La prevalencia de enfermedades, según distintos registros.**

id:99-20

Measuring disease prevalence: a comparison of musculoskeletal disease using four general practice consultation databases.**Autores:** Jordan K, Clarke AM, Symmons DPM, Fleming D, Porcheret M, Kadam UT et al.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Br J Gen Pract. 2007;57:7-14. Citas 24. JG.**Calificación:** Bueno.**Comentarios:** Las cuestiones respecto a prevalencia e incidencia de enfermedades no son fáciles de responder, aunque parezca lo contrario. Las respuestas dependen, cuando menos, de lo que se defina, de lo que se registre, y de dónde se haga el registro. En este trabajo inglés se comparan cuatro bases de datos del trabajo diario en Medicina General. Como los firmantes las conocen bien, pueden valorar el porqué los resultados son distintos al medir la prevalencia de las enfermedades del aparato locomotor. Por cierto, la mejor es al del Royal College of General Practitioners, que controlan desde Birmingham.



El informe de derivación electrónico contra el de papel, no tan bueno.

id:99-21

Strengths and weakness of electronic referral: comparison of data content and clinical value of electronic and paper referrals in dermatology.

Autores: Shaw LJ, Berker DAR.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2007;57:223-4. Citas 4. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: El programa *Choose and Book* inglés pretende facilitar la citación con el especialista (incluso directamente a los pacientes en algunos casos) mediante el uso de la electrónica. Los autores son dermatólogos y comparan en este trabajo los formularios electrónicos (131) con los que les siguen llegando en papel (129). En ambos casos contra un informe de derivación "ideal". El informe electrónico da más datos demográficos. El informe en papel da más datos clínicos. En conjunto, si se juzga el interés de la información, el informe en papel da la relevante.

Estimación "a ojo" de la cronificación del dolor lumbar, lo mejor.

id:99-22

Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments.

Autores: Jellema P, Windt DAWM, Horts H, Stalman WAB, Bouter LM.

Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Pract. 2007;57:15-22. Citas 40. JG.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Hay dolores de espalda que evolucionan mal, por la persistencia de los síntomas y de la incapacidad, no por gravedad. ¿Cómo predecir que el paciente va a ir mal? Los autores, holandeses, comparan la estimación "a ojo" del médico general con otros tres instrumentos (el cuestionario de Orebro, la escala de percepción, y uno específico para el estudio). Con 314 pacientes de 60 médicos generales, casi un tercio (112) tienen falta de mejoría al año. La opinión del propio médico general es la mejor opción para estimar al comienzo la mala evolución.

Dolor lumbar

Impacto en la salud de los medicamentos.

id:99-23

Assessing the impact of prescribed medicines on health outcomes.

Autores: Hall WD, Lucke J.

Revista/Año/Vol./Págs.: Australia NZ Health Policy. 2007;4:1 doi 10.1186/1743-8462-4-1. Citas 59. JG.

Calificación: Excelente.

Comentarios: Uno tiende a pensar que el buen uso de los medicamentos contribuye a resolver problemas médicos y a mejorar la salud de la población. La cosa no es tan sencilla, como analizan los autores. Consideran que los estudios al respecto deben demostrar que se cuenta con un medicamento apropiado, que se prescribe a los pacientes que probablemente se beneficiarán de su uso, que estos cumplen el tratamiento, y que se produce un cambio en el estado de salud de la población que no se puede atribuir a otros factores. Además, que hay correlación entre la introducción del medicamento y el cambio de la salud, y que lo mismo se demuestra en otros países.

Pacientes, médicos, medicamentos e industria

Editorial. Verdades de Perogrullo.

id:99-24

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Gen. 2007;95:211-212. Citas 0. MARL.

Calificación: Informativo.

