

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 10, número 1, marzo 2009

Editorial

- 7 Relación entre profesionales y gestores

El espacio del usuario

- 9 La crisis y la salud

Originales

- 11 Importancia de los niveles de colesterol en la evolución de pacientes con cardiopatía isquémica
- 20 Perfil de prescripción antibiótica en pediatría en el Distrito Málaga
- 33 Brote de Tuberculosis en un asentamiento inmigrante
- 39 Insuficiencia renal crónica. Despistaje activo en la comunidad

Área docente

- 45 Reflexiones sobre la elaboración de los nuevos planes de estudio en las facultades de medicina andaluzas

50 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 62 Úlcera genital en varón

65 Actividades Científicas

66 Información para los autores



Fundación

SIMFYC



JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Manuel Lubián López

Vicepresidente Primero

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vicepresidente Segundo

Antonio Manteca González

Vicepresidente Tercero

Paloma Porras Martín

Secretaria

Isabel Corona Páez

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Beatriz Pascual de la Piza

Vocal de Residentes

Salvador Pendón Fernández

Vocal de Formación Continua

Pablo García López

Vocal de Relaciones Externas

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vocal provincial de Almería:

José-Pelayo Galindo Pelayo

jpelayo@larural.es

Vocal provincial de Cádiz:

Manuel Lubián López

mlubianl@ono.com

Vocal provincial de Córdoba:

Pilar Serrano Varo

pseval@supercable.es

Vocal provincial de Huelva:

Jesús E. Pardo Álvarez

jeparedes10@teleline.es

Vocal provincial de Jaén:

Justa Zafra Alcántara

justazafra@wanadoo.es

Vocal provincial de Málaga:

Jesús Sepúlveda Muñoz

jesemu@gmail.com

Vocal provincial de Granada:

Francisco José Guerrero García

franguerrero72@yahoo.com

Vocal provincial de Sevilla:

Leonor Marín Pérez

leonormp@samfyc.es

Patronato Fundación

Manuel Lubián López
Juan de Dios Alcántara Bellón
Antonio Manteca González
Paloma Porras Martín

Pablo García López
Isabel Corona Páez
Francisco José Guerrero García
Amparo Ortega del Moral

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)

Tel: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR:

Manuel Gálvez Ibáñez

SUBDIRECTOR:

Antonio Manteca González

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN

Manuel Gálvez Ibáñez
Pablo García López
Francisca Leiva Fernández

CONSEJO EDITORIAL:

Cristina Aguado Taberné. *Córdoba.*
Juan de Dios Alcántara. *Sevilla.*
José Manuel Aranda Regulez. *Málaga.*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada.*
Maribel Ballesta Rodríguez. *Jaén.*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba.*
Pilar Barroso García. *Almería*
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla.*
M^{ra}. Ángeles Bonillo García. *Granada.*
Beatriz Bullón Fernández. *Sevilla.*

Rafael Castillo Castillo. *Jaén.*
José Antonio Castro Gómez. *Granada.*
Ana Delgado Sánchez. *Granada.*
Juan Manuel Espinosa Almendro. *Málaga*
Bernabé Galán Sánchez. *Córdoba.*
Luis Gálvez Alcaraz. *Málaga.*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada.*
Pablo García López. *Granada.*
José Manuel García Puga. *Granada.*
José María de la Higuera González. *Sevilla.*
Blanca Lahoz Rayo. *Cádiz.*
José Lapetra Peralta. *Sevilla.*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga.*
José Gerardo López Castillo. *Granada.*
Luis Andrés López Fernández. *Granada.*
Begoña López Hernández. *Granada.*
Fernando López Verde. *Málaga.*
Manuel Lubián López. *Cádiz.*
Antonio Llergo Muñoz. *Córdoba.*
Joaquín Maeso Villafaña. *Granada.*
Teresa Martínez Cañavate. *Granada.*
Eduardo Mayoral Sánchez. *Sevilla.*
Rafael Montoro Ruiz. *Granada.*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga.*
M^{ra} Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Maximiliano Ocete Espinola. *Granada.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pérula de Torres. *Córdoba.*

Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*
Daniel Prados Torres. *Málaga.*
Fermín Puertas Rodríguez. *Granada.*
Luis de la Revilla Ahumada. *Granada.*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba.*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla.*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva.*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga.*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla.*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla.*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla.*
Francisco Suárez Pinilla. *Granada.*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva.*
Isabel Toral López. *Granada.*
Jesús Torio Duráñez. *Jaén.*
Juan Tormo Molina. *Granada.*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga.*
Amelia Vallejo Lorenzo. *Almería.*

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

Manuel Bobenrieth Astete. *Chile.*
Cesar Brandt. *Venezuela.*
Javier Domínguez del Olmo. *México.*
Irma Guajardo Fernández. *Chile.*
José Manuel Mendes Nunes. *Portugal.*
Rubén Roa. *Argentina.*
Sergio Solmesky. *Argentina.*
José de Ustarán. *Argentina.*

Medicina de Familia. Andalucía

Envíos

Los envíos se efectuarán 7,5 correo de superficie con tarifa especial modalidad suscriptores en España. Para Europa y el resto del mundo, los envíos serán por correo aéreo, tarifa especial de difusión cultural.

Para Correspondencia

Dirigirse a Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)

Página web: <http://www.samfyc.es>
e ir a <<Publicaciones SAMFyC>>
E-mail: revista@samfyc.es
samfyc@samfyc.es

Secretaría administrativa y comercial

A cargo de Encarnación Figueredo

C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España).
Telf. 958 80 42 01
Fax 958 80 42 02

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright:

Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía
C.I.F.: G – 18551507

Reservados todos los derechos.
Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

Printed in Spain.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Copartgraf, S.L.

Información para suscripciones

Medicina de Familia. Andalucía aparecerá publicada con una periodicidad cuatrimestral. El precio de la suscripción anual para España es de 36 Euros. Ejemplar suelto: 12 Euros. Precio de suscripción anual para la Unión Europea: 40 Euros; resto de países: 50 Euros. Los precios incluyen el IVA pero no las tasas de correos.

Medicina de Familia. Andalucía se distribuirá exclusivamente a profesionales de la medicina.

Los miembros de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria la recibirán de forma gratuita.

Como suscribirse a Medicina de Familia. Andalucía

La orden de suscripción deberá ser remitida por correo a: Revista Medicina de Familia. Andalucía. Departamento de suscripciones, C/ Arriola, 4-bajo D, 18001 Granada (España); o bien por fax: +34 958 804202.



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol. 10, Nº. 1, marzo 2009

Sumario

Editorial

- 7 Relación entre profesionales y gestores

El espacio del usuario

- 9 La crisis y la salud

Originales

- 11 Importancia de los niveles de colesterol en la evolución de pacientes con cardiopatía isquémica
- 20 Perfil de prescripción antibiótica en pediatría en el Distrito Málaga
- 33 Brote de Tuberculosis en un asentamiento inmigrante
- 39 Insuficiencia renal crónica. Despistaje activo en la comunidad

Área docente

- 45 Reflexiones sobre la elaboración de los nuevos planes de estudio en las facultades de medicina andaluzas

50 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 62 Úlcera genital en varón

65 Actividades Científicas

66 Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol. 10, Nº. 1, march 2009

Summary

Editorial

- 7 The Relationship Between Health Care Professionals and Managers

The Consumer's Corner

- 9 Health and the Economic Crisis

Original Articles

- 11 The Importance of Cholesterol Levels in the Evolution of Cardiac Ischemia
20 A Profile of Antibiotic Prescriptions in Four Malaga Pediatric Practices
33 Tuberculosis Outbreak in an Immigrant Settlement
39 Chronic Renal Failure. Early Detection in the Community

The Teaching Area

- 45 Thoughts on Newly Created Curricular Contents for Andalusian Medical Schools

50 Publications of Interest

Which is your Diagnosis?

- 62 Genital Ulcer in a Male Patient

65 Scientific Activities

66 Information for Authors

EDITORIAL

Relación entre profesionales y gestores

Lubián López M

*Presidente SAMFyC****Todo Conocimiento empieza por los sentimientos.****Leonardo da Vinci*

Ante todo reconozco que el título de este editorial puede resultar una tautología, ¿es que acaso los gestores no son profesionales...de lo suyo?

Pero todos los médicos de familia que trabajamos diariamente en las trincheras, pasando consulta, atendiendo urgencias en los DDCCUs o en las urgencias hospitalarios...nos sentiremos sin duda identificados cuando hablamos de profesionales como aquellos que atendemos directamente a los pacientes y entendemos a los gestores, injustamente o no, viviendo en una realidad virtual o en todo caso en otra realidad.

Inmersos en la difícil situación que a diario vivimos, nos sentimos como condenados a galeras (¡número 42 rema y vive...! en Ben-Hur) esperando que el comitre no nos castigue demasiado, no nos imponga un ritmo de combate y que quien lleva el rumbo sepa hacia donde nos dirigimos.

Esta sensación, sesgada y sin duda emotiva, no puede hacernos perder la visión de que tanto quienes atendemos pacientes como aquellos que han optado profesionalmente por la gestión, en muchas ocasiones compañeros nuestros, tenemos el mismo compromiso con el Sistema Sanitario Público y que, por el bien de todos, estamos obligados a entendernos.

Vivimos en un marco cultural que, más allá de necesidades, demandas u ofertas de servicios sanitarios se basa en los deseos, por definición utópicos e irrealizables, de los ciudadanos. Estos deseos, que generan un modelo de creencias

de salud, están modulados por lo medios de comunicación, la industria del bienestar, la propia administración sanitaria, los intereses profesionales, los intereses de la industria...y a veces por nosotros mismos, no pueden ser satisfechos por el sistema sanitario, con la consiguiente frustración de las expectativas que depositan en nosotros nuestros pacientes. Por si fuera poco la exigencia de salud, entendida como utilización de servicios sanitarios y profesionales (nada más lejos de la realidad...) nos coloca en una posición insostenible.

Ante esta situación, paradójicamente nunca sometida a un debate social imprescindible, la administración sanitaria nos somete a una multiplicidad de exigencias que nada tienen que ver con la clínica, con la medicina, para la que hemos sido excelentemente formados y que nos sitúa en una continua situación de esquizofrenia: demora cero (¿pero esto qué es...?), calidad total entendida como la plena satisfacción del usuario (¿es esto posible...?), procesos asistenciales integrados (¿de verdad existen y se aplican...?), burocracia inútil (¿para esto nos hemos hecho especialistas en personas..?)....

Las leyes inexorables de la economía nos enseñan que a mayor oferta, mayor calidad, mejor trato...más demanda, en un círculo perverso que nos ahoga, máxime cuando la respuesta (a veces ingenuamente asumida por nosotros mismos...) es que ¡no gestionáis adecuadamente vuestros cupos... ¡cuando la realidad es que la oferta sanitaria siempre está por detrás de una sociedad insatisfecha.

Esta difícil situación, que va muchos más allá de cuestiones coyunturales que tienen que ver con los recursos, está sin duda en el núcleo del di-

vorcio, inútil por poco funcional, existente entre los profesionales y aquellos que se ocupan de aspectos organizativos en nuestro sistema sanitario.

Por nuestra parte, y siguiendo la acertada máxima de “ninguna protesta sin propuesta” queremos plantear las siguientes reflexiones.

Los médicos de familia hemos aprendido a ejercer nuestra especialidad siguiendo el modelo clínico centrado en el consultante. En él, como todos sabéis, no sólo se contemplan la agenda del profesional, la anamnesis, la exploración, las pruebas complementarias que conllevan a un diagnóstico y un tratamiento, sino que es imprescindible tener en cuenta la agenda del paciente: sus expectativas, sus esperanzas, sus condiciones familiares, laborales...

Queremos proponer a los gestores un modelo de gestión centrado en el profesional, que vaya más allá de los contratos programa, de los procesos asistenciales, de la demora cero, el capítulo uno...y contemple los signos de alarma en los profesionales, sus opiniones, sus inquietudes, sus expectativas, sus aspiraciones, sus déficit, ...intentando comprenderlos como personas integrales y consiguientemente llegando a acuerdos que conlleven los cambios necesarios para mejorar el entorno profesional y por ende la calidad de la atención que les prestamos a nuestros pacientes.

Mientras tanto y si pensamos que los profesionales vamos a cambiar la situación sólo con convencimiento, vocación y formación continuada (o con gestión del conocimiento...) seguiremos siendo unos idealistas ingenuos.

AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2008

El Consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores sus valiosas y desinteresadas aportaciones, encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2008. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

Pilar Arenas Villén
Antonio Ares Camerino
Pilar Barroso García
Víctor Bolívar Galiano
M^a Ángeles Bonillo García
Nuria Castillo Lorente
Pilar Concha López
Juan Manuel Espinosa Almendro
Ambrosio Esteva Rodríguez
Francisco Javier Gallo Vallejo
Luís Gálvez Alcaraz
Manuel Gálvez Ibáñez
Pablo García López
Francisca Leiva Fernández
Antonio Madueño Caro
Javier Morata García de la Puerta
M^a Carmen Serrano Corcoles
Sandra Sillero Torres
Jesús Torío Durántez
Juan Tormo Molina
Cristobal Trillo Fernández

EL ESPACIO DEL USUARIO

La crisis y la salud

Ranea Díaz S

Responsable del Gabinete Jurídico-Técnico de FACUA Málaga

Los hábitos de consumo inciden de forma directa en el estado de salud de los ciudadanos, y es una preocupación de FACUA promover un consumo sostenible y saludable. La actual situación económica y social que estamos atravesando está repercutiendo de forma directa en la cotidianidad de la población, y con ello en sus hábitos de salud y en el estado general de la misma. En el trato diario que mantenemos con los consumidores y socios de esta Asociación hemos detectado un cambio considerable en los motivos de reclamación que se venían produciendo con anterioridad al público reconocimiento de la crisis económica que a nivel mundial estamos padeciendo. Esta situación afecta a toda la población, con independencia de su posición económica personal, puesto que la preocupación que provoca la incertidumbre que se respira en el ambiente se extiende a todos nosotros, que vemos con inquietud el futuro, con un pesimismo que se ha implantado con gran rapidez en el subconsciente colectivo.

Esta realidad que nos llega a través de los medios de comunicación, de personas de nuestro entorno que pierden su empleo, de conocidos que tienen serios problemas financieros, está produciendo en los propios afectados y en todas las personas que lo perciben como un problema real, cuadros de ansiedad y estrés.

El estrés rebaja considerablemente nuestra calidad de vida, repercutiendo en el estado de salud general, pudiendo afectar al sistema cardiovascular, al sistema digestivo y al sistema sueño-vigilia. El mantenimiento de un estado mental adecuado y fuerte ayuda a afrontar situaciones de crisis, disminuyendo el estrés que ésta puede causar.

El estrés está en el origen de parte de las dolencias comunes que padecemos, tales como insom-

nio, cansancio prolongado, dolores de espalda, cuello, problemas digestivos, siendo causa de procesos depresivos.

En un adecuado planteamiento de vida y actitud ante la crisis es recomendable seguir unos sanos hábitos de alimentación y práctica de ejercicios. En este sentido, desde la propia Consejería de Salud, en colaboración con las organizaciones de consumidores, se desarrollan jornadas que fomentan estas prácticas. Asimismo, desde FACUA se han publicado guías formativas promoviendo la alimentación equilibrada en todas las edades. En la labor de difusión que nos incumbe se han repartido miles de folletos que contienen estos consejos de alimentación.

En cuanto a la adecuación de la alimentación es recomendable el consumo de cinco comidas al día, debiendo incluir la toma de cinco raciones de frutas y verduras diaria. Está probado el efecto beneficioso para la salud de una alimentación equilibrada, ejerciendo una función preventiva de determinadas enfermedades.

La compra de alimentos cuyo origen y composición estén plenamente identificados contribuye a la finalidad de un consumo saludable. Además constituye un compromiso social, permitiendo elegir el tipo de alimentos que según su producción deseamos adquirir, participando de forma activa en una economía solidaria y social, con interés en la defensa del medioambiente.

Por otro lado, constituye un elemento primordial para el mantenimiento de un estado de salud idóneo el ejercicio y la actividad física adaptada a la edad y nivel general de salud de cada persona.

Está plenamente admitido que la práctica de ejercicio físico, con un mínimo recomendable de media hora diaria, contribuye a la prevención de enfermedades.

Especialmente aconsejable es realizar los ejercicios al aire libre, tal como pasear con un calzado adecuado por la naturaleza.

Esto enlaza directamente con el inicio de este artículo, ya que el ejercicio de forma habitual, además de tonificar el cuerpo y favorecer un buen estado de salud, combate de forma eficaz el estrés y la tensión.

Con el seguimiento de estos sencillos consejos estamos en disposición de afrontar la situación actual de crisis con una visión positiva que evite que nos incidan en nuestra salud los contratiempos que la vida diaria nos produce.

Entendemos que el consumo responsable es un elemento básico para poder asumir la crisis de una forma comedida y nos coloca en una buena posición para superarla.

El espíritu consumista que ha invadido nuestra sociedad y que ha sido denunciado y combatido desde nuestra organización es causa de parte de los problemas financieros, económicos en definitiva, que están padeciendo muchas personas.

El consumismo desmedido ha supuesto el enriquecimiento rápido de una minoría y la creación artificial de una bonanza económica.

Debemos aprovechar esta crisis para realizar una revisión a los principios que han regido nuestra cotidianidad, promoviendo hábitos de vida saludables a nivel físico y mental.

ORIGINAL

Importancia de los niveles de colesterol en la evolución de pacientes con cardiopatía isquémica

Rodríguez González MJ¹, Benítez Rodríguez E², García González L³, Oneto Otero J⁴, Lorenzo Peñuelas A⁶, Martínez Romero P⁵

¹ Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo al Distrito Cádiz-Bahía La Janda

² Especialista en Medicina Preventiva. Salud Pública. Servicio de Medicina Preventiva. H.U. Puerta de Mar (Cádiz)

³ Médico de Familia. Servicio de Admisión. H. de Jerez de la Frontera (Cádiz)

⁴ Cardiólogo. Servicio de Cardiología H. de Jerez de la Frontera (Cádiz)

⁵ Profesor Titular de Medicina. Servicio de Oncología H.U. Puerto Real (Cádiz)

⁶ Cardiólogo. Servicio de Cardiología. H.U. Puerto Real (Cádiz)

RESUMEN

Título: Importancia de los niveles de colesterol en la evolución de pacientes con cardiopatía isquémica (CI).

Objetivo: Analizar los niveles basales y de seguimiento de colesterol en pacientes diagnosticados de CI y sometidos a ACTP/Stent.

Diseño: Estudio observacional prospectivo.

Emplazamiento: Pacientes atendidos en el servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Puerto Real entre los años 1999 y 2002.

Población y muestra: Se incluyeron los pacientes con CI, clínica de angor ó de infarto agudo de miocardio (IAM) sometidos a cateterismo cardiaco y a revascularización.

Intervenciones: Se midió el colesterol total y las fracciones c-HDL y c-LDL en el momento basal, a los 3 y

6 meses y tras la aparición de un nuevo evento cardiovascular. Se definió buena evolución clínica cuando el paciente permaneció asintomático, y mala si presentó algún evento cardiovascular en el seguimiento.

Resultados: Se estudiaron 96 pacientes, un 74% varones y edad media de 62 años. Un 57% presentaban hipercolesterolemia como factor de riesgo cardiovascular. 16 (16,7%) presentaron mala evolución clínica, de ellos 10 (62,5%) requirieron nueva revascularización. Los valores lipídicos en los pacientes con buena evolución muestran una disminución no significativa en el colesterol total y c-LDL, y un aumento significativo en c-HDL ($p < 0,001$). En los pacientes con mala evolución se observa el mismo patrón. El subgrupo con reestenosis, presentó un ligero incremento no significativo en las cifras de colesterol total y c-LDL, y un descenso significativo ($p < 0,05$) en las cifras de c-HDL.

Conclusiones: En los pacientes con CI y con buena evolución, los niveles de colesterol total y c-LDL disminuyen y los de c-HDL aumentan de manera significativa. El grupo de pacientes que necesitó revascularización por reestenosis mostró el patrón contrario. Es importante destacar el papel del colesterol (factor de riesgo cardiovascular) en la evolución del paciente con CI y, por tanto, como herramienta a tener en cuenta por el médico de familia.

Palabras claves: Enfermedad coronaria (Heart disease ischemic), Colesterol (Cholesterol), Atención Primaria (Primary care), Dislipemia (dyslipidemia), Reestenosis (Restenosis).

Correspondencia: M^a. José Rodríguez González
Dispositivo de apoyo Distrito Cádiz
Bahía la Janda. Avda. de la Constitución, s/n.
Puerto de Santa María. 11500 Cádiz
E-mail: mariajose.rodriguez@yahoo.es

Recibido el 31-07-2008; aceptado para publicación el 30-12-2008
Med fam Andal 2009; 1: 11-19

SUMMARY

Title: The Importance of Cholesterol Levels in the Evolution of Cardiac Ischemia

Goal: To analyze basal and follow-up cholesterol levels in patients diagnosed with cardiac ischemia (CI) and who had received a stent/coronary angioplasty and percutaneous coronary intervention (PCI).

Design: Prospective, observational study.

Setting: Patients seen in the cardiology service at the Puerto Real University Hospital between the years 1992 and 2002.

Population and sample: Patients with CI, angina or acute myocardial infarct (AMI) who had received cardiac catheterization and angioplasty.

Intervention: Total serum cholesterol and the HDL/ LDL ratio were measured at the basal moment, at three and six months, and following the occurrence of a new cardiovascular event. The definition of "good" clinical evolution was when the patient remained asymptomatic and "poor" when the patient had a cardiovascular event in the follow-up period.

Results: Hyper cholesterol was a cardiovascular risk factor in 96 patients, 74% of whom were male; patients' average age was 62. Sixteen of them (16.7%) showed a poor clinical evolution; 10 (62.5%) received a new angioplasty and PCI. Lipid values for patients with a good clinical evolution showed no significant decrease in total cholesterol and LDL cholesterol, and a significant increase in HDL cholesterol (<0.001). The same pattern was observed in patients whose evolution was poor. The subgroup with restenosis showed a slight but statistically insignificant increase in total cholesterol and LDL cholesterol levels and a significant decrease ($p<0.05$) in HDL cholesterol levels.

Conclusions: Among patients with CI and a good evolution, total cholesterol levels and LDL cholesterol decrease while HDL levels increase significantly. The pattern was just the opposite in the group of patients revascularized for restenosis. It is important to underscore the role of cholesterol (cardiovascular risk factor) in the evolution of patients with CI and, thus, as a tool that general practitioners should keep in mind.

Key words: Ischemic heart disease, cholesterol, primary care, dyslipidemia, restenosis.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad isquémica del corazón (EIC) (cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria), está entre las primeras causas de mortalidad en España y Andalucía. Es una entidad que tiene un enorme impacto en el individuo que la padece, en su calidad de vida, su futuro personal y social, incrementando el riesgo de muerte súbita. Es la primera causa de muerte prematura y la tercera, tras los tumores y accidentes, en años potenciales de vida perdidos. En el año 2004 la provincia de Cádiz presentaba en hombres la tasa ajustada de mortalidad por EIC más alta de España, situándose las mujeres en la 5ª posición (1,2). La incidencia de la enfermedad aumenta con la edad y con la coexistencia de factores de riesgo (3,4).

La base patogénica común a la mayoría de la enfermedades cardiovasculares es la arteriosclerosis, proceso de naturaleza multifactorial en cuyo origen se implican diversos factores de riesgo (FRCV) (5): principalmente la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el tabaquismo. Es especialmente interesante la hipercolesterolemia por ser uno de los FRCV mayores implicados en el desarrollo de la arteriosclerosis, como ya se demostró en el estudio Framingham (6). Se estima que en España, un 50% de la población adulta tiene cifras de colesterol superior a 200 mg (4,6).

La relación entre el aumento del colesterol plasmático y la enfermedad vascular aterosclerótica cumple todos los criterios de causalidad. La evidencia de que la reducción del colesterol plasmático disminuye el riesgo es igualmente inequívoca. Cuanto mayor es el riesgo, mayor es el beneficio. Una reducción del 10% del colesterol total en plasma se asocia a una reducción del 25% en la incidencia de la enfermedad coronaria después de 5 años, y una reducción del c-LDL de aproximadamente 40 mg se acompaña de una disminución del 20% en los episodios de cardiopatía isquémica (7). A pesar de que la relación entre la reducción de la concentración del colesterol y el riesgo es muy estrecha, los datos de los estudios clínicos todavía no permiten definir un objetivo concreto que alcanzar en la concentración de c-HDL (8).

Para el manejo de la enfermedad cardiovascular desde atención primaria se propone la utilidad de los métodos para el cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) del paciente (9). Existen varios, entre ellos el del estudio Framingham, que mide el RCV en 10 años, considerándose alto cuando supera el 20%. Existe una validación para España, a partir de los datos del estudio REGICOR. En el año 2003 se ha publicado el proyecto SCORE, realizado a partir de varias cohortes europeas, entre ellas varias españolas, que mide la probabilidad de muerte por enfermedad cardiovascular, en cualquiera de sus manifestaciones, catalogándose a un paciente de alto riesgo cuando alcanza el 5% en 10 años (10,11).

Las enfermedades cardiovasculares son objetivo prioritario de las estrategias de salud desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud, basándose en la convicción de que se dispone de los medios necesarios para prevenir o reducir sustancialmente la carga de las enfermedades cardiovasculares. Las últimas Recomendaciones Europeas de Prevención Cardiovascular se publicaron en 2003 (8,12). En ellas se insiste en que el primer principio de manejo es evaluar y controlar todos los componentes del riesgo total de la enfermedad, dado su carácter multicausal. Y que en el caso de la hipercolesterolemia, los beneficios del tratamiento para reducir el colesterol dependerán del riesgo inicial, es decir, cuanto mayor es el riesgo, mayor es el beneficio.

Sin duda, la prevención primaria y secundaria de la enfermedad cardiovascular va a producir beneficio tanto en mantener la salud como en mejorar el pronóstico, disminuir la utilización de procedimientos más costosos, disminuir los ingresos, mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la mortalidad cardiovascular.

En este sentido nuestro trabajo se propone el siguiente objetivo:

Analizar los niveles basales y de seguimiento de colesterol en pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica (CI) y sometidos a ACTP/ Stent (angioplastia coronaria transpercutánea) que evolucionaron desfavorablemente y en aquellos que tuvieron buena evolución.

SUJETOS Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo, que se ha realizado en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz), hospital que abarca una población de 290.000 habitantes. El período de inclusión de los pacientes fue de septiembre de 1999 hasta septiembre de 2000.

A todos los pacientes se les siguió hasta completar el estudio o hasta la aparición de un evento cardiovascular, garantizándose un seguimiento mínimo de 12 meses.

Se incluyeron 96 pacientes con Cardiopatía isquémica, síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) y sin elevación del ST (SCASEST) diagnosticados mediante cateterismo, con presencia de estenosis coronaria severa (>70% de estenosis luminal) y sometidos a tratamiento de revascularización.

Se han medido variables clínicas y analíticas.

A partir de la entrevista clínica y de su historia se recogieron las variables, edad, sexo, factores de riesgo cardiovasculares y tipo de tratamiento para la hiperlipemia.

Fueron seguidos durante un período de tres años, con revisiones clínicas y determinaciones analíticas en el momento del evento, al mes, a los 3 y 6 meses y tras la aparición de un nuevo evento cardiovascular (sobre todo ante la presencia de reestenosis).

Se midió el colesterol total y las fracciones c-HDL y c-LDL.

En las revisiones se recogía además, los cambios clínicos y la evolución del paciente. Se definió como buena evolución clínica cuando el paciente permaneció asintomático, y mala evolución si presentó algún evento cardiovascular como muerte cardiovascular, infarto agudo de miocardio (IAM) no fatal, revascularización-reestenosis y aparición de nuevas lesiones.

Se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y media, mediana y desviación estándar para las variables cuan-

titativas. Para el estudio de la evolución del colesterol total y las fracciones c-LDL y c-HDL a lo largo del seguimiento y ante la aparición de un evento cardiovascular se realizó un análisis de medidas repetidas para un factor (ANOVA de medidas repetidas).

El almacenamiento de los datos se realizó con la hoja de cálculo Excel de Microsoft y el análisis con el paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se estudiaron 96 pacientes. La edad media fue de 62 años (DE 11 años), siendo el 74% varones. Entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) aparece el tabaquismo con el 65%, seguido de la hipercolesterolemia con un 57%, la diabetes mellitas con un 54% y la hipertensión arterial con un 48%. Un 1,1% tomaba fibratos y al 68,1% se les indicó y tomaron estatinas. Con respecto a los antecedentes personales destaca que un 35% de los pacientes habían tenido un infarto agudo de miocardio previo. Y como patologías asociadas 3 pacientes habían sufrido un ACV (3,1%).

16 pacientes (16,7%) presentaron mala evolución clínica. De ellos 10 (62,5%) requirieron nueva revascularización por haber presentado reestenosis. Dos (12,5%) presentaron un IAM no fatal. Dos (12,5%) fallecieron por evento cardiovascular y dos (12,5%) presentaron nuevas lesiones.

En el grupo con mala evolución (reestenosis) la edad media fue de 64 años (DE 10 años), el 68,8% eran varones. La distribución de los factores de riesgo fue la siguiente: 62,5% fumadores, el 56,3% presentaban hipercolesterolemia, el 43,8% eran diabéticos y el 37,5% con hipertensión arterial. La frecuencia de estos factores de riesgo en los pacientes con buena evolución fue: 65% fumadores, 57,5% hipercolesterolemia, 38,8% diabéticos, 50% hipertensos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Con respecto al estudio de los valores lipídicos, se observa que los pacientes con buena evolución, durante su seguimiento, presentan

una disminución no significativa en las cifras de colesterol total y c-LDL ($p=0,441$ y $0,457$, respectivamente), aunque desde el punto de vista descriptivo si que se aprecia un descenso de los valores de estos parámetros entre el 3º y 6º mes. Para el c-HDL observamos un aumento significativo ($p<0,001$) (tabla 1 y figura 1).

En el caso de los pacientes con mala evolución se aprecia que tanto en las cifras de colesterol total como en las de c-LDL hay un descenso (aunque no significativo) entre el 1º y el 6º mes. Entre el 6º mes y la reestenosis vuelven a aumentar estos valores. Para los valores de c-HDL, aumentan desde la situación basal hasta el 6º mes y luego descienden en la reestenosis ($p<0,05$) (tabla 2 y figura 2).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio refleja la distribución clásica de los factores de riesgo cardiovascular. En este sentido, el estudio de Framingham estableció ya hace seis décadas el trascendental papel de los factores de riesgo en el desarrollo de la cardiopatía isquémica (6). Muy recientemente, el estudio INTERHEART (13) ha analizado, cuáles eran los factores «modificables» del riesgo de tener un infarto de miocardio; el tabaco, la dislipemia, la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad fueron predictores de esta complicación, mientras que la ingesta de frutas y verduras, la actividad física y el consumo de alcohol tenían un efecto protector (13). Estos factores no sólo explican más del 90% del riesgo de padecer un infarto de miocardio, sino que, además, tienen un claro efecto acumulativo. Por otro lado, a pesar de su enorme interés fisiopatológico, muchos parámetros analíticos o genéticos relacionados con la inflamación o la trombogenicidad vascular no han logrado, de momento, mostrar su utilidad para mejorar la capacidad de predicción aportada por el estudio de los factores de riesgo clásicos y, por tanto, no se han incorporado a la clínica (14).

Los pacientes con cardiopatía isquémica multivaso (CIM) padecen una elevada morbimortalidad. Un estudio similar al nuestro fue el de Juan Sánchez Rubio y colaboradores que realizaron un seguimiento de 5 años re-

gistrando los eventos clínicos y factores relacionados, concluyendo que en pacientes con CIM el IAM, el tabaco, HTA y dislipemia son los FR más frecuentes (15).

Nuestro trabajo destaca la asociación de los descensos de los niveles de c-HDL con la mala evolución de los pacientes con cardiopatía isquémica, otros autores también lo relacionan con la aparición de enfermedad coronaria precoz. Así en el estudio de María del Rosario Laris (16), recuerda que las dislipidemias constituyen uno de los elementos etiopatogénicos más significativos en la enfermedad cardiovascular. Tanto estudios experimentales, epidemiológicos, genéticos y clínicos (17-19), indican que los niveles de c-HDL se correlacionan de forma independiente e inversa con la presencia de enfermedad cardiovascular, indicando que las HDL constituyen un factor protector antiaterogénico. Los niveles reducidos de c-HDL constituyen la anormalidad lipídica más prevalente en sujetos con enfermedad coronaria precoz. Además, estudios en modelos animales han demostrado la acción protectora vascular de las HDL. Este efecto antiaterogénico de las HDL involucraría múltiples mecanismos, incluyendo el transporte reverso del colesterol y una protección cardiovascular no relacionada directamente con la homeostasis del colesterol corporal. Los resultados del Cooperative Lipoprotein Study y del Framingham Heart Study fueron fundamentales para que el colesterol de las HDL (c-HDL) fuera aceptado como un factor importante relacionado con la aterosclerosis (6). Los importantes avances logrados en la comprensión del metabolismo del cHDL y su regulación, junto con el desarrollo de nuevos fármacos que manipulan específicamente los niveles de cHDL y los resultados de los primeros estudios clínicos enfocados hacia el manejo primario del cHDL permiten vislumbrar la aplicación de nuevas estrategias terapéuticas para las dislipidemias (16). Estos nuevos tratamientos podrían tener un impacto adicional al beneficio ya demostrado

En el presente trabajo hemos encontrado un ligero aumento en las cifras de c-LDL en pacientes con mala evolución clínica. Estas cifras no bajaron de 100 durante el seguimiento, pese al tratamiento hipolipemiante, aunque hay que tener en cuenta la situación clínica de pacientes

pluripatológicos en una gran mayoría. Los niveles plasmáticos elevados de colesterol transportado en las lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) son un factor de riesgo proaterogénico ampliamente demostrado (16). Además, la concentración de colesterol de las LDL (c-LDL) en los adultos jóvenes predice la aparición de evento cardiovascular (ECV) en una fase posterior de la vida, lo cual respalda la idea de que se debe considerar la relación entre el c-LDL y la aparición de ECV como un proceso continuo que se inicia en una etapa temprana de la vida. Las directrices actuales identifican el c-LDL como el objetivo principal del tratamiento de la hipercolesterolemia (6, 16,20). Por otro lado, el beneficio de las estatinas, las cuales disminuyen el c-LDL, en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad cardiovascular están categóricamente establecido (16,21).

Otros trabajos también han medido los niveles de colesterol en pacientes con eventos coronarios agudos no solo para demostrar la relación de los niveles con el evento cardiovascular sino también para plantearse el inicio de tratamiento farmacológico hipolipemiante precoz con una sola determinación lipídica conocida, como el estudio de Garrido Sanjuán (22). En este se confirma el descenso del colesterol total en la fase aguda del IAM y se describe su descenso también en la angina inestable. La mayoría de los trabajos que han permitido el conocimiento del descenso de la hipercolesterolemia en fase aguda del infarto de miocardio están realizados en condiciones de "observación experimental", con determinaciones realizadas en períodos exactos prefijados después del inicio del evento agudo, e incluyen un número reducido de pacientes. En ese aspecto nuestro estudio plantea la novedad de determinar los niveles de colesterol en el momento de haber ocurrido el evento. Es importante el conocimiento de los cambios de fase aguda en las concentraciones de lipoproteínas para una adecuada toma de decisiones (20).

En definitiva el conocimiento de factores predictores de enfermedad coronaria es importante para el manejo de estos pacientes. Así el estudio de Marcello Arca (23) resalta que la identificación de factores contribuyendo a un riesgo cardiovascular residual, es importante para mejorar el manejo de pacientes con en-

fermedad coronaria establecida. Así, los resultados de nuestro estudio nos orientan hacia la importancia de los valores del colesterol y las lipoproteínas como predictores de nuevos eventos cardiovasculares.

Por tanto, debemos seguir insistiendo en la importancia de la prevención primaria como secundaria en la enfermedad cardiovascular. Como bien sabemos todos los médicos dedicados al tratamiento de pacientes con enfermedades cardiovasculares, a pesar de los impresionantes avances diagnósticos y terapéuticos actualmente disponibles, prevenir sigue siendo mucho mejor que curar.

CONCLUSIONES

El perfil del paciente con cardiopatía isquémica es de un varón de 62 años. Los factores de riesgo predominantes son el tabaco, la hipercolesterolemia, la diabetes y la hipertensión. Entre los pacientes que evolucionaron mal, más de la mitad necesitaron nueva revascularización por reestenosis. Aquellos que tuvieron buena evolución presentaron disminución de los niveles de colesterol total y c-LDL y un aumento significativo de los niveles de c-HDL. Ocurriendo lo contrario en el grupo de pacientes que necesitaron revascularización por reestenosis.

Los médicos de familia necesitamos elementos útiles para el control de nuestros pacientes, de ahí destacar el importante papel de los FRCV, en este caso del colesterol en la evolución del paciente con cardiopatía isquémica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- López-Abente G. Atlas Municipal de Mortalidad por cáncer y otras causas en España, 1989-1998. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- 2.- Boix R, Aragonés N, Medrano MJ. Tendencias en la mortalidad por cardiopatía isquémica en 50 provincias españolas. *Rev Esp Cardiología*. 2003; 56: 850-856.
- 3.- Medrano MJ, Boix R, Cerrato R, Ramírez M. Incidencia y prevalencia de la cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80: 5-15.
- 4.- Marrugat J, Elosua R, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol*. 2002; 55:337-346.
- 5.- Dawler Th R. Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities. Final Report of the Pooling Project. *J Chronic Dis*. 1978; 31:201-306.
- 6.- O'Donnel C, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61:299-310.
- 7.- Baigent C, Keech A, Kearny PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, et al. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90.056 participants in 14 randomised trials or statins. *Lancet*. 2005; 366:1267-1278.
- 8.- Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica (constituida por representantes de nueve sociedades y expertos invitados). Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61: e1-e49.
- 9.- Asenjo Vázquez C, Espínola Rodríguez A, Figueras Camós F, Val Jiménez A. Cálculo del riesgo cardiovascular. ¿Qué método utilizar? *Aten Primaria*. 1999; 23: 176-177.
- 10.- Lago F, Álvarez A, Blasco M, Lapetra J, Llor C, Maiques A, et al. Recomendaciones semFYC Dislipemias. 2 ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.
- 11.- Brotons C. Evaluando la aplicación de las tablas del score en el cálculo del riesgo cardiovascular en atención primaria *Rev Esp Salud Pública*. 2005; 79: 439-442.

- 12.- Villar F. La prevención cardiovascular en España. Promoviendo el uso de las recomendaciones. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78: 421-434.
- 13.- Yusuf S, Hawken S, Oupoon S y col. Effect of potentially modifiable risk factors with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937-952.
- 14.- Alfonso F, Segovia J, Heras M, Bermejo J. Prevención cardiovascular: ¿siempre demasiado tarde? *Rev Esp de Cardiol*. 2008; 61:291-298.
- 15.- Sanchez-Rubio J, Galache JG, Chopo JM, Brun D, Molinero E, Salazar J, et al. Mortalidad y Morbilidad a Largo Plazo en Pacientes con Cardiopatía Isquémica Multivaso. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. Segundo Congreso Virtual de Cardiología. 2001.
- 16.- Laris MR, Arteaga A, Cuevas A, Rigotti A. El colesterol HDL: ¿un nuevo objetivo terapéutico en el manejo de las dislipidemias y la aterosclerosis? *Rev Méd Chile*. 2005; 133:823-832.
- 17.- Tibblin G, Cramer K. Serum lipids during the course of an acute myocardial infarction and one year afterwards. *Acta Med Scand*. 1963;174:451-5.
- 18.- Ryder RE, Hayes TM, Mulligan IP, Kingswood JC, Williams S, Owens DR. How soon after myocardial infarction should plasma lipid values be assessed? *Br Med J*. 1984; 289: 1651-1653.
- 19.- Gore JM, Goldberg RJ, Matsumoto AS, Castelli WP, McNamara PM, Dalen JE. Validity of serum total cholesterol level obtained within 24 hours of acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 1984;54:722-5.
- 20.- Plaza Pérez I, Villar Álvarez F, Mata López P, Pérez Jiménez F, Maiquez Galán A, Casasnovas Lenguas JA et al. Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2000; 53:815-837.
- 21.- Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators. *N Engl J Med*. 1996; 335: 1001-1009.
- 22.- Garrido JA, Pía G, Sesma P. Determinación del colesterol en pacientes ingresados por eventos coronarios agudos y prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. *An Med Interna (Madrid)*. 2001; 18: 464-467.
- 23.- Arca M, Montali A, Valiente S, Campagne F. Utilidad de la dislipemia aterogénica para predecir riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria arterial definida angiográficamente. *Am J Cardiol*. 2007; 100:1511-1516.

Tabla 1. Parámetros analíticos (Colesterol total, c-HDL y c-LDL) en pacientes con buena evolución clínica.

Marcador	Media (DE)	*p
Colesterol total		
Basal	195,36 (45,20)	0,441
1 Mes	196,55 (37,67)	
3 Mes	196,31 (43,20)	
6 Mes	190,72 (36,73)	
c-HDL		
Basal	36,63 (10,35)	<0,01
1 Mes	41,02 (7,42)	
3 Mes	43,32 (8,44)	
6 Mes	43,85 (8,01)	
c-LDL		
Basal	124,71 (34,55)	0,457
1 Mes	126,37 (33,21)	
3 Mes	126,24 (36,23)	
6 Mes	121,14 (32,99)	

*ANOVA de medidas repetidas para un factor.

Tabla 2. Parámetros analíticos (Colesterol total, c-HDL y c-LDL) en pacientes con mala evolución clínica (Reestenosis).

Marcador	Media (DE)	*p
Colesterol total		
Basal	189,80 (62,72)	0,208
1 Mes	206,50 (56,05)	
3 Mes	194,60 (46,52)	
6 Mes	177,40 (42,89)	
Reestenosis	180,70 (32,81)	
c-HDL		
Basal	37,00 (4,71)	0,020
1 Mes	44,20 (10,75)	
3 Mes	40,20 (6,97)	
6 Mes	43,20 (7,81)	
Reestenosis	37,30 (3,86)	
c-LDL		
Basal	127,20 (52,41)	0,326
1 Mes	131,01 (45,46)	
3 Mes	126,46 (41,21)	
6 Mes	111,62 (28,71)	
Reestenosis	113,27 (28,71)	

*ANOVA de medidas repetidas para un factor.