Comentarios: Curioso editorial, muy crítico con un artículo del JAMA sobre el peor resultado sanitario de los pobres con cardiopatía isquémica. Y se critica por obvio, al menos para los médicos asistenciales (se dice "es de mal gusto investigar sobre lo obvio y afirmar que los pobres desatienden su salud porque son pobres"), que no necesitan refrendar todo con cifras. La valoración de las desigualdades en salud según el nivel socioeconómico es un tema de interés, pero es cierto que a veces pretendemos cuantificar y constatar verdades de Perogrullo.

Equidad

Riesgo de los broncodilatadores agonistas β_2 -adrenérgicos de acción prolongada en el asma bronquial.

id:99-25

Autores: Orriols R, Vallano A.

Revista/Año/Vol./Págs.: Med Clin (Barc) 2007;128:352-4. Citas: 23. MARL.

Calificación: Bueno

Comentarios: El uso regular de broncodilatadores agonistas β_2 -adrenérgicos de acción prolongada en pacientes asmáticos conlleva un ligero aumento del riesgo de crisis de asma graves, hospitalizaciones e incluso mortalidad. Por ello se aconseja vigilar estrechamente a los pacientes que los usan, y retirarlos si aumentan la utilización de β_2 -adrenérgicos de acción corta, si no hay mejoría y si aumenta la inflamación bronquial. En la práctica diaria, ser más restrictivos en su prescripción y estar más vigilantes cuando lo hagamos.

Epoc, asma, alergia

Anticoncepción poscoital en menores de edad.
id:99-26

Autores: Hidalgo A, González J, Díaz JF.
Revista/Año/Vol./Págs.: El Médico. 25-V-07 pag 58-61. Citas 10. MARL.
Calificación: Informativo.

Comentarios: La solicitud de anticoncepción poscoital cada vez es más frecuente, incluido por y para menores de edad. En este artículo, escrito por médicos y una jurista, se aborda el tema a partir de un caso clínico de una joven de 15 años. Y se concluye que aunque sea menor tiene capacidad para recibir este tratamiento, aunque no acuda con un adulto, y que no hace falta informar a los padres (incluso no se debería por el derecho a la confidencialidad de la joven). Cuestiones que pueden ser para debatir, pero que parece que están bastante claras desde el punto de vista médico y jurídico.

Diferencias por sexos en la participación en ensayos clínicos.
id:99-27
Sex differences in perceived risks, distrust, and willingness to participate in clinical trials.

Autores: Ding EL, Powe NR, Manson JE, Server NS, Braunstein JB.
Revista/Año/Vol./Págs.: Arch Intern Med. 2007;167:905-12. Citas 54. MPF.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Las mujeres (400) que respondieron a las situaciones teóricas que se les presentaron en forma escrita, tuvieron mucho menos ganas de participar en los ensayos clínicos propuestos que los varones (383) entrevistados al tiempo. Con una edad media de 52 años, las mujeres claramente sobrevaloraron el riesgo de padecer infarto de miocardio y de participar en un ensayo clínico, aunque al tiempo tenían más confianza en la investigación médica, aunque fuera financiada con potenciales conflictos de interés. Parece que en las mujeres predomina su aversión al riesgo en la toma de decisión sobre la participación en un ensayo clínico.

Desprecio de las propias habilidades.
id:99-28
Why do general practitioners decline training to improve management of medically unexplained symptoms?

Autores: Salmon P, Peters S, Clifford R, Iredale W, Gask L, Rogers A et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: J Gen Intern Med. 2007;22:565-71. Citas 47. JG.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Los pacientes con síntomas inexplicables persistentes son muy frecuentes en nuestras consultas; desde dolor de espalda a dolor de cuello, mareos y molestias abdominales. Si uno no se disciplina, tiende a medicalizarlos y/o verlos como "pacientes difíciles". Se pueden mejorar las habilidades en la entrevista con los pacientes, y los autores entrevistan a 33 médicos generales ingleses que declinaron participar en una iniciativa, con cursos a este propósito. Estos médicos tienen actitudes negativas respecto a dichos pacientes, pero sobre todo ignoran y desprecian las muy buenas habilidades psicológicas que despliegan en el manejo de estos casos.