Figura 1. Valores de Colesterol total, c-HDL y c-LDL en Pacientes con Buena Evolución

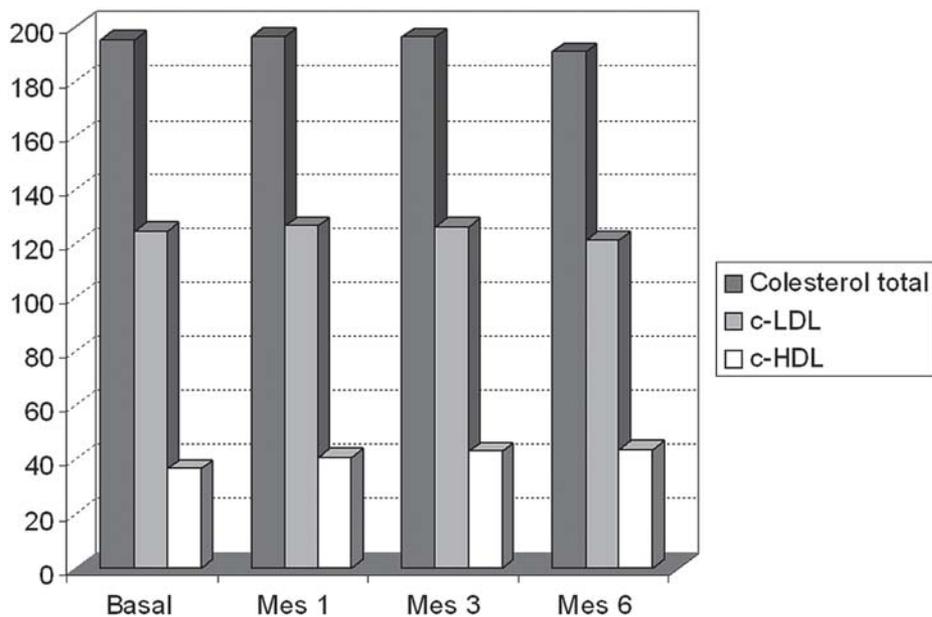
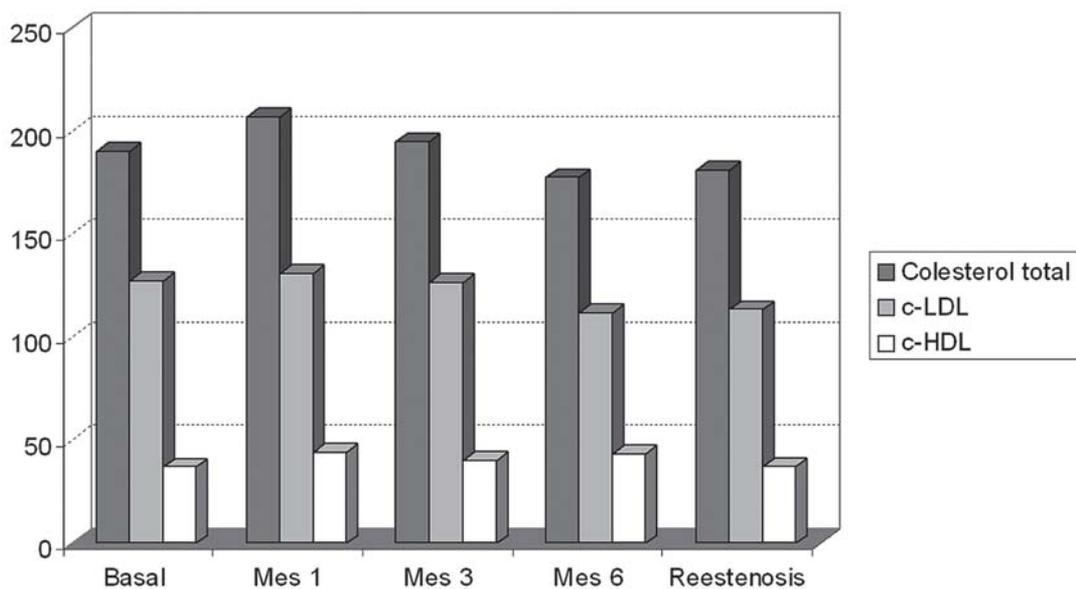


Figura 2. Valores de Colesterol total, c-HDL y c-LDL en Pacientes con Mala Evolución (Reestenosis)



ORIGINAL

Perfil de prescripción antibiótica en pediatría en el Distrito Málaga

Domínguez Pinos M^aD¹, Granados Martín E²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SCCU Hospital Materno Infantil. Médico familia EBAP Distrito Málaga

²Especialista en Microbiología y en Medicina Familiar y Comunitaria. FEA Microbiología Hospital Clínico Universitario de Málaga

RESUMEN

Título: Perfil de prescripción antibiótica en pediatría en el Distrito Málaga.

Objetivo: Valorar el perfil de prescripción antibiótica en pediatría, analizando el grupo etario que recibía mayor número de antibióticos, cuáles eran los más utilizados y para qué patologías, así como factores relacionados con el consumo de los mismos.

Diseño y emplazamiento: Se escogió al azar una muestra de cuatro centros de salud dependientes del Distrito Málaga y, dentro de ellos, a un pediatra también al azar. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático dentro del cupo. Se revisaron todos los datos recogidos en la historia actual y en las diez últimas visitas de TASS y se revisaron las hojas de prescripción.

Población y muestra: Se excluyeron los pacientes que no tenían registradas más de 3 visitas a consulta o los mayores de 14 años y los que presentaban patologías graves o invalidantes.

Resultados principales: Los niños menores de 4 años son los que reciben una mayor cantidad de antibióticos. El más prescrito es la amoxicilina (26,5%), seguido de amoxicilina-clavulánico (17,3%), claritromicina (3,6%) y eritromicina (3%). Las patologías para las que se prescriben son otitis media (19,15%) y faringoamigdalitis (17,9%).

Conclusiones: Se prescribe mucha amoxicilina asociada a clavulánico, cuando entre los mecanismos de resistencia de *Streptococcus pneumoniae* no se ha des-

critado la producción de betalactamasas. Amoxicilina también se prescribe para tratar procesos faríngeos (79,8%) que debieran tratarse con penicilina. A los niños diagnosticados de catarro se les prescribe antibiótico en el 3,6%.

Palabras clave (IM): pediatrics (pediatría), antibacterial agents (antibióticos), prescription drugs (prescripción de fármacos), unnecessary procedure (procedimiento innecesario).

SUMMARY

Title: A Profile of Antibiotic Prescriptions in Four Malaga Pediatric Practices

Goal: To study prescription profiles among pediatricians; determine which age group receives the most antibiotics; determine which medications were most frequently prescribed and for what illnesses; and to identify factors related to the use of antibiotics.

Design and setting: A randomized sample was obtained from four centers in the Malaga Health District and one pediatrician was randomly selected from that sample as well. A systematic random sample was done on the patient load. All information contained in current clinical histories, as well as data from the 10 most recent visits, including prescription forms, was reviewed

Population and sample: Excluded from the sample were: patients who according to the registration system had not had more than three visits; patients over age 14; and patients who had grave or debilitating illnesses.

Results: Children under the age of four received the most antibiotics. The most frequently prescribed antibiotic was amoxicillin (26.5%); this was followed by **amoxicillin** combined with potassium clavulanate (17.3%), **clarithomycin** (3.6%) and erythromycin (3%). The illness for which they were prescribed were middle ear infection (19.15%) and streptococcal pharyngitis (17.9%).

Correspondencia: María Dolores Domínguez Pinos
SCCU Hospital Materno Infantil
Avda. Miraflores de los Ángeles, s/n. 29011 Málaga
E-mail: loly1977@hotmail.com

Recibido el 31-07-2008; aceptado para publicación el 06-10-2008
Med fam Andal 2009; 1: 20-32

Conclusions: Amoxicillin/clavulanate is frequently prescribed when no production of beta-lactamases resistant to *Streptococcus pneumoniae* has been encountered. Amoxicillin is also prescribed to treat sore throats (79.8%) that should be treated with penicillin. Anti-bacterial agents are prescribed to 3.6% of children diagnosed with a cold.

Keywords: Pediatrics; anti-bacterial agents, prescription drugs, unnecessary procedure.

INTRODUCCIÓN

La práctica clínica del médico de familia en pediatría se ha convertido en algo cada vez más frecuente. Muchas veces esta práctica supone una actividad trepidante con poco tiempo para la reflexión y la formación.

El profesional que atiende la consulta de pediatría es la principal fuente prescriptora de antibióticos (1), sobre todo en periodos invernales, donde el consumo de antibióticos por la población infantil se dispara.

Planteamos este estudio con el fin de conocer el consumo de antibióticos y el perfil de prescripción en el ámbito de Atención Primaria. Este interés en analizar la prescripción se hace patente en estudios, tanto de ámbito nacional como internacionales, de los que se pueden deducir importantes diferencias en el consumo y el patrón de prescripción de antibióticos a lo largo del tiempo (2), que no se corresponden con un patrón geográfico determinado, variando incluso dentro de la misma provincia (3).

Cuando analizamos estas asimetrías en la prescripción, existe un amplio consenso al considerar que la variabilidad es el resultado de la interacción de factores diversos que intervienen en el acto médico, pero es fundamental el problema de la incertidumbre diagnóstica (4), sobre todo en las infecciones respiratorias, que además son el motivo más frecuente de consulta y en las que el médico debe dilucidar si el cuadro clínico es viral o bacteriano.

También es significativa la presión realizada por los padres a la hora de la prescripción. Según la bibliografía, un 24% de los padres en EEUU presiona al médico para que le prescriba antibióticos (5).

Los padres de mayor edad y nivel educativo conocen mejor qué son y cómo actúan los antibióticos, lo que también sucede en las familias con más de un hijo, las de raza blanca y las que se informan a través de los medios sobre resistencias antibióticas, por lo que son estos grupos los que hacen un uso racional de los antibióticos.

Los factores que se asocian con una tendencia a la demanda de antibióticos incluyen las creencias erróneas y los conocimientos escasos, la presión de las guarderías que no aceptan niños con cuadros infecciosos agudos, la falta de alternativas ofrecidas por el pediatra y la falta de acceso a la información de los medios sobre antibióticos.

En España se estudió la variabilidad de la prescripción antibiótica en el medio rural y urbano detectándose un aumento de prescripción en las zonas rurales, pero este estudio, como apuntan los propios autores, podría estar sesgado por la sobreutilización en el medio urbano del área de urgencias (1).

El médico puede modificar las creencias erróneas del paciente (5), por lo que sería éste un objetivo en la entrevista clínica para disminuir el consumo de antibióticos.

El uso de antibióticos tiene la particularidad de que su empleo individual, a diferencia de otros fármacos, tiene importantes consecuencias colectivas, especialmente en el desarrollo de resistencias (6).

El perfil de prescripción antibiótica empírica debe basarse en el agente etiológico que se sospeche según la patología que queramos tratar, conociendo el mecanismo de acción de los distintos antibióticos y la generación de resistencias por parte del microorganismo en cuestión.

El patrón de sensibilidad antimicrobiana varía según el área geográfica donde nos encontremos, por ello es importante tener conocimiento de cuál es el que se presenta en nuestro medio, para poder manejar con mayor probabilidad de éxito la prescripción de un determinado antibiótico.

Conocido el perfil de prescripción, lo comparamos con los perfiles de sensibilidad de los diferentes microorganismos de nuestra área y las

indicaciones recogidas en la Guía de Terapéutica Antimicrobiana (7).

SUJETOS Y MÉTODOS

Se revisaron 4 cupos de pediatría obtenidos al azar de 4 Centros de Salud de la zona MMMMMM con una media de 1225 pacientes. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático en las listas de cupo obtenidas por el sistema DIRAYA a fecha de noviembre de 2007. Para ser sujeto de estudio, los pacientes debían cumplir los criterios de inclusión y no presentar criterios de exclusión (Tabla 1).

Los datos se obtuvieron tanto de la historia clínica de DIRAYA y las diez últimas visitas del TASS, como de las hojas de prescripción. Se codificaron las siguientes variables en Acces98: NUSS, fecha de nacimiento, número de visitas a consulta registradas, vacunas oficiales y cobertura con vacuna neumocócica heptavalente, y crisis de hiperreactividad bronquial registradas.

La variable «cobertura vacuna heptavalente» se valoraba en función del número de dosis y la edad a la que se recibían, considerándose bien vacunados los que cumplían el calendario de la Asociación Española de Pediatría (8) y las indicaciones de posología de la ficha técnica (9).

Para codificar las patologías relacionadas con la prescripción de antibióticos, se creó un subformulario donde se registró la fecha de consumo del antibiótico, el nombre del mismo y la patología.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos mediante el programa SPSS 13.0.

RESULTADOS

Se codificaron 1655 pacientes que se agruparon según la edad: de 0 a 2 años, de 2 a 4 años, de 4 a 6 años, de 6 a 10 años y de 10 a 14 años.

En la historia no estaba registrada la asistencia o no a centros de atención socioeducativa (guarderías).

La media de edad de nuestro grupo fue de 6,62 años. El sexo no fue una variable codificada. La media de visitas a consulta codificada fue de 17,71.

El 20,6% de los niños estaban correctamente vacunados con vacuna neumocócica heptavalente.

Sigue existiendo un 1,3% de los niños que no están vacunados según el calendario oficial por orden directa de sus padres.

Casi todos los niños, durante el primer año de vida, presentan alguna crisis de hiperreactividad bronquial; en nuestro caso, el 77,5% de los estudiados había presentado algún episodio. En nuestra muestra la media de crisis recogidas en la historia es de 3,7.

En las siguientes tablas 2 y 3 resumimos las patologías que motivaban la prescripción de antibióticos.

Los antibióticos prescritos se detallan en las tablas 4 y 5.

El grupo etario que recibía más antibióticos, sorprendentemente, era el de los menores de 4 años, como hemos mostrado anteriormente, sobre todo relacionado con otitis media aguda y siendo amoxicilina el antibiótico más utilizado. La prescripción de antibióticos según edad se recoge en la Tabla 6.

Este perfil de prescripción podría asociarse a efectos adversos en relación con el antibiótico. En la tabla 7 se detallan las patologías que pueden estar en relación con dicho consumo.

Dentro de Gastroenteritis aguda se incluían las Diarreas agudas (3,9%), las parasitaciones por *Giardia lamblia* (4%) y las producidas por *Blastocystis hominis* (1,2%).

Los casos de Micosis incluyen los anales (5,2%), las orales (4,6%), las corporales (1%) y las genitales (0,1%).

En la tabla 8 se resumen los grupos de edad en los que se detectaba un mayor número de patologías que podían estar en relación con el consumo de antibióticos.

NUMERO DE VISITAS A CONSULTA

La prescripción también se relaciona con el número de visitas a consulta. Nuestra variable «número de visitas registradas a consulta» cuantifica el número de hojas de visita que tiene abiertas el paciente desde que tiene historia de salud en formato electrónico. En el caso de los niños de 2 años o menos, sólo contamos las hojas de visitas registradas en DIRAYA (de sus dos años de vida); en los niños mayores contamos tanto las visitas en DIRAYA como las de TASS, con la limitación de que en el TASS sólo se pueden ver las últimas 10 visitas antes del cambio de sistema informático. Se cuantifican todas las visitas registradas independientemente de su fecha.

El registro en las hojas de consulta varía en función de la edad del paciente, de manera que cuanto mayor es el niño menos viene a consulta. Hasta los 4 años prácticamente vienen todos los meses sin contar las visitas de programa.

La escolarización se produce en el sistema educativo español entorno a los tres años de edad, sin que detectemos un aumento de visitas en este periodo. Desconocemos cuántos de estos niños menores de tres años acudían a guarderías, ya que en la historia del paciente no se codifica esta variable, aunque como comentábamos, éste es un factor relacionado con la asistencia a consulta y la prescripción de antibióticos (Tabla 9).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

PATOLOGIAS RELACIONADAS CON CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS

La prevalencia de la otitis media en la infancia es variable y está relacionada tanto con factores del propio individuo como podría ser la presencia de vegetaciones, como por circunstancias externas, los hermanos y la escolarización y en algunas publicaciones incluso con la exposición a humo de tabaco (10).

En estudios de cohorte se ha observado que el 17-30% de los lactantes experimentan dos o más episodios de OMA, que a la edad de 3 años el 50% de los niños ha presentado al menos un episodio, y que en menores de 10 años este porcentaje

asciende al 75%. (12). En nuestra muestra la otitis media era causa más frecuente de prescripción de antibióticos en el grupo de los lactantes (50%), lo que se explica por la alta incidencia de esta patología.

En este grupo de lactante se trataron con antibióticos patologías que no tienen esta indicación como la faringitis aguda (2%), la otitis catarral (4%), la bronquitis (8%) y el catarro de vías altas (6,25%) es decir que un 20,83% de los lactantes recibe antibióticos por patologías para las que no esta indicada su administración.

Se les suele prescribir amoxicilina en el 50% de los casos, seguido de amoxicilina clavulánico en el 18,75% y azitromicina (4,15%) y otros (27,1%). Tanto la amoxicilina asociada a clavulánico como la azitromicina son antibióticos prescritos en exceso sin una clara base microbiológica, sin contar los casos publicados de hepatotoxicidad relacionada con clavulánico. Su fácil posología podría explicar esta sobreutilización.

Si agrupamos el consumo de antibióticos por edades, el 71,3% de la prescripción la reciben los menores de 4 años y un 25% de los casos se podría evitar, ya que se indica tratamiento antibiótico para patologías de etiología viral (Tabla 10).

ANTIBIÓTICOS

Si analizamos los grupos de antibióticos más prescritos en función de su clasificación y espectro, tal como se aprecia en la tabla 11 diremos que los más prescritos son las penicilinas de segunda generación asociadas a inhibidores de betalactamasas, y los macrólidos junto a las cefalosporinas de segunda y tercera generación en segundo lugar.

PERFILES DE RESISTENCIA

Valorando los grupos antibióticos prescritos respecto a perfil de gérmenes, en la tabla 12 recogemos los principales gérmenes productores de los cuadros descritos y su perfil de resistencias.

La alta tasa de resistencias de *S. pneumoniae* a macrólidos hace que sólo puedan ser de primera elección en caso de resistencia a penicilina. Recordar que no se han descrito cepas de neumococo resistentes a inhibidores de betalac-

tamasas y que amoxicilina será de elección en estos casos (13).

H. influenzae tiene altas tasas de resistencia a amoxicilina pero bajas a inhibidores de la betalactamasas, en procesos de vías respiratorias bajas y otitis media pueden producir focos supurativos asociados a *S. pneumoniae* por lo que parece una buena opción comenzar con amoxicilina y valorar al paciente en 48h. La desaparición de la fiebre y la mejoría del proceso son marcadores del éxito terapéutico (siempre que esté bien filiado el origen piógeno de la enfermedad) y en caso de no mejoría se puede utilizar una asociación de amoxicilina e inhibidores de betalactamasas (clavulánico) (7).

S. pyogenes en su fenotipo M tiene unas tasas de resistencias a macrólidos de 80% (13) por lo que es una mala opción terapéutica para procesos faríngeos. En ocasiones la presencia de exudado amigdalal puede ocasionar duda entre un proceso viral o piógeno, los niños con manifestaciones que sugieren fuertemente infección vírica como córiza, conjuntivitis, ronquera, tos, estomatitis anterior, lesiones ulceradas definidas o diarrea posiblemente no tienen infección por *S. pyogenes*. Aquellos que presenten un cuadro de comienzo agudo y que incluye faringitis, fiebre, cefalea, dolor al deglutir, dolor abdominal, náuseas o vómitos, o agrandamiento y dolor de los ganglios cervicales anteriores son datos sugestivos de infección por *S. pyogenes* (11).

En los mayores de 3 años las infecciones por *S. pyogenes* son más frecuentes, sobre todo en primavera e invierno; el tratamiento eficaz de la misma se debe realizar para evitar la aparición de fiebre reumática y glomerulonefritis (complicaciones no supuradas), ya que la curación de la faringitis piógena es espontánea en una semana. Para prevenir las complicaciones no supuradas disponemos de 10 días desde el inicio de la fiebre. Al disponer de ese margen de tiempo, es recomendable llegar al diagnóstico etiológico de certeza antes de la administración del antibiótico, realizando una toma de muestra del exudado amigdalal con torunda seca y posterior envío al laboratorio de microbiología para cultivo.

Desde que se envía la muestra al laboratorio hasta que recibimos los resultados pasan un

máximo de 7 días en nuestro medio (la media es 4.5 días), proponemos que se realice en los casos dudosos.

Debido a que en pediatría las pautas cortas no están validadas, el tratamiento indicado para prevenir la fiebre reumática es la fenoxibencilpenicilina durante 10 días (7), aunque en algunos foros defienden la utilización de amoxicilina sola por su mejor sabor.

E. coli genera un grave problema de resistencias (14), la mejor opción terapéutica en la actualidad para infecciones del tracto urinario bajo es la fosfomicina en pauta de 5-7 días de tratamiento cada 8h que tiene la menor tasa de resistencias y un buen perfil de seguridad en edades pediátricas (7). Las pautas cortas con fosfomicina no están validadas para pediatría.

ANTIBIOTERAPIA TÓPICA

Con respecto a la antibioterapia tópica, los aminoglucósidos como la tobramicina son de elección en conjuntivitis y orzuelos causados generalmente por *S. aureus*, *S. pyogenes*, *S. pneumoniae* y *H. influenzae*. Otras opciones terapéuticas pueden ser el ácido fusídico y la polimixina B (7). En nuestra muestra el 21,4% de los procesos tratados con antibióticos tópicos son conjuntivitis. Recordar que la causa más frecuente de conjuntivitis en la infancia es viral, aunque también es cierto que el periodo infantil es el de mayor tasa de sobreinfecciones, por ello ante una conjuntivitis con secreción purulenta se asocia antibiótico tópico sin realizar cultivo, el más usado la tobramicina.

En caso de otitis externa, el tratamiento más utilizado es ciprofloxacino (47,6%), con posibilidad de usar otras asociaciones que incluyen polimixina B. La maceración del conducto en las otitis externa es parte fundamental de su etiopatogenia, por ello son más frecuentes en verano o en niños que acuden a piscinas. Mantener el conducto seco puede curar infecciones leves o prevenir nuevos episodios, de ahí la importancia del uso de tapones, aunque lo mejor es evitar la inmersión.

Se tratan de forma tópica entidades como la otitis catarral bilateral (9,5%) y la otitis media aguda (7,1%), en estos casos la integridad de tímpano

no hace que esta terapia no tenga utilidad para tratar el oído medio, además, la otitis catarral no es un proceso purulento.

El impétigo y el panadizo son infecciones cutáneas producidas generalmente por estafilococos, por lo que la aplicación de mupirocina tópica puede solucionar el problema. Otras alternativas para el tratamiento tópico son el ácido fusídico y más recientemente la retapamulina (no en menores de 9 meses).

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA ANTIBIOTERAPIA VIA ORAL

Cuando analizamos los datos en función de la edad, los menores de 4 años son los más propensos a presentar efectos adversos relacionados con la antibioterapia oral, representando en nuestra muestra el 72,4% de los efectos adversos recogidos. Analizando estos resultados vemos que tanto la dermatitis atópica (20,4%), la disbacteriosis (68,5%) como la micosis (19,9%) son patologías propias de esta edad y que pudieran no tener relación con el consumo de antibióticos. En el caso de la dermatitis atópica, no existe una clara relación con dicho consumo, aunque en los últimos tiempos se han desarrollado trabajos donde se describe la aparición de fenómenos alérgicos al iniciar antibioterapias a edades tempranas (15,16)

Los cuadros diarreicos parasitarios como la giardiasis (4%) y la blastocitosis (1,2%) sí tienen una relación más establecida con el consumo de antibióticos.

NUMERO DE VISITAS A CONSULTA

Estamos asistiendo a un cambio social en la utilización de los recursos sanitarios y el consumo de salud. Desde hace tiempo sabemos que los menores de dos años son los que más demandan asistencia sanitaria, bien por su inclusión en programas de salud o bien por dudas de los cuidadores sobre la crianza.

También aumenta la frecuencia de la consulta cuando el niño comienza a acudir a guarderías (entre los 6 meses y el año) o al colegio (tres años).

Esto concuerda con nuestro patrón de consultas, de forma que los menores de dos años reali-

zan una media de visitas de 11,25 y en el caso de los niños de entre 2 y 4 años 25,7 visitas, lo que viene a ser aproximadamente una consulta cada dos meses, aproximadamente.

El aumento de la demanda también se correlaciona con un incremento en el consumo antibiótico, debido a la presión que pueden ejercer los padres junto a la incertidumbre que se genera en el pediatra ante las visitas reiteradas. Existen más factores relacionados con el aumento de la prescripción de fármacos como es la dificultad de un seguimiento estrecho lo que produce un aumento de la prescripción de antibióticos los viernes y vísperas de festivos o en ambientes rurales que hemos tratado en otros epígrafes.

En este sentido nos planteamos las siguientes conclusiones y recomendaciones con el fin de intentar ayudar en el uso racional de los antibióticos en edades pediátricas.

CONCLUSIONES

- Se prescribe mucha amoxicilina asociada a clavulánico, para patologías donde se sospecha *Streptococcus pneumoniae* como agente etiológico, cuando no se ha descrito la producción de betalactamasas como mecanismo de resistencia para dicho microorganismo, su cómoda posología hace que muchos médicos la prefieran.
- La amoxicilina (80%), cefalosporinas (5%) y macrólidos (12%) se utilizan para tratar procesos faríngeos que debieran tratarse con penicilina.
- Existe un elevado número de antibióticos prescritos en menores de 4 años para procesos faríngeos (15%), bronquitis (5%) y catarro (7,5%).
- El 3,6% de los niños que recibían antibióticos estaban diagnosticados de catarro. Existen factores que inducen la prescripción antibiótica y no siempre se basan en criterios microbiológicos.
- Se sobreutilizan los macrólidos y cefalosporinas en pacientes sin registro de alergia a penicilina para procesos amigdalares.

RECOMENDACIONES

El tratamiento ambulatorio con amoxicilina en fiebre sin foco sólo sería válido en niños de entre 3 meses y 3 años, no vacunados con neumococo heptavalente, sin criterios de riesgo, tras analítica y hemocultivo, y con posibilidad de valoración en 48h.

El artículo de la unidad docente de Gerona que recoge las distintas pautas de tratamiento con amoxicilina para neumonías de la comunidad (infección estreptocócica) (17)

- Si no van a guardería a 40 mg x kg/día
- Si va guardería a 80-90 mg x kg/día

La faringoamigdalitis aguda por *S. pyogenes* es rara en menores de 3 años. En los casos dudosos deberíamos enviar muestra del exudado amigdalar para su cultivo.

La tabla 13 resume las características clínicas de la infección piógena y viral.

El antibiótico de elección es penicilina oral o amoxicilina, tres dosis diarias durante 10 días. En alérgicos a penicilina usaremos eritromicina.

Ante infecciones del tracto urinario inferior un sedimento activo de orina a bolsa implica la realización de estudio con orina estéril. Un estudio de sedimento no sustituye al cultivo de orina estéril. Fosfomicina y amoxicilina-clavulánico (este último con resistencias en nuestro medio del 16% para *E.coli*) son de elección durante 7 días.

En la otitis media aguda se debe iniciar la antibioterapia en menores de 2 años, o mayores de 2 años con afectación del estado general. De elección es la amoxicilina a dosis de 40-50 mg/kg/día u 80-90 mg/kg/día (esta última posología se recomienda si el niño asiste a guardería o ha recibido antibioterapia el mes previo). La duración del tratamiento será de 10 días ó 5-7 días en los niños mayores de 2 años. No se recomienda iniciar antibioterapia en mayores de 2 años, tampoco es necesario el uso de gotas óticas, nasales, mucolíticos, y/o antihistamínicos (que no aportan nada al tratamiento y pueden producir graves reacciones adversas). Muchas de las otitis en mayores de dos años con buen estado general se resuelven solas (18).

No utilizar antibióticos en bronquitis/bronquiolitis pues suelen tener origen viral. En casos de neumonía, la taquipnea es un signo predictor. Para los niños entre 3 meses y 5 años vacunados frente a *H. influenzae* serotipo b el tratamiento será amoxicilina sola, pues el uso de clavulánico no ofrece beneficio adicional. En mayores de 5 años sin sospecha de *S. pneumoniae* poner un macrólido. La aparición de exantema al utilizar como tratamiento la amoxicilina no contraindica el uso de betalactámicos, salvo en reacciones de hipersensibilidad tipo I. Se debe evaluar la respuesta al antibiótico a las 48 horas y la duración del mismo será de 7 a 10 días.

BIBLIOGRAFIA

1. Vázquez ME, Pastor E, Bachiller MR, Vázquez MJ, Eiros JM. Variabilidad geográfica de la prescripción de antibióticos en la población pediátrica de Castilla y León durante los años 2001 a 2005. Rev Esp Quimioterap. 2006; 19: 342-348.
2. Lázaro Bengoa E, Madurga Sanz M, De Abajo Iglesias J. Evolución del consumo de antibióticos en España 1985-2000. Med Clin (Barc). 2002; 118: 561-568.
3. Pastor García E. Estudio farmacoeconómico del consumo de antibióticos de uso sistémico en la provincia de Valladolid. Periodo 1996-2000. [Tesis doctoral] Facultad de Medicina de Valladolid; 2001.
4. Yagüe A. Variabilidad en la prescripción de antibióticos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2002; 20: 78-84.
5. Kuzujanakis M, Kleinman K, Rifas-Shiman S, Finkelstein JA. Correlates of parental antibiotic knowledge, demand, and reported use. Ambul Pediatr. 2003; 3:203-10.
6. Alós JL, Carnicero M. Consumo de antibióticos y resistencias bacterianas: Algo que te concierne. Med Clin (Barc). 1997; 109: 264-270.
7. Mensa J, Gatell JM. Guía de Terapéutica Antimicrobiana. 17ed. Barcelona (España): Editorial Masson; 2007.

8. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Calendario de Vacunación de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2007. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 66: 62-9.
9. Ficha Técnica de Prevenar. URL: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/Prevenar/H-323-PI-es.pdf>. Última actualización: 2006.
10. Córdoba-García R, García-Sánchez N, Suárez López de Vergara RG, Galván Fernández C. Exposición al humo ambiental de tabaco en la infancia. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 67:101-3.
11. American Academy of Pediatrics. Infección por Streptococo del grupo A. En: Pickering LK (ed.). *Red Book (Libro Rojo)*. Memoria del Comité de Enfermedades Infecciosas para 2003. 26a ed. México: Intersistemas; 2004. p. 326-37.
12. Pirozzo S, del Mar C. Otitis media. En: Moyer VA, editor. *Evidence based pediatrics and child health*. Londres: BMJ Books; 2002.
13. Portillo Barrio, A. Mecanismos de resistencia a antibióticos macrólidos, lincosamidas y estreptograminas en streptococcus y enterococcus [Tesis doctoral]. La Rioja (España): Universidad de la Rioja; 2002.
14. Lazaro E, Otero J. Evolución del consumo y de la resistencia a antibióticos en España. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2006; 30: 10-19.
15. Celedón JC, Weiss ST. Use of antibacterials in infancy: clinical implications for childhood asthma and allergies. *Treat Respir Med*. 2004;3:291-4.
16. Bedford Russell AR, Murch SH. Could peripartum antibiotics have delayed health consequences for the infant? *BJOG*. 2006; 113:758-65.
17. Boada F. Impacto de las guías de práctica clínica sobre el coste del control de la memoria extrahospitalaria. *An Pediatr*. 2008; 69: 154-8.
18. Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 1:CD000219. 13.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:	Tener menos de 14 años. Que consten en la historia tres visitas o más.
Criterios de exclusión:	Enfermedad invalidante psíquica o física. Inmunodeficiencias.

Tabla 2. Patología subsidiaria de tratamiento antibiótico oral

Patología tratada con antibioterapia	Porcentaje
OMA	28,2
Faringoamigdalitis	26,6
Adenoiditis	6,9
CVA	5,6
Bronquitis	5,4
Neumonía	3,6
Sinusitis	2,2
Adenoflemón	1,8
Síndrome febril	1,6
Infección de Orina	1,6
Flemón dental	1,6
Otitis catarral bilateral	1,3
Síndrome pertusoide	0,9
GEA	0,7
Impétigo	0,4
Erradicacion H. pylori	0,4
Otitis externa	0,4
Traqueitis	0,4
Flemón periamigdalino	0,4
Celulitis	0,4
Panadizo	0,4

Abreviaturas: OMA: Otitis Media Aguda, CVA: Catarro de Via aérea Alta, GEA: Gastroenteritis aguda

Tabla 3. Patología subsidiaria de tratamiento antibiótico tópico

Patología tratada con antibioterapia tópica	Porcentaje
Otitis externa	31,0
Conjuntivitis	21,4
Otitis catarral bilateral	9,5
OMA	7,1
Impétigo	7,1
Panadizo	4,8

Abreviaturas: OMA: Otitis Media Aguda

Tabla 4. Antibióticos prescritos vía oral

Antibiótico prescrito	Porcentaje
Amoxicilina	39,8
Amoxicilina-clavulánico	25,7
Claritromicina	6,8
Azitromicina	6,5
Cefuroxima	3,8
Cefaclor	3,4
Cefixima	3,1
Ciprofloxacino	2,9
Cefpodoxima	2,5
Fenoxibencilpenicilina	2,4
Eritromicina	1,8
TMP+SMX	0,7
Josamicina	0,4
Cloxacilina	0,2

Abreviaturas: *TMP+SMX*: trimetoprim sulfametoxazol o cotrimoxazol.

Tabla 5. Antibióticos prescritos vía tópica

Antibiótico tópico	Porcentaje
Ciprofloxacino	47,6
Tobramicina	21,4
Mupirocina	14,3
Polimixina B +Trimetropim	9,5
Polimixina B+ Neomicina+ Gramicina	4,8
Eritromicina	2,4

Tabla 6. Prescripción de antibióticos según grupo de edad

Grupo de Edad	Porcentaje
De 0 a 2 años	44,1
De 2 a 4 años	35,4
De 4 a 6 años	9,5
De 6 a 10 años	9,3
De 10 a 14 años	1,5

Tabla 7. Patología relacionada con el consumo de antibióticos

Patología	Porcentaje
GEA	68,5
Dermatitis atópica	20,4
Micosis	10,9

Abreviaturas: GEA: GastroEnteritis Aguda

Tabla 8. Grupos de edad y porcentaje de patología relacionada con el consumo de antibióticos.

Grupo de Edad	Porcentaje
De 0 a 2 años	40,8
De 2 a 4 años	31,6
De 4 a 6 años	15,1
De 6 a 10 años	11,9
De 10 a 14 años	0,5

Tabla 9. Número de visitas registradas a consulta en función de la edad

Grupo de Edad	Número visitas registradas a consulta
De 0 a 2 años	11,25
De 2 a 4 años	25,7
De 4 a 6 años	18,25
De 6 a 10 años	16,13
De 10 a 14 años	14,74

La variable "número de visitas registradas a consulta" no incluye las visitas a programas

Tabla 10. Consumo de antibióticos en función de la edad de nuestra muestra

Grupo de Edad	Porcentaje
De 0 a 2 años	42,6
De 2 a 4 años	28,7
De 4 a 6 años	11,5
De 6 a 10 años	13,9
De 10 a 14 años	3,3

Tabla 11. Clasificación de antibióticos orales de prescripción en atención primaria

Betalactámicos	Penicilinas	Penicilinas de 1 ^a generación	Penicilina G Penicilina V
		Penicilina resistente a penicilinas	Meticilina Oxacilina Cloxacilina
		Penicilinas de 2 ^a generación	Ampicilina Amoxicilina
		Penicilinas combinadas con inhibidores de las betalactamasas	Amoxicilina + clavulánico Ampicilina + sulbactam
	Cefalosporinas	1 ^a generación	Cefradina Cefadroxilo Cefalexina
		2 ^a generación	Cefuroxima axetilo Cefaclor
		3 ^a generación	Cefixima Cefpodoxima Ceftibuteno
Aminoglucosidos	Paramomicina		
Macrólidos y Ketólidos	Eritromicina		
	Claritromicina		
	Azitromicina		
	Josamicina		
	Midecamicina		
	Telitromicina		
Asociación de Sulfonamidas y Trimetoprim	Cotrimoxazol		
Lincosamidas	Clindamicina		
	Lincomicina		
Otros antibacterianos	Fosfomicina		

Hemos excluido de la clasificación los antibióticos tópicos, los parenterales y los de uso hospitalario. También hemos excluido las quinolonas orales por no estar indicadas en pediatría (alteración del cartilago de crecimiento)

Tabla 12. Gérmenes y perfil de resistencias

<i>S. pneumoniae</i>	33% resistentes a penicilina 5% resistentes a amoxicilina 29 % resistentes a eritromicina
<i>H. influenzae</i>	30% resistentes a amoxicilina 5% resistentes a inhibidores de betalactamasas
<i>S. pyogenes</i>	85% resistentes a macrólidos (fenotipo M) 32% resistentes a macrólidos (resto de fenotipos)
<i>E. coli</i>	40% resistentes a amoxicilina y piperacilina 16% resistentes a inhibidores betalactamasas 30% resistentes a cotrimoxazol 30% resistentes a ciprofloxacino 8% resistentes a cefalosporinas 3ª y 4ª generación

Fuentes: (13 y 14)

Tabla 13. Datos Clínicos de la infección viral y piógena

INFECCIÓN VIRAL	INFECCIÓN PIÓGENA
< 3 años	> 3 años
Inicio progresivo	Inicio brusco
Córiza	Fiebre alta
Conjuntivitis	Cefalea
Ronquera	Odinofagia
Estomatitis	Dolor abdominal
Lesiones ulceradas	Nauseas o vómitos
Diarrea	Adenopatías laterocervicales grandes dolorosas

ORIGINAL

Brote de Tuberculosis en un asentamiento inmigrante

Mourelle Vázquez L¹, Carrión Maroto P², Contreras Ruiz I³, Gallo Vallejo FJ⁴, García Rodríguez FE⁵, De Haro Oriola M^{AS6}

¹ Residente de Medicina de Familia de 4º año. Centro de Salud Zaidin-Sur. Granada

² Residente de Medicina de Familia de 4º año. Centro de Salud Zaidin-Sur. Granada

³ Médico de Familia. Centro de Salud Zaidin-Sur. Granada

⁴ Médico de Familia. Centro de Salud Zaidin-Sur. Granada

⁵ Médico de Familia. Director centro de Salud Zaidin-Sur. Granada

⁶ Residente de Medicina de Familia de 3º año. Centro de Salud Zaidin-Sur. Granada

RESUMEN

Título: Brote de Tuberculosis en un asentamiento inmigrante.

Objetivos: Describir la detección de casos de Tuberculosis (TBC) en un asentamiento inmigrante y el seguimiento realizado durante un período de 4 meses.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Zona básica de salud en la periferia de una población urbana.

Sujetos: La población objeto de intervención es de nacionalidad rumana formada por 73 individuos y de ellos 26 niños.

Resultados principales: Tras una alerta sanitaria por el fallecimiento de una niña rumana de 7 meses por meningitis TBC se inicia estudio de convivientes. De los 73 individuos se realiza Mantoux a 61 (83,5%), al no poder localizarse o no acceder a ello el resto. De los 61 Mantoux realizados, resultan positivos 32 (52%), negativos 18 y no se les consiguió leer el resultado a 11.

A todos los sujetos positivos se les solicitó baciloscopia y cultivo, resultando éste positivo en 4 de ellos y ne-

gativo en 19, por lo que se diagnostican 4 casos nuevos de TBC más dos casos de TBC que ya eran conocidos al ser diagnosticados previamente en el Hospital.

4 pacientes recibieron tratamiento con P+I+R+E, uno con P+I+R+E+S (caso multirresistente) y un niño con P+E. Se realizó quimioprofilaxis al resto de los niños, independientemente del resultado del Mantoux.

Conclusiones: 1) Las malas condiciones y las especiales características de este tipo de población han dificultado el diagnóstico y seguimiento, pese al traslado diario de un equipo sanitario al asentamiento

2) Necesidad de un abordaje multidisciplinar para obtener mejores resultados.

Palabras clave: TBC (Tuberculosis), mantoux, baciloscopia, quimioprofilaxis.

SUMMARY

Title: Tuberculosis Outbreak in an Immigrant Settlement.

Goal: To describe the detection of tuberculosis (TB) cases in an immigrant settlement and the follow-up carried out during a four-month period.

Design: Descriptive study.

Setting and Population: A basic health zone situated on the periphery of an urban population. The target population consisted of 73 Rumanian nationals, 26 of them children.

Results: Following a health alert notifying the death of a seven-month-old Rumanian girl from tubercular

Correspondencia: Patricia Carrión Maroto
C. S. Zaidin Sur. Granada
E-mail: pat3700@hotmail.com

Recibido el 31-07-2008; aceptado para publicación el 06-10-2008
Med fam Andal 2009; 1: 33-38

meningitis, a contact tracing procedure was begun. A Mantoux screening test was done on 61 of the 73 individuals (83.5%); the rest were either unreachable or could not be located. 32 of the 61 Mantoux tests were positive (52%), 18 were negative and in 11 cases the results were unreadable. A bacilloscopy and culture were done on all subjects who tested positive; four cases were positive and 19 were negative. This resulted in the diagnosis of four new cases of TB; two cases that had been previously diagnosed in a local hospital were also encountered. Four patients were treated with pyrazimide + isoniazide + rifampicin + ethambutol (P+I+R+E), one was treated with P+I+R+E+ streptomycin (multi-resistant case), and one child with P+E. Chemoprophylaxis was offered to the remaining children, independent of Mantoux test results.

Conclusions: Poor living conditions and the unique characteristics of this population have made diagnosis and follow-up difficult, despite daily visits to the settlement by a health team. A multi-disciplinary approach is necessary in order to obtain better results

Keywords: TB (tuberculosis); mantoux; bacilloscopy, chemoprophylaxis.