La morbilidad grave materna se triplica con la cesárea.
id:99-29
Is planned cesarean childbirth a safe alternative?

Autor: Armson BA.
Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2007;176:475-6. Citas 20. MPF.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: El editorialista comenta el artículo previo, y señala sus puntos fuertes y débiles. Se comenta que en el trabajo se han excluido las cesáreas "justificadas" (factores de riesgo materno y fetal, como lupus eritematoso, cesárea previa, embarazo múltiple, malformación fetal grave y demás), que la tasa de mortalidad no se modifica, pero que la morbilidad grave se triplica. No se han estudiado los efectos sobre el recién nacido, pues se consideró sólo la salud de la madre. El editorialista concluye llamando la atención sobre el error de atribuir a la cesárea un resultado en salud mejor y más seguro. Las mujeres deberían saber los riesgos que corren.

La mujer como médico general.
id:99-30
Why family medicine benefits from more women doctors.

Autor: Howe A.
Revista/Año/Vol./Págs.: Br J Gen Prat. 2007;57:91-2. Citas 25. MPF.
Calificación: Excelente.

Comentarios: Somos muchas las mujeres que ejercemos como médicos generales, y cada vez habrá más. La editorialista sostiene que esta feminización cambia el panorama, pero no lo ensombrece. De entrada hay más requerimiento de trabajo a tiempo parcial (en el Reino Unido, 40% contra 12% en varones médicos generales), pero no se explica sólo por el sexo y las características familiares el número de horas reales trabajadas. Además, las mujeres médicos generales tienen consultas más centradas en el paciente, y tienden a trabajar más con poblaciones marginales. Desde luego, establecen lazos emocionales más fuertes con compañeros y pacientes lo que las hace más vulnerables en todos los sentidos, incluso para la depresión.



Más métodos contraceptivos, menos embarazos.

Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: the contribution of abstinence and improved contraceptive use.

id:99-31

Autores: Santelli JS, Duberstein L, Finer LB, Singh S.

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Public Health. 2007;97:150-6. Citas 31. JG.

Calificación: Muy bueno

Comentarios: La política de los conservadores religiosos que gobiernan EEUU es que los embarazos y el SIDA se previenen con la abstinencia sexual. A promoverla dedican todos los fondos, con prohibición de que se hable de métodos contraceptivos, como no sea para hacer constar sus fallos. Los autores estudian el reciente descenso de los embarazos en adolescentes en EEUU (hasta ahora, los más frecuentes en el mundo). En los 18 y 19 años, el descenso se debe en el 100% al uso de métodos contraceptivos. Por debajo, hasta los 15 al aumento de abstinencia (25% del éxito) y los métodos contraceptivos (75%). Critican, pues, la política "sólo abstinencia".

Los inconvenientes médicos de la cesárea.

id:99-32

Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned caesarean delivery versus planned vaginal delivery at term.

Autores: Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS, for the MHS GCPS.

Revista/Año/Vol./Págs.: CMAJ. 2007;176:455-60. Citas 37. MPF.

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: En Canadá se han estudiado todos los partos en hospital entre 1991 y 2005 (más de tres millones y medio), para valorar las complicaciones maternas graves, y comparar las cesáreas programadas contra los partos vaginales programados. Se consideraron sólo las cesáreas programadas en mujeres de bajo riesgo, por presentación podálica (una excusa, entre paréntesis). Al comparar 46.766 cesáreas de bajo riesgo con más de dos millones de partos vaginales programados se demuestra que las cesáreas se asocian a más riesgos maternos (parada cardíaca, hematoma en la herida, histerectomía, infección puerperal, complicaciones anestésicas, tromboembolismo, hemorragia vaginal y estancia hospitalaria prolongada).

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

titulo	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.