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis* complex, un bacilo ácido-alcohol resistente, aerobio estricto de multiplicación lenta, que puede permanecer en estado latente durante años. Su localización más frecuente es el aparato respiratorio (90 %). La transmisión de la TBC es directa, su vía principal de transmisión es la aérea, por inhalación de bacilos tuberculosos contenidos en pequeñas partículas aéreas de 1-5µm capaces de llegar hasta el alvéolo. El foco de contagio deberá ser un paciente con TBC pulmonar, con una lesión tuberculosa abierta a la vía aérea, capaz de aerosolizar partículas que contengan bacilos en su interior.

La TBC es una enfermedad que puede prevenirse, de fácil curación y de excelente relación costo-beneficio con acertadas medidas de control. Algunos países desarrollados han considerado a esta enfermedad como superada y han dejado de invertir en programas de control. Sin embargo, en la actualidad las migraciones masivas de población, la facilidad para viajar y la epidemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) han complicado el problema mundial del control de la TBC.

Para la OMS, la tuberculosis es la enfermedad infecciosa más importante del mundo en cuanto a morbi-mortalidad.

Según estimaciones de la OMS pertenecientes a 2005, la TBC en España afecta a 25 de cada 100.000 habitantes, mientras que en Rumania afecta a 145.9 de cada 100.000 habitantes; Pero hay que tener en cuenta que actualmente, en Europa la incidencia de TBC tiende a incrementarse motivado por la inmigración desde zonas con alta prevalencia. (fig 1).

La TBC constituye un problema de salud pública en que el equipo de Atención Primaria puede participar en todas las fases de la lucha contra la enfermedad: identificación de posibles casos; estudio Rx tórax; realización de baciloscopias; estudio de contacto de pacientes bacilíferos; tratamiento y seguimiento de casos iniciales; notificación de los casos; estudio y evaluación de los grupos de riesgo de su área y

derivación a nivel especializado de casos complejos. (Tabla 1)

PACIENTES Y MÉTODOS

Tras establecerse una alerta sanitaria debido al fallecimiento de una niña rumana de 7 meses por una meningitis tuberculosa, que residía en un cortijo abandonado en la periferia de Granada, se inicia estudio del resto de convivientes del asentamiento para detectar otros posibles casos. Censo de 73 personas: 47 adultos y 26 niños (<14 años).

La población objeto de intervención es de nacionalidad rumana formada por 73 individuos y de ellos 26 niños. Todos hacinados en el mismo edificio, una casa grande, en una situación lamentable de suciedad e ínfimas condiciones higiénicas. Se identifican varias familias, pero muy interrelacionadas incluso emparentadas entre si. La captación y seguimiento se ha visto dificultada debido a que es una población móvil.

En el momento del estudio se encuentran 15 familias, con una edad media de 23.2 años, siendo menores de 16 años el 39%, y en un 52.5 % son varones.

Una vez localizado el asentamiento (12 de febrero del 2008), se forma un equipo de trabajo integrado por médicos, enfermeros y trabajadores sociales que acuden diariamente para la realización del estudio, tratamiento y seguimiento posterior.

Se realizó Mantoux a 61 (83.5%) personas, 31 adultos y 21 niños, habiendo 18 personas que no se les consiguió captar para realizar dicha prueba o no estaban cuando se realizó la lectura a las 48 horas. A todos los Mantoux positivos se les realizó baciloscopia y cultivo (tabla 2).

RESULTADOS

Se diagnostican 6 casos, de los cuales 2 ya eran conocidos (habían sido diagnosticados en el hospital) siendo 1 adulto con TBC pulmonar bacilífera y otro con TBC multirresistente a

Isoniazida (H) y Rimfapicina (R) y 4 casos nuevos, 3 adultos con TBC pulmonar bacilífera y un niño con complejo primario de Gohn.

ACTUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Debido a la existencia de un caso multirresistente iniciamos tratamiento (Tratamiento Directamente Observado) (12/3/08) con, Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamina (Z) y Etambutol (E) en los adultos con TBC bacilífera. En el caso de TBC multirresistente se inicia tratamiento con H, R, Z, E y Estreptomina (S), y en los niños se realiza quimioprofilaxis con Z y E, retrasando la quimioprofilaxis de los adultos hasta estudio antibiograma.

Hasta el momento actual el único efecto secundario observado ha sido intolerancia gastrointestinal.

Después de 10 semanas de tratamiento repetimos Mantoux, Rx y baciloscopias/ cultivos (tabla 3).

Retiramos la quimioprofilaxis a los niños con Mantoux negativo y los vacunamos, el resto continúan con H.

El caso multirresistente se ingresa voluntariamente en el hospital ya que había abandonado el tratamiento y se encontraba peor.

Los adultos con enfermedad TBC, al alejar el caso multirresistente, se pasaron a tratamiento con H y R.

El resto de los adultos no han iniciado quimioprofilaxis debido a la gran movilidad de la población y la negativa por su parte, por otra lado están sometidos a una vigilancia estrecha diaria.

DISCUSIÓN

Las malas condiciones y las especiales características de este tipo de población han dificultado el diagnóstico y seguimiento, pese al traslado diario de un equipo sanitario al asentamiento.

Gracias a este estudio hemos descubierto puntos débiles en la sistemática actual, que podrían ser

susceptibles de mejora. Se realiza una detección tardía de sujetos con una clara complejidad social debido a una falta de centralización de la información y de la vigilancia, lo que lleva a una demora en la actuación. El hecho de dar altas hospitalarias sin comprobar datos de afiliación sanitaria y domicilio, dificulta localizar el foco, lo cual es necesario para iniciar el estudio, realizar educación sanitaria sobre la enfermedad y poder asegurar la adherencia al tratamiento.

Existen fallos en la continuidad asistencial, barreras idiomáticas que se obvian, escasez de consenso en la toma de decisiones clínicas: heterogeneidad en la indicación de ingresos y **ausencia de referente clínico** en casos complejos, y falta de claridad en las funciones de seguimiento y control en los diferentes niveles asistenciales. Lo que se solucionaría ingresando al paciente para realizar el estudio clínico e iniciar la coordinación interniveles.

En conclusión, para mejorar la situación de estos casos de "complejidad social", sería necesario un abordaje multidisciplinar (médico, trabajo social, antropológico....) para obtener mejores resultados, así como tener el apoyo en tiempo, medios y personal por parte de las autoridades sanitarias e intentar conseguir coordinación de las diferentes áreas, ya que muchos de los problemas a resolver para una mejora sanitaria no son médicos (educación, etc.).

También sería necesario consensuar un tiempo límite de no localizar el sujeto para iniciar otro tipo de medidas.

"Este trabajo fue presentado al congreso al 18º Congreso SAMFyC, celebrado en Granada en Junio de 2008, en forma de comunicación oral".

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. Documento de consenso sobre el manejo de la Tuberculosis. Avances en enfermedades infecciosas. 2006; 7 (Supl 2):37-59.
2. Cañas García-Otero E, Sánchez Benítez de Soto ML, Vázquez Villegas J, Domínguez Castellano A. Tuberculosis. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Sevilla: Consejería de Salud; 2006. p. 183-200.
3. Caminero JA. Inmigración y tuberculosis a escala mundial. *Enf Emerg*. 2001; 3: 121-2.
4. Medicina y Humanidades. El mundo sufre tasas récord de TB multirresistente. *Jano*. 2008; 1685: 15.
5. Sánchez Gascón F, Bernabeu Mora R. Inmigración y tuberculosis. *Arch Bronconeumol*. 2003; 39: 5-7.
6. Chaves Sánchez F, Iñigo Martínez J. Tuberculosis e inmigración en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81: 585-7.
7. Caminero JA. Tratamiento de la tuberculosis resistente a múltiples fármacos y pacientes en retratamiento. *Eur Respir J*. 2005; 6: 217-25.
8. Pino Alfonso PP, Gassiot Nuño C, Rodríguez Vázquez JC, Páez Prats I, Barreto Penié J, Gundían González-Piñera J. Tratamiento de la tuberculosis resistente a múltiples drogas. *Acta Médica*. 1998; 8: 110-7.
9. Grupo de Trabajo de los Talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Prevención y control de las tuberculosis importadas. *Med Cln (Barc)*. 2003; 121: 549-62.

Fig 1.- Prevalencia de TBC en España

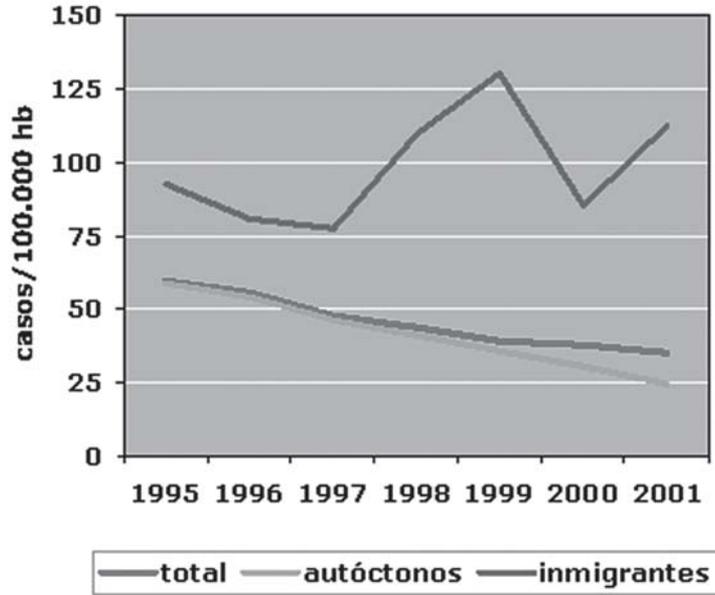


Fig 2.- Rx del caso de TBC multirresistente



Tabla 1.- Estadios de la Tuberculosis

<i>ESTADIOS</i>	CONTACTO	MANTOUX	CLINICA	RX TORAX
EXPOSICION TBC	Reciente	Negativo	Asintomático	Normal
INFECCION TBC LATENTE	Con/sin exposición	Positivo	Asintomático	Normal
ENFERMEDAD TBC	Con/sin exposición	Positivo	Sugestiva	Sugestiva

TBC: Tuberculosis
RX: Radiografía

Tabla 2.- Pruebas Diagnósticas (Febrero 2008)

	REALIZADOS	LEIDOS	NO VALORABLE	POSITIVOS	NEGATIVOS
MANTOUX	61	50	11	32	18
RX TORAX	34		5	3	
BACILOSC	26			1	25
CULTIVO	26			3	23

RX: Radiografía.
Bacilosc: baciloscopia.

Tabla 3.- Control 10 semanas postratamiento (Mayo 2008)

	REALIZADOS	LEIDOS	POSITIVOS	NEGATIVOS
MANTOUX	17	14	3 (no mantoux previo)	11
RX TORAX	8			8
BACILOSCOPIA/CULTIVO	7			7

RX: Radiografía.

ORIGINAL

Insuficiencia renal crónica. Despistaje activo en la comunidad

Rocha Vázquez M¹, Pérez Reyna M²

¹Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba

²Especialista de primer grado en Medicina General Integral

RESUMEN

Título: Insuficiencia renal crónica. Despistaje activo en la comunidad.

Objetivo: Identificar la presencia de Insuficiencia Renal Crónica en una población determinada, y caracterizar a los pacientes diagnosticados según variables seleccionadas.

Diseño: Descriptivo prospectivo.

Emplazamiento: 3 Consultorios Médico del Policlínico Docente de Abreus.

Población y muestra: Los 100 pacientes mayores de 15 años con factores de riesgo de padecer Insuficiencia Renal Crónica de los consultorios seleccionados, los cuales constituyen el universo.

Intervenciones: Se aplicó un formulario que incluye la información recogida en la consulta médica y en la historia clínica de los pacientes durante el período del 1ro de enero - 31 de diciembre del 2005. Los resultados fueron procesados por el programa SPSS versión 11.0 y se presentan en tablas de frecuencia y relación de variables.

Resultados: El 32 % de los pacientes presentaron Filtrado patológico, predominando en mujeres, raza blanca y en el grupo de 60 años y más. Más del 40 % de ellos sobrepasan los 10 años de evolución de su

patología de base, donde prevalece la Diabetes Mellitus. Solo el 65,6 % de los pacientes con Filtrado patológico refirieron realizar tratamiento de forma permanente.

Conclusiones: Existen deficiencias en el seguimiento adecuado de la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, patologías reconocidas como factores de riesgo de la Insuficiencia Renal Crónica, y se evidencian dificultades en el diagnóstico de la misma, aunque están definidos los pacientes con riesgo y el Programa de Atención Integral a la Familia facilita la atención de estos grupos.

Palabras clave: Insuficiencia Renal Crónica, Filtrado Glomerular.

SUMMARY

Title: Chronic Renal Failure. Early detection in the community

Goal: Identify the presence of chronic renal insufficiency (CRI) in a specific population and characterize patients diagnosed with CRI according to selected variables.

Design: Descriptive prospective.

Setting: Three medical practices in the *Abreus* educational Polyclinic.

Population and sample: One hundred patients from selected medical practices, age 15 or older, with factors that placed them at risk of CRI.

Methods: A form was used to collect information from doctor-patient interviews and individual patient clinical histories during the period from January 1 to December 31, 2005. The SPSS program (version 11.0) was used to process the results and these are presented in frequency tables and relation variables.

Correspondencia: Mabel Rocha Vázquez
Edificio 19, apto. 1601 Pastorita Cienfuegos Cuba
Código Postal: 55100
E-mail: mrv@jagua.cfg.sld.cu

Recibido el 12-04-2007; aceptado para publicación el 06-10-2008
Med fam Andal 2009; 1: 39-44

Results: 32 % of the patients had filtering complications, predominantly women, white Caucasian, and in the age group of 60 or older. 40 % of the patients had been receiving treatment for their primary pathology for over 10 years; the most prevalent one was diabetes mellitus. Only 65.6% of the patients with filtering complications had received any permanent form of treatment.

Conclusions: Deficiencies exist in adequate follow-up of patients with high blood pressure and diabetes mellitus, both illnesses recognized as risk factors for chronic renal insufficiency. In addition, difficulties in its diagnosis were encountered despite the fact that patients were in risk groups and despite the existence of a program designed to attend to their needs (a program for integrated family care).

Key words: Chronic renal insufficiency, glomerular filtering.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es la entidad final común a la que pueden arribar las enfermedades renales primarias o las secundarias a enfermedades sistémicas y cuya característica esencial es la disminución progresiva e inexorable de la función renal global ^(1,2).

Se define como Insuficiencia Renal (IR) la pérdida de función de los riñones, independientemente de cual sea la causa, se clasifica en aguda, subaguda y crónica en función de la forma de aparición, y sobre todo, en la recuperación o no de la lesión ^(3, 4,5).

En América Latina la incidencia de IRC por lo dicho anteriormente tiene un amplio rango desde 2.8 hasta 15.8 casos nuevos por millón de habitantes menores de 15 años ⁽⁶⁻⁸⁾.

La prevalencia de la Insuficiencia Renal Crónica en nuestro país para los diferentes estadios evolutivos se sitúa alrededor de los 3 000 enfermos por millón de habitantes por año. En este sentido se ha calculado que aproximadamente 120 de ellos evolucionan a la etapa final de la misma y requiere entonces de tratamientos dialíticos para sobrevivir o para esperar un trasplante renal ⁽²⁾.

En la actualidad se reconoce que la Diabetes Mellitus la Hipertensión Arterial (HTA) y las Glomerulonefritis son las principales causas etiológicas de Insuficiencia Renal Crónica ^(5,9-13).

En el año 2001 se reportó que en la provincia de Cienfuegos existían 389 pacientes con IRC ⁽¹⁴⁾. Estas cifras han ido en ascenso en los años siguientes alcanzando niveles alarmantes. En el municipio de Abreus se reportaron 29 casos de Insuficiencia Renal Crónica en el 2004.

El trabajo comunitario de los médicos de familia avanza ya hacia la promoción y prevención de la insuficiencia renal, que tiende a incrementarse en la población, pudiéndose trabajar especialmente con los grupos de riesgo ^(5, 11). Teniendo en cuenta todo lo antes expuesto, nos motivamos a realizar este estudio pretendiendo Estimar la Incidencia de Insuficiencia Renal Crónica según resultado de Filtrado Glomerular Teórico en los pacientes estudiados y caracterizar a los pacientes según variables seleccionadas.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de carácter descriptivo, prospectivo tomando como universo a la población de más de 15 años de los Consultorios Médicos de Familia No. 4, No. 6 y No. 43 del Policlínico Docente “Mario Muñoz” de Abreus y que constituían grupos de riesgo para el desarrollo de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), los cuales se expresan a continuación:

- Hipertensos y Diabéticos de 10 y más años de diagnóstico.

- Enfermos con glomerulopatías primarias, Riñones Poliquísticos, Nefritis Intersticial crónica de cualquier tiempo de diagnóstico.

Así se constituyó el universo de estudio conformado por 100 pacientes.

Criterios de inclusión: Voluntariedad del paciente para participar en la investigación previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Que el paciente se negara a participar, o aquellos bajo tratamiento psiquiátrico que no tuvieran responsabilidad legal.

Criterios de salida: Que abandonara la investigación antes de concluir, o que el paciente falleciera.

A todos estos pacientes se les aplicó una encuesta de carácter personal por el autor del trabajo de forma directa en el hogar o en consulta, donde se recogieron datos generales como edad, sexo, raza, antecedentes patológicos personales que constituían factores de riesgo de desarrollar la enfermedad y que fueron descritos anteriormente, se precisó además el tiempo de diagnóstico de esas patologías así como el tratamiento actual y la continuidad del mismo.

Se estimó la incidencia de Insuficiencia Renal Crónica (I IRC) para lo cual se utilizó la siguiente fórmula:

$$I \text{ IRC} = \frac{\text{Casos nuevos de IRC}}{\text{Total de casos en riesgo}} \times 100$$

Se realizó pesaje y medición del paciente en una pesa calibrada y se determinó Creatinina

Plasmática por personal del Laboratorio central del Área de Salud para calcular Filtrado Glomerular (FG) Teórico utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Fórmula del FG Teórico: } \frac{140 - \text{edad (peso Kg.)}}{72 \times \text{Creatinina plasmática (mg/dl)}} \times \text{Creatinina (mmol/l)}$$

$$\text{Fórmula de Creatinina (mg/dl): } \frac{88.4}{\text{Valor}} \times \text{Creatinina (mmol/l)}$$

Valor FG en el hombre = FG teórico

Valor FG en la mujer = FGT x 0.85

El valor del FG Teórico se consideró normal cuando se encontraron valores entre 80 y 120 ml/ min ⁽⁵⁾

Los datos obtenidos, a través de las encuestas fueron procesados por el programa SPSS para Windows versión 11. Los resultados principales se muestran en tablas y gráficos de frecuencia y relación de variables tabulados en distribuciones porcentuales y no fue necesario realizar pruebas estadísticas porque este tipo de estudio no las requiere.

RESULTADOS

Cuando analizamos los valores del Filtrado Glomerular en nuestros pacientes observamos que de los 100 pacientes incluidos el 32 % presentaron valores dentro del rango patológico. En sentido general predominaron los valores patológicos en los Diabéticos, seguido de los que tenían Diabetes e Hipertensión asociadas (Tabla 1).

De los 32 pacientes con Filtrado Glomerular patológico, predominaron los pertenecientes al sexo femenino con 20 (62,5 %). Se encontraban entre edades de 60 años y más el 78,1 % de ellos, y el resto entre 40 y 59 años.

Con relación a la raza, se observó un predominio de pacientes de la raza blanca con Filtrado Glomerular Patológico (60,5%).

Cuando relacionamos la presencia de Filtrado Glomerular Patológico con años de evolución por

patologías, se evidenció que predominan los que tienen 10 años, seguido de los de 20 y más con 43,7 y 21,9 % respectivamente.

Según el comportamiento por enfermedades llama la atención que ya el 47,6 % de los Hipertensos desarrollan la IRC a los 10 años de diagnóstico de su patología de base y en el caso de los Diabéticos e Hipertensos la cifra alcanza el 37,5 %.

Cuando relacionamos el tipo de tratamiento por patología de los pacientes portadores de IRC observamos que de forma general esta predomina en los que realizan tratamiento farmacológico (71,9 %) y el comportamiento por patología es similar en los Diabéticos y en los Diabéticos e Hipertensos (66,7 y 62,5 % respectivamente), para el caso de los Hipertensos los porcentajes son mayores (76,2%).

Cuando relacionamos el Filtrado patológico y la continuidad del tratamiento por patología, observamos que el 31,2 % de los portadores de IRC realizaban el tratamiento solo "A veces"

DISCUSIÓN

Datos actuales señalan que la Hipertensión Arterial es el factor de riesgo mayor modificable más prevalente después de los 45 años de edad, es ella la causa de numerosas enfermedades entre ellas la IRC^(5, 14, 15). Unido a esto se reconoce que la Diabetes Mellitus es una de las principales causas de esta entidad. La mayoría de los autores concuerdan en que la coexistencia de HTA y la DM constituyen un factor de riesgo adicional en la aceleración de las complicaciones vasculares⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

La HTA suele acompañarse o precede los trastornos del metabolismo de los glúcidos, si bien la DM duplica su riesgo de aparición; a la inversa, la HTA multiplica el riesgo de desarrollo de la DM tipo2⁽¹⁸⁾.

En estudio sobre Prevalencia de la Insuficiencia Renal Crónica realizados en nuestra Provincia se encontró un predominio de los pacientes comprendidos entre las edades de 51 a 60 años; seguidos por los pacientes mayores de 61 años⁽¹⁹⁾.

Otros autores plantean que la Insuficiencia Renal Crónica, en etapa avanzada es ligeramente más común en los hombres que en las mujeres. También se describe que las tres cuarta parte de los pacientes con insuficiencia Renal Crónica tiene 45 años o más, con un promedio de edad de 61 años^(16,20), lo cual coincide con los resultados obtenidos en nuestro trabajo.

Con relación al sexo, la incidencia de IRC es mayor en los hombres que en las mujeres (entre el 55 y 60 % de los pacientes son varones)⁽⁹⁾, aunque existe una tendencia al incremento en mujeres, lo cual puede estar en relación con el incremento de los factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en el sexo femenino, como por ejemplo la obesidad, el hábito de fumar y el sedentarismo.

Algunos autores plantean que resulta evidente que la IRC es más frecuente en la raza negra que en la blanca⁽⁵⁾, quizás aparejado a las complicaciones que sufren los pacientes hipertensos negros, donde la patología tiene mayor tendencia a la malignidad

Nuestros resultados se corresponden con otras investigaciones realizadas en nuestra provincia donde se plantea que el tiempo de evolución de la HTA se comporta como un factor que influye directamente en la aparición y desarrollo de complicaciones Crónicas, desarrollándose las cardiovasculares y la IRC en diferentes estadios de evolución⁽²⁰⁾.

En estudios realizados con nuestro país, la HTA con más de 10 años de evolución y la DM con una evolución entre 24 y 26 años y asociada a su vez a la HTA, constituyen uno de los factores más relevantes en el desarrollo de la IRC. Los resultados obtenidos en este sentido evidencian que quizás estudios de estas características pudieran comenzar a realizarse con menor tiempo de evolución de las patologías para llegar a diagnósticos aún más precoces.

No llevar a cabo medidas no farmacológicas puede estar implicado en la mayor prevalencia de IRC y en ello insistimos que los Médicos de la Atención Primaria de Salud juegan un rol primordial.

Resulta, además interesante que el 9,52 % de los Hipertensos que solo realizan tratamiento no

farmacológico ya ha desarrollado IRC, lo cual debe ser una alerta para individualizar y estratificar bien el tratamiento de este grupo de pacientes teniendo en cuenta todos los riesgos que puedan presentar, así como las futuras complicaciones.

Los resultados obtenidos con relación a la continuidad del tratamiento pudieran ser motivo de estudios posteriores por la influencia que puede tener en la progresión del daño renal.

Evidentemente existen deficiencias en cuanto al seguimiento adecuado de los factores de riesgo de Insuficiencia Renal Crónica en la población estudiada, se evidencian dificultades en el pesquiasaje de la Insuficiencia Renal Crónica, aunque están definidas las patologías que constituyen riesgo para su presentación y el Programa de Atención Integral a la Familia facilita la atención de estos grupos.

BIBLIOGRAFÍA

- Herrera Valdés R, Román Aldana W, Soto León L, Pérez-Oliva Díaz J, Gutiérrez Gutiérrez C, Lagomasino Rodríguez JM, et. al. Insuficiencia Renal Crónica. En: Arce Bostabad S, Bohoques Rodríguez R, Candebat Fernández O, Cuéllar Bernall C, Gutiérrez Gutiérrez C, Hernández Rodríguez M, et. al. Temas de Nefrología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1991. p. 3-33.
- González Pérez AL. Peritonitis Infecciosa en Diálisis Peritoneal Intermitente. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Nefrología 2001. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas.
- Martín de Francisco AL, Rodríguez Puyol D, Praga M. Nefrología Clínica. Madrid: Editorial Panamericana; 1997. p. 528-545.
- Levey AS. Nephrology forum: Measurement of renal function in chronic renal disease. *Kidney Int.* 1990; 38: 167-184.
- Programa para la detección y tratamiento temprano del paciente con insuficiencia renal crónica. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Atención Médica. 1999.
- Orta-Sibu, N. Aspectos epidemiológicos de insuficiencia renal crónica en los niños en países latinoamericanos. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría.* 1999; (131): 83.
- Gastelbondo R, Iragorri S, Pombo L, Cuervo E. Estado actual de la insuficiencia renal crónica en pediatría. En su: *Memorias 10º Congreso Colombiano de Nefrología e Hipertensión.* Medellín: Ed. Colombia; 1997. p. 9.
- Gastelbondo AR, Cano Guzmán AM. Guía de manejo conservador en niños con insuficiencia renal crónica. *Pediatría. Org of Soc Col Ped.* 1998; 33: 233-240.
- DeFronzo R.A. Diabetic nephropathy: Etiologic and therapeutic considerations. *Revista Diabetes.* 1995; 3: 510-564.
- Gutiérrez Gutiérrez C, Suárez Rodríguez JC. Nefropatía Diabética: prevención o retraso por el Médico General Integral versus lamentos del Nefrólogo. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1997; 131: 19-28.
- Teuma Cortés I, Taureaux Díaz N. Prevención de las enfermedades renales en la comunidad. En Alvarez Sintés R. *Temas de Medicina General Integral.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 61-759.
- Mange KC, Cizman B, Joffe M, Feldman HI. Arterial Hypertension and Renal Allograft Survival. *JAMA.* 2000; 283: 8-633.
- Mac Gregor JM. Insuficiencia Renal Crónica. *Med. Int. Mex.* 1997; 3: 2-22.
- Young CL, Gaston RS. Africans Americans and Renal Transplantation: Disproportionate need, limited. access and impaired outcomes. *AmjMed SW.* 2002; 3232: 94-9.
- Flores González J, Bell Heredia L. Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial-Acta Médica. 1997; 7: 122-32.
- Appel GB. Trastornos glomerulares. En: *Cecil Tratado de Medicina Interna.* 20ª ed. México: MC Graw – Hill Interamericana; 1998. p.652-62.

17. Kosek JW. Cross-Sectional study of health related quality of life in Africans Americans with chronic renal insufficiency: The African Americans study of Kindney disease and hypertension. *Am J Kindney Des.* 2002; 39: 144-56.

18. Landais P. Epidemiology of care demands. *Presse Med.* 2002; 31: 167-75.

19. Licea Puig ME, Singh Linares O, Smith Lemonta A, Martínez García R. Frecuencia, Características clínicas y resultados terapéuticos de la HTA en diabéticos tipo2. *Revista Cubana Endocrinol.* 2002; 13: 144-56.

20. Morales García H. Prevalencia de la Insuficiencia Renal Crónica en el Municipio de Aguada de Pasajeros. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas; 2001.

21. Ramírez Arteaga IM. Repercusión de la HTA sobre la Masa Miocárdica. Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Cienfuegos: Policlínico Docente Área V; 2002.

Tabla nº 1. Relación entre los diagnósticos clínicos de los pacientes estudiados y el resultado del Filtrado Glomerular.

Diagnóstico clínico	Filtrado				Total	
	Normal		Patológico		No	%
	No	%	No	%		
Hipertensión Arterial	55	72,4%	21	27,6%	76	100%
Diabetes Mellitus	2	40%	3	60%	5	100%
Hipertensión Arterial más Diabetes Mellitus	11	57,9%	8	42,1%	19	100%
Total	68	68%	32	32%	100	100%

n=100

Fuente. Encuestas.

ÁREA DOCENTE

Reflexiones sobre la elaboración de los nuevos planes de estudio en las Facultades de Medicina andaluzas

Bases para una alternativa

Gálvez Ibáñez M

Médico de Familia.

Profesor Asociado. Facultad de Medicina de Granada.

Master Internacional en Pedagogía Médica

“Hacer un nuevo plan de estudios no es (sólo) cuadrar un damero”

Por lo que se conoce hasta el momento la metodología seguida por las diferentes comisiones de estudios de las diferentes facultades de Medicina Andaluzas, ha consistido en:

Colocar la gran tarta (el conjunto de módulos y competencias contenidos en la orden de 13 de Febrero de 2008) en el centro de la mesa y dejar que las diferentes opciones departamentales luchan por conseguir la parte que mas les satisfaga. Se repite la experiencia de 2002 sin, aparentemente, pretender ningún avance.

Se ha entendido, porque así se ha querido (como demuestran otros planes de estudios), con rigidez, todas cuantas normas han llegado a las facultades:

- Modelo enseñanza aprendizaje: Gerona apuesta por el método basado en problemas.
- No rotatorio en sexto año sino integración de las prácticas y la teoría (Navarra). En ningún sitio –en ninguno- se dice que las prácticas tuteladas tengan que ser en sexto.
- Nº de horas de asignaturas optativas. Córdoba: 3, Navarra: 28, Granada: 12-15. Como se ve no es obligatorio que sea un número fijo.

Casi todo el trabajo ha consistido en el esfuerzo de armonizar, de consensuar un damero, como si todo el trabajo se redujera a resolver un gran *sudoku*.

Se han echado en falta mucha discusión previa que diera orden y armonía a un *nuevo* plan de estudios. No sólo se trataba de buscar acomodo temporal o departamental a las nuevas competencias contenidas en la orden que regula la formulación de los planes de estudios.

Reflexiones, consensos a alcanzar que deberían haber sido previos

(Para algunos de ellos se podría argüir que ya la elaboración del libro blanco incidió sobre esos puntos; pero lo que se echa en falta es, esa misma discusión previa en cada facultad).

- 1.- Reflexiones sobre el tipo de médico que precisa la sociedad actual y, muy especialmente, la sociedad futura. ¿Sólo conocimientos –incluso habilidades y actitudes- o habilidades para aprender y mantenerse actualizado? Formamos médicos para el futuro. El alumno debe dejar de ser visto como un estudiante y ser considerado un futuro médico, debemos imaginárnoslo ejerciendo la Medicina.
- 2.- Reflexiones sobre el qué deben aprender los futuros médicos (los actuales alumnos): contenidos versus métodos de acceso a la propia formación a lo largo de toda la vida profesional (*SELF DIRECTED LEARNING for LONG LIFE LEARNERS*)
- 3.- Reflexiones sobre los actores que deben definir el médico que debemos formar en el periodo de grado. No sólo los profesores deben ocuparse de ello. Faltan los residentes, los médicos jubila-

dos, las asociaciones de pacientes, las sociedades científicas, por citar sólo algunos.

4.- Falta una discusión sobre la *SOCIAL ACCOUNTABILITY*, el compromiso social de las facultades de Medicina, la obligación voluntariamente contraída de dar respuesta a las necesidades presentes y futuras de nuestra sociedad. ¿Qué espera la población de su facultad, de cada una en particular, cómo se integra cada facultad en el tejido social, cómo interactúa, cómo aprende de él y lo enriquece?

Ha sido lo más fácil aceptarse como una academia que en 6 años prepara a los alumnos para el MIR. Muchos profesores le han dicho a los alumnos *vosotros estudiad y aprobad que ya tendréis tiempo de aprender a ser médicos cuando aprobéis el MIR*. Y no se observan visos de que esto pueda cambiar, si no se lanzan mensajes claros a los alumnos, sobre un cambio de valores, de peso de lo que ahora se llaman *las prácticas* que pasarían a ser la piedra angular sobre la que se basa el aprendizaje y la evaluación (habría que subrayar evaluación ya que toda actividad humana es teleológica, tiende a un fin, por tanto el fin, los objetivos, los métodos de evaluación, su peso, deben quedar claros desde el principio).

Manteniendo un símil con la obtención del carnet de conducir, pareciera que las facultades se contentan con preparar a los alumnos para "el teórico".

5.- Falta una discusión previa sobre la articulación con el postgrado y la formación continuada (Desarrollo profesional continuo). Discusión sobre los contenidos y los niveles de complejidad (*CURRICULUM EN ESPIRAL*, o ¿cuánto, hasta dónde en cada competencia en cada momento del ciclo formativo? En Grado en nuestro caso.

¿Es preciso explicar todo con la misma gran profundidad a todos los futuros médicos (unos van a ser ginecólogos, otros oftalmólogos, otros traumatólogos, otros salubristas, etc.), la anatomía, la traumatología, la cirugía, al nivel que se enseña ahora?

¿No sería más rentable, no nos acercaría a una mayor efectividad del sistema formativo el invertir algo de tiempo en reflexionar sobre qué constituye el *core* el mínimo común denominador, el lenguaje común de todos los se van a llamar médicos? Las facultades más prestigiosas del mundo ya lo han hecho y algunas así ya producen excelentes médicos básicos (licenciados) en 4 años. Muchos niveles de alta complejidad, apto sólo para superespecialistas se han sacado de la formación de pregrado (ahora grado) y se han pasado a la formación de quién sí va a ser un especialista en esa materia concreta.

¿Qué no podríamos nosotros hacer con 6 años! Podría valorarse acortar la formación de postgrado en la mayoría de las especialidades con una formación de grado mas eficiente, con una definición mas clara de los objetivos docentes por nivel de complejidad. **VINCULACIÓN GRADO-POSTGRADO**

Los preparamos para un largo viaje, para toda una vida profesional, los contenidos son importantes, pero en la sociedad de la información en la que se deberán mover, el problema no será la escasez de la información, ¡sino el exceso de información!, hemos de estimular su mente creativa, abierta (la constante mas común en el futuro, aparente paradoja, tal vez sea: el cambio), debemos dotarlos con herramientas de búsqueda de la información mas relevante y de calidad (también estas herramientas van a cambiar), de la necesidad de mantenerse actualizados. *La misión del profesor / tutor no es satisfacer la curiosidad, sino estimularla.*

Desatención a lo relevante/probable versus menos relevante o mas improbable.

Desatención a la prevalencia. Se explica casi todo por igual, (lo superespecializado, lo improbable, junto y con la misma carga que lo común y prevalente): el esfenoides, el músculo ancóneo, las tesaurismosis lipídicas, las múltiples formas de intervenir una fractura de cadera, que la cavidad acetabular, el manguito de los rotadores, la diabetes, o los vendajes funcionales en el esguince de tobillo ¿se

explican los vendajes funcionales, los hacen los alumnos?

Nuestros alumnos suelen saber casi todo sobre los mecanismos intrínsecos en la diabetes, pero no sabrían instaurar el tratamiento en un diabético. Se le explica con igual intensidad la hidroclorotiazida que el nitroprusiato sódico.

Nuestros alumnos conocen la cantidad de megaelectronvoltios necesarios para hacer una radiografía, pero no saben identificar cada una de las sombras de la silueta cardiaca. Doy fe. Saben todo sobre la vía piramidal y extrapiramidal, pero no saben historiar una cefalea.

Desatención al aprendizaje y la evaluación del razonamiento clínico, la formación del clínico Bayesiano.

Mirada hacia lo pequeño

Hacia sistemas, aparatos, órganos, tejidos, células, organelas, proteínas, moléculas, partículas subatómicas. Cómo si los seres humanos no tuvieran la costumbre de unirse con otros para vivir, para solucionar y crearse problemas, en familia, en el trabajo, en la comunidad de vecinos, en una ciudad.... ¿No hay ahí causas de enfermedad y recursos para la curación y cuidados? ¿Qué aprenden nuestros alumnos de apoyo social (predice tanto o mas el reinfarto que los niveles de colesterol) de nociones básicas de sociología o antropología?

Modelos curriculares

El hablar de los nuevos métodos nos obligará a plantearnos los 3 niveles de integración del currículo:

a) Tal y como está (MODELO PARALELO). Primero una cosa, después la otra; lo aprobado, aprobado está y para siempre, no se vuelve excepto en escasas ocasiones sobre lo ya explicado. El saber se distribuye en

cajoncitos que son explicados, evaluados sin interacción con el resto de las materias. Arcaico modelo Flexneriano.

b) Integración por asignaturas, incluyendo clínicas-preclínicas (MODELO INTEGRADO)

c) MÉTODO BASADO EN PROBLEMAS, donde el aprendizaje se lleva a cabo desde el principio en contacto con la práctica profesional y el alumno aprende por descubrimiento -a partir de la práctica (problemas)- a integrar la citada complejidad de la práctica profesional, guiado por un tutor o grupo de tutores.

Debemos responder, elegir un modelo, antes de hablar de un nuevo plan de estudios.

Se olvida que una de las principales características de la memoria es el olvido. No aplicamos lo que científicamente ya se conoce que debemos hacer para pasar lo que ya se sabe, de la memoria inmediata a la memoria de trabajo, a la memoria a largo plazo. Nuestros alumnos son capaces de retener en su memoria inmediata altas dosis de nuevos conocimientos, para olvidarlos a continuación, por falta de uso, de sensación de utilidad. Se aprende haciendo, aprende el que hace, y se mantiene si se sigue haciendo.

Se estudia en el primer curso la anatomía del aparato locomotor y la traumatología en quinto ¿?

No contemplación de la transversalidad: todo son bloques cerrados de materias que se exponen en un tiempo determinado que un día se aprueban y aprobado queda para siempre. El ejemplo mas paradigmático es el de la comunicación. El alumno la aprueba, ya queda como competente en esa materia para siempre, como ya no tuviese nada que ver con algo más a lo largo de todo el currículo.

Desatención al *timing* al momento al que el alumno debe ser expuesto a la adquisición de una nueva competencia o grupo de ellas. De nuevo el ejemplo más paradigmático es la comunicación. En algunas facultades se coloca ¡en segundo y sólo en segundo!, cuando los alumnos aun no han tenido contacto con la clínica (en nuestro modelo de plan de estudios) y ya

nunca mas aparece. Nuestros alumnos van a quedar certificados como competentes en comunicación ya y para siempre, ¡en segundo!

No discusión sobre los métodos docentes, nada nos anima a pensar que no seguiremos, casi en exclusiva, con las clases magistrales a grandes grupos de alumnos como quintaesencia como vía para promover el aprendizaje de los alumnos.

¿Está el aprendizaje producido por la docencia?
¿Qué es la docencia?

Sistemas de evaluación

Hemos ya hablado aunque poco de los diferentes sistemas de evaluación ¿Cuánto hemos hablado de cuanto pesarán cada uno al evaluar a los alumnos? ¿Haremos ECOE's con escaso peso en la calificación? ¿Cuánto valen *las prácticas*? ¿No son, no deberían ser *las prácticas*, la práctica, el eje del aprendizaje? Pero claro esto implica muchas, muchas cosas, en especial un cambio en el peso de los actores que participan en promover el aprendizaje de los alumnos.

¿Para cuando la evaluación formativa en nuestras facultades de Medicina?

Otras consideraciones

Las enfermedades se explican una a una, cada uno las suyas. ¿No existe la co-morbilidad, el paciente pluripatológico, la polifarmacia? ¿Cómo manejarla?

Cada enfermedad se explica en su fase florida y hermosa. ¿Qué hay de su abordaje en sus estadios precoces?

¿Cómo se integra la prevención con la práctica asistencial?

¿Quién habla de la Adherencia al tratamiento, o a las recomendaciones preventivas, por parte de los pacientes? Parece que el trabajo del médico acaba con el hecho de comunicarle al paciente el tratamiento que debe seguir. Hemos de convenir, que la tuberculosis se curará, la hipertensión o

la diabetes se controlará no por el mágico hecho de la voz del médico, sino si el paciente sigue el tratamiento.

La Medicina de Familia

La Medicina de Familia no es una parte de la Medicina, es LA MEDICINA, la Medicina entera, ejercida allí donde la población lleva a cabo su vida cotidiana. Es un queso entero, no porciones de un queso, es la paella, no cada uno de los granos de arroz, si se nos permiten los símiles. Es el seguimiento de los pacientes a lo largo de sus vidas; es la atención teniendo en cuenta el contexto donde los seres humanos viven: su familia, su lugar de trabajo, su comunidad mas amplia, su "yo y sus circunstancias"; es la integración de la prevención y la asistencia; es LA MEDICINA humana y humanista, la medicina que se ocupa de los seres humanos en su integridad.

Y esa Medicina alcanza la relevancia de **un (1) crédito de 300** en alguno de nuestros ¿nuevos? planes de estudios. También, eso sí, se podrá ofrecer como una opcional de 3 horas y, cómo para hacer prácticas se la necesita ¿dónde va a meter la facultad a tantos alumnos rotando? y hay muchos médicos de familia, se le conceden 9 créditos o más, tal vez, si quisiéramos.

Reflexiones finales

Un día, hace unos 30 años, *la sociedad* no quiso que la Universidad, las facultades de Medicina, se hicieran cargo en España de la formación postgraduada de los médicos. Era el miedo a que el academicismo fuese incapaz de formar los profesionales que la sociedad necesitaba.

En 2002, se perdió la oportunidad. ¿Seguirán las facultades de Medicina en su autismo, ausentes a su necesidad de dar respuesta a la sociedad, a implicarse con ella liderándola, aportando iniciativas, atrayendo a los mejores? ¿Seguirán haciendo los planes de estudios los profesores, sólo los profesores, peleándose por ver quien se lleva cada trozo de la tarta o el trozo más grande de la tarta? ¿Qué significa llevarse un trozo más

grande de la tarta? ¿Quién mira por la tarta entera? ¿Quién tiene la visión global, de esta tarta y como se combina con las siguientes? ¿Quién quiere el liderazgo?

¿Se ha renunciado ya a estar en el postgrado? ¿Qué tal si de seguir así, un día, de nuevo *la sociedad* relega a las universidades públicas a su academicismo, al descrédito, y delega en otras instancias la formación que la sociedad del futuro necesita y lo hace de manera mucho mas eficiente?

Se perdió el postgrado, la formación de los especialistas.

¿Seguirán las facultades primando tan poco *la docencia*? ¿Cuáles han sido las discusiones sobre el aprendizaje? Sólo se habla de *enseñar*. ¿Quiénes han revisado las más modernas corrientes pedagógicas? Puede decirse con escaso miedo a equivocarse que nuestras facultades de Medicina son el peor ejemplo posible para reconocer modelos pedagógicos eficientes.

Sé que muchos argüirán, tras leer este artículo: *¿pero qué problema hay?*, veamos: a nuestras facultades de Medicina entran los alumnos con mejores expedientes, los mejores eligen Medicina. Y de ahí viene la confusión. Y es que trabajar con los 2 ó 3 mejores alumnos de cada clase, de los mejores institutos de toda Andalucía es co-ser y cantar, son los mejores, ellos corrigen cualquier error de enfoque. Con ellos vale casi cualquier cosa.

Al final los conocimientos deben integrarse en un cerebro según unos determinados esquemas profesionales (*scripts*) para que sean útiles. Daría casi igual que, a esos alumnos privilegiados intelectualmente, el primer día del primer año, les diéramos la relación de libros a estudiar en cada una de las asignaturas y las páginas web mas interesantes, y les dijéramos, *chicos/as, con esto no tendrán problemas en el MIR*. ¿Alguien tiene dudas de que la mayoría de ellos no necesitaría 6 años para eso?

¿Pero se trata de eso?

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de julio a 30 de septiembre de 2008)

Álvarez Rico F, Canalejo Echeverría A, Gálvez Alcaraz L, Manteca González A, Rodríguez Barrios R

Médicos de Familia

Los artículos, publicados entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2008, aparecen a continuación clasificados por ÁREAS DE INTERÉS, debajo de cada cual aparecen las reseñas bibliográficas correspondientes. Algunos artículos han sido clasificados bajo 2 ó más epígrafes.

La recopilación se ha extraído de la consulta a las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.

Entre corchetes, tras cada una de las referencias bibliográficas, aparece el tipo de estudio, según la clasificación que se expone a continuación y, separado por una coma, el grado de interés del artículo según la opinión del revisor.

TIPO DE ESTUDIO

- (AO) Artículo de opinión / editoriales / comentarios.
- (R) Revisiones no sistemáticas.
- (C) Cualitativo
- (T) Observacional descriptivo transversal
- (CC) Observacional analítico casos y controles
- (CE) Estudio de coste-efectividad
- (S) Observacional analítico de seguimiento / cohortes
- (QE) Quasi experimental
- (EP) Estudio probabilístico
- (EC) Experimental ensayo clínico
- (M) Metaanálisis y Revisiones Sistemáticas

ÁREAS DE INTERÉS:

MEDICINA DE FAMILIA/ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Incluye: APS/bases conceptuales, medicina de familia/profesión, ejercicio profesional, enfermería, trabajo social, trabajo en equipo, relaciones interniveles, psicología, sociología, antropología.

Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 1387-1395 [R,I]

Rust G, Ye J, Baltrus P, Daniels E, Adesunloye B, Fryer GE. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 1705-1710 [T,I]

Brugués A, Peris A, Martí L, Flores G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Aten Primaria.* 2008; 40: 387-391 [T,I]

Ballvé JL, Pujol G, Romaguera A, Bonet A, Rafecas M, Zarza E. Comunicación interna en atención primaria. *Aten Primaria.* 2008; 40: 401-406 [T,I]

Sumathipala A, Siribaddana S, De Silva P, Dewey M, Prince M et al. Cognitive-behavioural therapy v. structured care for medically unexplained symptoms: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2008; 193: 51-59 [EC,I]

Hixon AL, Maskarinec GC. The declaration of Alma Ata on its 30th anniversary: relevance for family medicine today. *Fam Med.* 2008; 40: 585-588 [AO,III]

Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al; European General Practice Research Network Burnout Study Group. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* 2008; 25: 245-265 [T,II]

Olde Hartman T, Hassink-Franke L, Dowrick C, Fortes S, Lam C, van der Horst H, et al. Medically unexplained symptoms in family medicine: defining a research agenda. *Proceedings from WONCA 2007.* *Fam Pract.* 2008; 25: 266-271 [C,I]

Soler JK, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Fam Pract.* 2008; 25: 312-317 [R,II]

Smits FT, Wittkampf KA, Schene AH, Bindels PJ, Van Weert HC. Interventions on frequent attenders in primary care. A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care.* 2008; 26: 111-116 [M,II]

Roksund G. Exciting times in Norwegian general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2008; 26: 132-134 [AO,I]

Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN. Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2008; 26: 174-180 [T,I]

RIESGO CARDIOVASCULAR. Incluye: tabaco, dislipemias, hipertensión, obesidad, ejercicio físico, nutrición / dietética.

- Ingelsson E, Gona P, Larson MG, Lloyd-Jones DM, Kannel WB, Vasani RS, et al. Altered blood pressure progression in the community and its relation to clinical events. *Arch Intern Med.* 2008; 168:1450-1457 [S,I]
- Landsberg L. Body fat distribution and cardiovascular risk: a tale of 2 sites. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 1607-1608 [AO,I]
- Stefan N, Kantartzis K, Machann J, Schick F, Thamer C, Rittig K, et al. Identification and characterization of metabolically benign obesity in humans. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 1609-1616 [T,I]
- Wildman RP, Muntner P, Reynolds K, McGinn AP, Rajpathak S, Wylie-Rosett J, et al. The obese without cardiometabolic risk factor clustering and the normal weight with cardiometabolic risk factor clustering: prevalence and correlates of 2 phenotypes among the US population (NHANES 1999-2004). *Arch Intern Med.* 2008; 168: 1617-1624 [T,I]
- Mataix J. Propuestas para una adecuada organización de la atención al tabaquismo y financiación de su tratamiento farmacológico. *Aten Primaria.* 2008; 40: 381-383 [AO,I]
- Swain S, Turner C, Tyrrell P, Rudd A; Guideline Development Group. Diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2008; 337: 786 [M,II]
- Rodgers H, Sudlow M. Commentary: Controversies in NICE guidance on acute stroke and transient ischaemic attack. *BMJ.* 2008; 337: 833 [AO,I]
- Bhatnagar D, Soran H, Durrington PN. Hypercholesterolaemia and its management. *BMJ.* 2008; 337: 993 [R,II]
- Wierzbicki AS, Humphries SE, Minhas R; Guideline Development Group. Familial hypercholesterolaemia: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2008; 337: 1095 [M,II]
- Wald D. Commentary: Controversies in NICE guidance on familial hypercholesterolaemia. *BMJ.* 2008; 337: 1304 [AO,I]
- Jackson R, Wells S, Rodgers A. Will screening individuals at high risk of cardiovascular events deliver large benefits? Yes. *BMJ.* 2008; 337: a1371 [R,II]
- Montalvo G, Avanzini F, Anselmi M, Prandi R, Ibarra S, Marquez M, et al. Diagnostic evaluation of people with hypertension in low income country: cohort study of "essential" method of risk stratification. *BMJ.* 2008; 337: a1387 [S,I]
- Capewell S. Will screening individuals at high risk of cardiovascular events deliver large benefits? No. *BMJ.* 2008; 337: a1395 [R,II]
- Buller H. A higher international normalized ratio may be better for your patient. *CMAJ.* 2008; 179: 217 [AO,I]
- Horwich TB, Fonarow GC. Measures of obesity and outcomes after myocardial infarction. *Circulation.* 2008; 118: 469-471 [AO,I]
- Zeller M, Steg PG, Ravisy J, Lorgis L, Laurent Y, Sicard P, et al; RICO Survey Working Group. Relation between body mass index, waist circumference, and death after acute myocardial infarction. *Circulation.* 2008; 118: 482-490 [T,I]
- Bluemke DA, Achenbach S, Budoff M, Gerber TC, Gersh B, Hillis LD, et al. Noninvasive coronary artery imaging: magnetic resonance angiography and multidetector computed tomography angiography: a scientific statement from the American Heart Association Committee on Cardiovascular Imaging and Intervention of the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, and the Councils on Clinical Cardiology and Cardiovascular Disease in the Young. *Circulation.* 2008; 118: 586-606 [M,II]
- Brown MJ. Aliskiren. *Circulation.* 2008; 118: 773-784 [AO,I]
- Mozaffarian D, Furberg CD, Psaty BM, Siscovick D. Physical activity and incidence of atrial fibrillation in older adults: the cardiovascular health study. *Circulation.* 2008; 118: 800-807 [S,I]
- Gorelick PB. Primary prevention of stroke: impact of healthy lifestyle. *Circulation.* 2008; 118: 904-906 [AO,I]
- Chiuve SE, Rexrode KM, Spiegelman D, Logroscino G, Manson JE, Rimm EB. Primary prevention of stroke by healthy lifestyle. *Circulation.* 2008; 118: 947-954 [S,I]
- Molenaar EA, Hwang SJ, Vasani RS, Grobbee DE, Meigs JB, D'Agostino RB Sr, et al. Burden and rates of treatment and control of cardiovascular disease risk factors in obesity: the Framingham Heart Study. *Diabetes Care.* 2008; 31: 1367-1372 [T,I]
- Gouni-Berthold I, Berthold HK, Mantzoros CS, Böhm M, Krone W. Sex disparities in the treatment and control of cardiovascular risk factors in type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2008; 31: 1389-1391 [T,I]
- Fox CS, Pencina MJ, Wilson PW, Paynter NP, Vasani RS, D'Agostino RB Sr. Lifetime risk of cardiovascular disease among individuals with and without diabetes stratified by obesity status in the Framingham heart study. *Diabetes Care.* 2008; 31: 1582-1584 [S,II]
- Ruggenenti P, Iliev I, Costa GM, Parvanova A, Perna A, Giuliano GA, et al; Bergamo Nephrologic Diabetes Complications Trial Study Group. Preventing left ventricular hypertrophy by ACE inhibition in hypertensive patients with type 2 diabetes: a prespecified analysis of the Bergamo Nephrologic Diabetes Complications Trial (BENEDICT). *Diabetes Care.* 2008; 31: 1629-1634 [S,I]
- Rao AD, Kuhadiya N, Reynolds K, Fonseca VA. Is the combination of sulfonyleureas and metformin associated with an increased risk of cardiovascular disease or all-cause mortality?: a meta-analysis of observational studies. *Diabetes Care.* 2008; 31: 1672-1678 [M,II]
- Kahn R, Robertson RM, Smith R, Eddy D. The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease. *Diabetes Care.* 2008; 31: 1686-1696 [CE,I]
- Neumann PJ, Cohen JT. Reducing cardiovascular disease: opportunities and consequences. *Diabetes Care.* 2008; 31: 1708-1709 [AO,I]
- Ford ES, Li C, Sattar N. Metabolic syndrome and incident diabetes: current state of the evidence. *Diabetes Care.* 2008; 31: 1898-1904 [M,II]
- Plosker GL, White WB. Telmisartan/Hydrochlorothiazide: a review of its use as fixed-dose combinations in essential hypertension. *Drugs.* 2008; 68: 1877-1899 [R,I]
- Knecht S, Oelschläger C, Duning T, Lohmann H, Albers J, Stehling C, et al. Atrial fibrillation in stroke-free patients is associated with memory impairment and hippocampal atrophy. *Eur Heart J.* 2008. [CC,I]

- Fowkes FG, Murray GD, Butcher I, Heald CL, Lee RJ, Chambless LE, et al. Ankle Brachial Index Collaboration. Ankle brachial index combined with Framingham Risk Score to predict cardiovascular events and mortality: a meta-analysis. *JAMA*. 2008; 300: 197-208 [M,II]
- Shah SJ, Gheorghiadu M. Heart failure with preserved ejection fraction: treat now by treating comorbidities. *JAMA*. 2008; 300: 431-433 [AO,I]
- Lind L. Apolipoprotein B/A1 and risk of cardiovascular disease. *Lancet*. 2008; 372: 185-186 [AO,I]
- Criqui MH, Golomb BA. Lipid lowering: what and when to monitor. *Lancet*. 2008; 372: 516-517 [AO,I]
- Mann JF, Schmieder RE, McQueen M, Dyal L, Schumacher H, Pogue J, et al; ONTARGET investigators. Renal outcomes with telmisartan, ramipril, or both, in people at high vascular risk (the ONTARGET study): a multicentre, randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet*. 2008; 372: 547-553 [EC,II]
- Reil JC, Böhm M. BEAUTIFUL results—the slower, the better? *Lancet*. 2008; 372: 779-780 [AO,I]
- Fox K, Ford I, Steg PG, Tendera M, Robertson M, Ferrari R; BEAUTIFUL investigators. Heart rate as a prognostic risk factor in patients with coronary artery disease and left-ventricular systolic dysfunction (BEAUTIFUL): a subgroup analysis of a randomised controlled trial. *Lancet*. 2008; 372: 817-821 [T,II]
- Williams B, Lindholm LH, Sever P. Systolic pressure is all that matters. *Lancet*. 2008; 371: 2219-2221 [AO,II]
- Graciani A, Zuluaga-Zuluaga MC, Banegas JR, León-Muñoz LM, de la Cruz JJ, Rodríguez-Artalejo F. Mortalidad cardiovascular atribuible a la presión arterial elevada en la población española de 50 años o más. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 125-129 [T,I]
- Núñez J, Mainar L, Bodí V, Sanchis J, Núñez E, Miñana G, et al. Valor pronóstico de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 161-166 [T,I]
- Delgado JF. Insuficiencia cardíaca con función sistólica normal: magnitud de un problema clínico. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 171-172 [AO,I]
- Soler MJ, Lloveras J, Batlle D. Enzima conversiva de la angiotensina 2 y su papel emergente en la regulación del sistema renina-angiotensina. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 230-236 [R,I]
- Galán A, Formiguera X, Rey-Joly C. Dimetilarginina asimétrica como marcador de riesgo cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 271-275 [R,I]
- Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Villar F, Banegas JR. Análisis crítico y propuestas de mejora de los sistemas de información sobre enfermedades cardiovasculares en España. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 302-311 [R,I]
- Marquez-Contreras E, de la Figuera M, Aguilera MT, Garrido J. Influencia de la medida correcta de la presión arterial en la toma de decisiones diagnósticas en la hipertensión arterial. Estudio MEDIDA. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 321-325 [S,I]
- Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Medida de la presión arterial y control de la hipertensión. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 339-340 [AO,I]
- Paramo JA, Orbe J, Belouqui O, Benito A, Rodríguez JA, Díez J. Asociación de marcadores inflamatorios y aterosclerosis subclínica en relación con la edad en sujetos sin enfermedad cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 361-366 [T,I]
- García-Moll X. Marcadores de inflamación, función endotelial, edad e índice de masa corporal en personas sin enfermedad cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 378-380 [AO,I]
- Ascaso JF. Obesidad abdominal, resistencia a la insulina y riesgo metabólico y vascular. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 380-381 [AO,I]
- Gray A, Goodacre S, Newby DE, Masson M, Sampson F, Nicholl J; 3CPO Trialists. Noninvasive ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema. *N Engl J Med*. 2008; 359: 142-151 [EC,II]
- Peterson ED, Rumsfeld JS. Finding the courage to reconsider medical therapy for stable angina. *N Engl J Med*. 2008; 359: 751-753 [AO,I]
- Alegria E, Castellano JM, Alegria A. Obesidad, síndrome metabólico y diabetes: implicaciones cardiovasculares y actuación terapéutica. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61: 752-764 [R,I]
- González-Juanatey JR, Mazón P. Prevención primaria farmacológica en hipertensión arterial y dislipemias. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61: 861-879 [R,II]
- Björkelund C, Andersson-Hänge D, Andersson K, Bengtsson C, Blomstrand A, Bondyr-Carlsson D, et al. Secular trends in cardiovascular risk factors with a 36-year perspective: observations from 38- and 50-year-olds in the Population Study of Women in Gothenburg. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26: 140-146 [S,II]
- De Ruijter W, Assendelft WJ, Macfarlane PW, Westendorp RG, Gussekloo J. The additional value of routine electrocardiograms in cardiovascular risk management of older people. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26: 147-153 [S,I]
- Midlöv P, Ekesbo R, Johansson L, Gerward S, Persson K, Nerbrand C, et al. Barriers to adherence to hypertension guidelines among GPs in southern Sweden: a survey. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26: 154-159 [T,I]

DIABETES

- Feinglos MN, Totten SE. Are you what you eat, or how much you eat? The case of type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1485-1486 [AO,I]
- Palmer JR, Boggs DA, Krishnan S, Hu FB, Singer M, Rosenberg L. Sugar-sweetened beverages and incidence of type 2 diabetes mellitus in African American women. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1487-1492 [S,I]
- Crawford F. How can we best prevent new foot ulcers in people with diabetes? *BMJ*. 2008; 337: 1234 [AO,I]
- Feig DS, Zinman B, Wang X, Hux JE. Risk of development of diabetes mellitus after diagnosis of gestational diabetes. *CMAJ*. 2008; 179: 229-234 [S,I]
- Ghanassia E, Villon L, Thuan Dit Dieuonné JF, Boegner C, Avignon A, Sultan A. Long-term outcome and disability of diabetic patients hospitalized for diabetic foot ulcers: a 6.5-year follow-up study. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1288-1292 [S,I]

- Bergenstal RM, Johnson M, Powers MA, Wynne A, Vlahjin A, Hollander P, et al. Adjust to target in type 2 diabetes: comparison of a simple algorithm with carbohydrate counting for adjustment of mealtime insulin glulisine. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1305-1310 [EC,I]
- Bazzano LA, Li TY, Joshipura KJ, Hu FB. Intake of fruit, vegetables, and fruit juices and risk of diabetes in women. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1311-1317 [S,I]
- Gouni-Berthold I, Berthold HK, Mantzoros CS, Böhm M, Krone W. Sex disparities in the treatment and control of cardiovascular risk factors in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1389-1391 [T,I]
- Perreault L, Ma Y, Dagogo-Jack S, Horton E, Marrero D, Crandall J, et al; Diabetes Prevention Program. Sex differences in diabetes risk and the effect of intensive lifestyle modification in the diabetes prevention program. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1416-1421 [S,I]
- Bloomgarden ZT. Approaches to treatment of pre-diabetes and obesity and promising new approaches to type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1461-1466 [AO,I]
- Nathan DM, Kuenen J, Borg R, Zheng H, Schoenfeld D, Heine RJ; A1c-Derived Average Glucose Study Group. Translating the A1C assay into estimated average glucose values. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1473-1478 [T,I]
- Gaede P, Valentine WJ, Palmer AJ, Tucker DM, Lammert M, Parving HH, et al. Cost-effectiveness of intensified versus conventional multifactorial intervention in type 2 diabetes: results and projections from the Steno-2 study. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1510-1515 [CE,II]
- Fox CS, Pencina MJ, Wilson PW, Paynter NP, Vasan RS, D'Agostino RB Sr. Lifetime risk of cardiovascular disease among individuals with and without diabetes stratified by obesity status in the Framingham heart study. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1582-1584 [S,II]
- Ruggenenti P, Iliev I, Costa GM, Parvanova A, Perna A, Giuliano GA, et al; Bergamo Nephrologic Diabetes Complications Trial Study Group. Preventing left ventricular hypertrophy by ACE inhibition in hypertensive patients with type 2 diabetes: a prespecified analysis of the Bergamo Nephrologic Diabetes Complications Trial (BENEDICT). *Diabetes Care*. 2008; 31: 1629-1634 [S,I]
- Rao AD, Kuhadiya N, Reynolds K, Fonseca VA. Is the combination of sulfonyleureas and metformin associated with an increased risk of cardiovascular disease or all-cause mortality?: a meta-analysis of observational studies. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1672-1678 [M,I]
- Boulton AJ, Armstrong DG, Albert SF, Frykberg RG, Hellman R, Kirkman MS, et al; American Diabetes Association; American Association of Clinical Endocrinologists. Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the task force of the foot care interest group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1679-1685 [M,II]
- Ruggenenti P, Iliev I, Costa GM, Parvanova A, Perna A, Giuliano GA, et al; Bergamo Nephrologic Diabetes Complications Trial Study Group. Preventing left ventricular hypertrophy by ACE inhibition in hypertensive patients with type 2 diabetes: a prespecified analysis of the Bergamo Nephrologic Diabetes Complications Trial (BENEDICT). *Diabetes Care*. 2008; 31: 1629-1634 [S,I]
- Kahn R, Fonseca V. Translating the A1C Assay. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1704-1707 [AO,I]
- Ford ES, Li C, Sattar N. Metabolic syndrome and incident diabetes: current state of the evidence. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1898-1904 [M,II]
- Charlton J, Latinovic R, Gulliford MC. Explaining the decline in early mortality in men and women with type 2 diabetes: a population-based cohort study. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1761-1766 [S,II]
- Wee CC, Hamel MB, Huang A, Davis RB, Mittleman MA, McCarthy EP. Obesity and undiagnosed diabetes in the U.S. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1813-1815 [T,I]
- Mingrone G, Manco M, Mora ME, Guidone C, Iaconelli A, Gniuli D, et al. Influence of maternal obesity on insulin sensitivity and secretion in offspring. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1872-1876 [CC,I]
- Bloomgarden ZT. Glycemic control in diabetes: a tale of three studies. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1913-1919 [AO,II]
- Brotans C, de la Figuera M, Franch J, Aristegui I, Rodriguez R, Garcia M, et al. Predicción de la glucemia basal alterada y resistencia a la insulina mediante el uso de medidas antropométricas de adiposidad central: estudio PRED-IR. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 366-370 [T,I]
- Ascaso JF. Obesidad abdominal, resistencia a la insulina y riesgo metabólico y vascular. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 380-381 [AO,I]
- Goldfine AB. Assessing the cardiovascular safety of diabetes therapies. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1092-1095 [AO,II]
- Alegria E, Castellano JM, Alegria A. Obesidad, síndrome metabólico y diabetes: implicaciones cardiovasculares y actuación terapéutica. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61: 752-764 [R,I]

CÁNCER. Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.

- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2008; 149: 185-191 [M,II]
- Lin K, Lipsitz R, Miller T, Janakiraman S; U.S. Preventive Services Task Force. Benefits and harms of prostate-specific antigen screening for prostate cancer: an evidence update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2008; 149: 192-199 [M,II]
- Barreiro E. EPOC y cáncer de pulmón. *Arch Bronconeumol*. 2008; 44: 399-401 [AO,I]
- Hoy SM, Keating GM. Fentanyl transdermal matrix patch (Durotep(R)) MT Patch; Durogesic(R) DTrans(R); Durogesic(R) SMAT: in adults with cancer-related pain. *Drugs*. 2008; 68: 1711-1721 [R,I]
- Moen MD, Keating GM. Raloxifene: a review of its use in the prevention of invasive breast cancer. *Drugs*. 2008; 68: 2059-2083 [R,I]
- Pascoe SW, Neal RD, Heywood PL, Allgar VL, Miles JN, Stefoski-Mikeljevic J. Identifying patients with a cancer diagnosis

using general practice medical records and Cancer Registry data. *Fam Pract.* 2008; 25: 215-220 [S,I]

Talley NJ. Is it time to screen and treat *H pylori* to prevent gastric cancer? *Lancet.* 2008; 372: 350-352 [AO,I]

INFECCIOSAS. Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.

Lin K, Fajardo K; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2008; 149: W20-W24 [M,II]

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2008; 149: 43-47 [M,II]

Olde Hartman TC, van Rijswijk E. Fungal nail infection. *BMJ.* 2008; 337: 429 [R,I]

Fuccio L, Laterza L, Zagari RM, Cennamo V, Grilli D, Bazzoli F. Treatment of *Helicobacter pylori* infection. *BMJ.* 2008; 337: a1454 [R,II]

Das Neves J, Pinto E, Teixeira B, Dias G, Rocha P, Cunha T, et al. Local treatment of vulvovaginal candidosis : general and practical considerations. *Drugs.* 2008; 68: 1787-1802 [R,I]

Dimopoulos G, Matthaiou DK, Karageorgopoulos DE, Grammatikos AP, Athanassa Z, Falagas ME. Short- versus long-course antibacterial therapy for community-acquired pneumonia : a meta-analysis. *Drugs.* 2008; 68: 1841-1854 [M,II]

Hammer SM, Eron JJ Jr, Reiss P, Schooley RT, Thompson MA, Walmsley S, et al; International AIDS Society-USA. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA.* 2008; 300: 555-570 [M,II]

Burris S, Cameron E. The case against criminalization of HIV transmission. *JAMA.* 2008; 300: 578-581 [AO,II]

Osborn JE. The past, present, and future of AIDS. *JAMA.* 2008; 300: 581-583 [AO,I]

Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. *Lancet.* 2008; 372: 764-775 [R,II]

Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet.* 2008; 372: 669-684 [R,II]

Torres A, Menéndez R. Decisión de ingreso hospitalario en la neumonía adquirida en la comunidad. *Med Clin (Barc).* 2008; 131: 216-217 [AO,II]

Casabona J ¿Es aún pertinente el seguimiento de la prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la población centinela de mujeres embarazadas? *Med Clin (Barc).* 2008; 131: 253-256 [AO,II]

Sliedrecht A, den Elzen WP, Verheij TJ, Westendorp RG, Gussekloo J. Incidence and predictive factors of lower respiratory tract infections among the very elderly in the general

population. The Leiden 85-plus Study. *Thorax.* 2008; 63: 817-822 [S,I]

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA

Barreiro E. EPOC y cáncer de pulmón. *Arch Bronconeumol.* 2008; 44: 399-401 [AO,I]

Lyseng-Williamson KA, Simpson D. Budesonide/Formoterol pressurized metered-dose inhaler. *Drugs.* 2008; 68: 1855-1864 [R,I]

Tashkin DP, Rennard SI, Martin P, Ramachandran S, Martin UJ, Silkoff PE, et al. Efficacy and safety of budesonide and formoterol in one pressurized metered-dose inhaler in patients with moderate to very severe chronic obstructive pulmonary disease : results of a 6-month randomized clinical trial. *Drugs.* 2008; 68: 1975-2000 [EC,I]

Singh S, Loke YK, Furberg CD. Inhaled anticholinergics and risk of major adverse cardiovascular events in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2008; 300: 1439-1450 [M,I]

Asthma: still more questions than answers. *Lancet.* 2008; 372: 1009 [AO,I]

Barr RG. Does paracetamol cause asthma in children? Time to remove the guesswork. *Lancet.* 2008; 372: 1011-1012 [AO,I]

Von Mutius E. Rhinitis as predictor of adult-onset asthma. *Lancet.* 2008; 372: 1012-1014 [AO,I]

Lau S. Transition from childhood to adult asthma. *Lancet.* 2008; 372: 1014-1015 [AO,I]

Shaaban R, Zureik M, Soussan D, Neukirch C, Heinrich J, Sunyer J, et al. Rhinitis and onset of asthma: a longitudinal population-based study. *Lancet.* 2008; 372: 1049-1057 [S,I]

Stern DA, Morgan WJ, Halonen M, Wright AL, Martinez FD. Wheezing and bronchial hyper-responsiveness in early childhood as predictors of newly diagnosed asthma in early adulthood: a longitudinal birth-cohort study. *Lancet.* 2008; 372: 1058-1064 [S,I]

Sykes A, Seemungal T; ICEAD contributors. Recent advances in exacerbations of asthma. *Thorax.* 2008; 63: 758-760 [AO,I]

Bourbeau J, Bartlett SJ. Patient adherence in COPD. *Thorax.* 2008; 63: 831-838 [R,I]

SALUD MENTAL. Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).

West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 1441-1449 [T,I]

Tsapakis EM, Soldani F, Tondo L, Baldessarini RJ. Efficacy of antidepressants in juvenile depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2008; 193: 10-17 [R,I]

Sumathipala A, Siribaddana S, De Silva P, Dewey M, Prince M, et al. Cognitive-behavioural therapy v. structured care for medically unexplained symptoms: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2008; 193: 51-59 [EC,I]

- Kaltenthaler E, Parry G, Beverley C, Ferriter M. Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2008; 193: 181-184 [M,I]
- Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. *BMJ*. 2008; 337: 736 [R,I]
- Hegarty K, Taft A, Feder G. Violence between intimate partners: working with the whole family. *BMJ*. 2008; 337: 839 [R,II]
- Kendall T, Taylor E, Perez A, Taylor C; Guideline Development Group. Diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children, young people, and adults: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008; 337: a1239 [M,II]
- Thompson A. Commentary: Controversies in NICE guidance on attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMJ*. 2008; 337: a1466 [AO,I]
- Schoevers RA, Van HL, Koppelmans V, Kool S, Dekker JJ. Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. *Drugs*. 2008; 68: 1621-1634 [R,I]
- Barrio G, Llorens N. El cielo revuelto del cannabis: ¿hay nueces para tanto ruido? *Gac Sanit*. 2008; 22: 297-299 [AO,I]
- Glass RM. Psychodynamic psychotherapy and research evidence: Bambi survives Godzilla? *JAMA*. 2008; 300: 1587-1589 [AO,I]
- Logsdon RG. Dementia: psychosocial interventions for family caregivers. *Lancet*. 2008; 372: 182-183 [AO,II]
- Larson EB, Langa KM. The rising tide of dementia worldwide. *Lancet*. 2008; 372: 430-432 [AO,I]
- Anton RF. Naltrexone for the management of alcohol dependence. *N Engl J Med*. 2008; 359: 715-721 [AO,I]
- SALUD LABORAL**
- García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. *Aten Primaria*. 2008; 40: 439-445 [T,I]
- Castejón J. Comentario: Enfermedades relacionadas con el trabajo: ¿un reto para la atención primaria? *Aten Primaria*. 2008; 40: 445-446 [AO,I]
- Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al; European General Practice Research Network Burnout Study Group. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008; 25: 245-265 [T,II]
- Escribà-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit*. 2008; 22: 300-308 [T,I]
- Salvans MM, Gonzalez-Viejo MA. Incapacidad laboral por dolor lumbar en España de 2000 a 2004. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 319-319 [AO,I]
- ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES**
- Hamel MB, Toth M, Legedza A, Rosen MP. Joint replacement surgery in elderly patients with severe osteoarthritis of the hip or knee: decision making, postoperative recovery, and clinical outcomes. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1430-1440 [S,I]
- Tan ZS, Beiser A, Vasan RS, Au R, Auerbach S, Kiel DP, et al. Thyroid function and the risk of Alzheimer disease: the Framingham Study. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1514-1520 [S,I]
- Quintana JM, Arostegui I, Escobar A, Azkarate J, Goenaga JJ, Lafuente I. Prevalence of knee and hip osteoarthritis and the appropriateness of joint replacement in an older population. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1576-1584 [T,I]
- Stefan N, Kantartzis K, Machann J, Schick F, Thamer C, Rittig K, et al. Identification and characterization of metabolically benign obesity in humans. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1609-1616 [T,I]
- Wildman RP, Muntner P, Reynolds K, McGinn AP, Rajpathak S, Wylie-Rosett J, et al. The obese without cardiometabolic risk factor clustering and the normal weight with cardiometabolic risk factor clustering: prevalence and correlates of 2 phenotypes among the US population (NHANES 1999-2004). *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1617-1624 [T,I]
- Luque MJ, Leiva F, Palma S, Segura N, Ruiz JM, García A. Eficacia de una intervención terapéutica sobre el exceso de peso en atención primaria. *Aten Primaria*. 2008; 40: 407-412 [EC,I]
- Vaidya B, Pearce SH. Management of hypothyroidism in adults. *BMJ*. 2008; 337: 801 [R,I]
- Van Tulder M. Conservative non-pharmacological treatment for chronic low back pain. *BMJ*. 2008; 337: 974 [AO,I]
- Pham CB, Shaughnessy AF. Should we treat subclinical hypothyroidism? *BMJ*. 2008; 337: 834 [R,I]
- Zagari RM, Fuccio L, Bazzoli F. Investigating dyspepsia. *BMJ*. 2008; 337: a1400 [R,I]
- Fuccio L, Laterza L, Zagari RM, Cennamo V, Grilli D, Bazzoli F. Treatment of *Helicobacter pylori* infection. *BMJ*. 2008; 337: a1454 [R,II]
- Baldwin CM, Scott LJ. Mometasone furoate: a review of its intranasal use in allergic rhinitis. *Drugs*. 2008; 68: 1723-1739 [R,I]
- Johannessen LC, Johannessen SI. Pharmacological management of epilepsy: recent advances and future prospects. *Drugs*. 2008; 68: 1925-1939 [R,I]
- Tzotzas T, Papazisis K, Perros P, Krassas GE. Use of somatostatin analogues in obesity. *Drugs*. 2008; 68: 1963-1973 [R,I]
- Awadalla F, Rosenbaum DA, Camacho F, Fleischer AB, Feldman SR. Dermatologic disease in family medicine. *Fam Med*. 2008; 40: 507-511 [T,I]
- Williams EJ, Green J, Beekingham I, Parks R, Martin D, Lombard M; British Society of Gastroenterology. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDStones). *Gut*. 2008; 57: 1004-1021 [M,II]
- St George-Hyslop PH, Morris JC. Will anti-amyloid therapies work for Alzheimer's disease? *Lancet*. 2008; 372: 180-182 [AO,I]
- Cea-Calvo L, Moreno B, Monereo S, Gil-Guillén V, Lozano JV, Martí-Canales JC, et al; on behalf of the investigators of PREV-ICTUS Study. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en

población española de 60 años o más y factores relacionados. Estudio PREV-ICTUS. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 205-210 [T,I]

Salvans MM, Gonzalez-Viejo MA. Incapacidad laboral por dolor lumbar en España de 2000 a 2004. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 319-319 [AO,I]

Singer AJ, Dagum AB. Current management of acute cutaneous wounds. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1037-1046 [R,I]

MEDIOS DIAGNÓSTICOS

Bluemke DA, Achenbach S, Budoff M, Gerber TC, Gersh B, Hillis LD, et al. Noninvasive coronary artery imaging: magnetic resonance angiography and multidetector computed tomography angiography: a scientific statement from the american heart association committee on cardiovascular imaging and intervention of the council on cardiovascular radiology and intervention, and the councils on clinical cardiology and cardiovascular disease in the young. *Circulation*. 2008; 118: 586-606 [M,II]

Galán A, Formiguera X, Rey-Joly C. Dimetilarginina asimétrica como marcador de riesgo cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 271-275 [R,I]

Marquez-Contreras E, de la Figuera M, Aguilera MT, Garrido J. Influencia de la medida correcta de la presión arterial en la toma de decisiones diagnósticas en la hipertensión arterial. Estudio MEDIDA. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 321-325 [S,I]

Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. Medida de la presión arterial y control de la hipertensión. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 339-340 [AO,I]

Paramo JA, Orbe J, Beloqui O, Benito A, Rodriguez JA, Diez J. Asociación de marcadores inflamatorios y aterosclerosis subclínica en relación con la edad en sujetos sin enfermedad cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 361-366 [T,I]

Garcia-Moll X. Marcadores de inflamación, función endotelial, edad e índice de masa corporal en personas sin enfermedad cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 378-380 [AO,I]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Tsapakis EM, Soldani F, Tondo L, Baldessarini RJ. Efficacy of antidepressants in juvenile depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2008; 193: 10-17 [R,I]

Harnden A. Antipyretic treatment for feverish young children in primary care. *BMJ*. 2008; 337: a1409 [AO,I]

Thompson A. Commentary: Controversies in NICE guidance on attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMJ*. 2008; 337: a1466 [AO,I]

Kendall T, Taylor E, Perez A, Taylor C; Guideline Development Group. Diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children, young people, and adults: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008; 337: a1239 [M,II]

Hay AD, Costelloe C, Redmond NM, Montgomery AA, Fletcher M, Hollinghurst S, et al. Paracetamol plus ibuprofen for the treatment of fever in children (PITCH): randomised controlled trial. *BMJ*. 2008; 337: a1302 [EC,II]

Hollinghurst S, Redmond N, Costelloe C, Montgomery A, Fletcher M, Peters TJ, et al. Paracetamol plus ibuprofen for the treatment of fever in children (PITCH): economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ*. 2008; 337: a1490 [CE,I]

Statins for children? *Lancet*. 2008; 372: 178 [AO,I]

Barr RG. Does paracetamol cause asthma in children? Time to remove the guesswork. *Lancet*. 2008; 372: 1011-1012 [AO,I]

Von Mutius E. Rhinitis as predictor of adult-onset asthma. *Lancet*. 2008; 372: 1012-1014 [AO,I]

Lau S. Transition from childhood to adult asthma. *Lancet*. 2008; 372: 1014-1015 [AO,I]

Beasley R, Clayton T, Crane J, von Mutius E, Lai CK, Montefort S, et al; ISAAC Phase Three Study Group. Association between paracetamol use in infancy and childhood, and risk of asthma, rhinoconjunctivitis, and eczema in children aged 6-7 years: analysis from Phase Three of the ISAAC programme. *Lancet*. 2008; 372: 1039-1048 [T,I]

Shaaban R, Zureik M, Soussan D, Neukirch C, Heinrich J, Sunyer J, et al. Rhinitis and onset of asthma: a longitudinal population-based study. *Lancet*. 2008; 372: 1049-1057 [S,I]

Stern DA, Morgan WJ, Halonen M, Wright AL, Martinez FD. Wheezing and bronchial hyper-responsiveness in early childhood as predictors of newly diagnosed asthma in early adulthood: a longitudinal birth-cohort study. *Lancet*. 2008; 372: 1058-1064 [S,I]

De Ferranti S, Ludwig DS. Storm over statins—the controversy surrounding pharmacologic treatment of children. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1309-1312 [AO,II]

MUJER Y SALUD. Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina.

Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. *BMJ*. 2008; 337: 736 [R,I]

Casabona J ¿Es aún pertinente el seguimiento de la prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la población centinela de mujeres embarazadas? *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 253-256 [AO,II]

Cummings SR, Ettinger B, Delmas PD, Kenemans P, Stathopoulos V, Verweij P, et al; LIFT Trial Investigators. The effects of tibolone in older postmenopausal women. *N Engl J Med*. 2008; 359: 697-708 [EC,II]

El-Hajj Fuleihan G. Tibolone and the promise of ideal hormone-replacement therapy. *N Engl J Med*. 2008; 359: 753-755 [AO,II]

ANCIANOS

Boult C, Christmas C, Durso SC, Leff B, Boult LB, Fried LP. Perspective: transforming chronic care for older persons. *Acad Med*. 2008; 83: 627-631 [R,II]

Lee SJ, Go AS, Lindquist K, Bertenthal D, Covinsky KE. Chronic conditions and mortality among the oldest old. *Am J Public Health*. 2008; 98: 1209-1214 [T,I]

- Crooks VC, Lubben J, Petitti DB, Little D, Chiu V. Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *Am J Public Health*. 2008; 98: 1221-1227 [S,I]
- Niitilä E, Martikainen P. Institutionalization of older adults after the death of a spouse. *Am J Public Health*. 2008; 98: 1228-1234 [S,I]
- Hamel MB, Toth M, Legedza A, Rosen MP. Joint replacement surgery in elderly patients with severe osteoarthritis of the hip or knee: decision making, postoperative recovery, and clinical outcomes. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1430-1440 [S,I]
- Quintana JM, Arostegui I, Escobar A, Azkarate J, Goenaga JI, Lafuente I. Prevalence of knee and hip osteoarthritis and the appropriateness of joint replacement in an older population. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1576-1584 [T,I]
- Ceresuela A, Lorente T, Abad JM, Rodríguez B, Rubio S. Validez predictiva de mortalidad del cuestionario de calidad de vida en ancianos. *Aten Primaria*. 2008; 40: 463-468 [S,I]
- Eikelboom JW, O'Donnell M. Using aspirin to prevent cognitive decline. *BMJ*. 2008; 337: 958 [AO,I]
- Price JF, Stewart MC, Deary IJ, Murray GD, Sandercock P, Butcher I, et al; AAA Trialists. Low dose aspirin and cognitive function in middle aged to elderly adults: randomised controlled trial. *BMJ*. 2008; 337: 1198 [EC,I]
- Mozaffarian D, Furberg CD, Psaty BM, Siscovick D. Physical activity and incidence of atrial fibrillation in older adults: the cardiovascular health study. *Circulation* 2008; 118: 800-807 [S,I]
- Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Foster JK, van Bockxmeer FM, Xiao J, et al. Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA*. 2008; 300: 1027-1037 [EC,I]
- Larson EB. Physical activity for older adults at risk for Alzheimer disease. *JAMA*. 2008; 300: 1077-1079 [AO,I]
- Brekke M, Rognstad S, Straand J, Furu K, Gjelstad S, Bjørner T, et al. Pharmacologically inappropriate prescriptions for elderly patients in general practice: How common? Baseline data from The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study. *Scand J Prim Health Care*. 2008 ;26: 80-85 [T,II]
- De Ruijter W, Assendelft WJ, Macfarlane PW, Westendorp RG, Gusselkoo J. The additional value of routine electrocardiograms in cardiovascular risk management of older people. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26: 147-153 [S,I]
- Sliedrecht A, den Elzen WP, Verheij TJ, Westendorp RG, Gusselkoo J. Incidence and predictive factors of lower respiratory tract infections among the very elderly in the general population. The Leiden 85-plus Study. *Thorax*. 2008; 63: 817-822 [S,I]
- URGENCIAS Y EMERGENCIAS**
- Sasson C, Hegg AJ, Macy M, Park A, Kellermann A, McNally B; CARES Surveillance Group. Prehospital termination of resuscitation in cases of refractory out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*. 2008; 300: 1432-1438 [S,II]
- Sanders AB, Kern KB. Surviving cardiac arrest: location, location, location. *JAMA*. 2008; 300: 1462-1463 [AO,II]
- Gueugniaud PY, David JS, Chanzy E, Hubert H, Dubien PY, Mauriaucourt P, et al. Vasopressin and epinephrine vs. epinephrine alone in cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 2008; 359: 21-30 [EC,I]
- Gray A, Goodacre S, Newby DE, Masson M, Sampson F, Nicholl J; 3CPO Trialists. Noninvasive ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema. *N Engl J Med* 2008 ;359:142-151 [EC,II]
- Lyden P. Thrombolytic therapy for acute stroke—not a moment to lose. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1393-1395 [AO,II]
- TERAPÉUTICA:** Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.
- Saini SD, Schoenfeld P, Fendrick AM, Scheiman J. Cost-effectiveness of proton pump inhibitor cotherapy in patients taking long-term, low-dose aspirin for secondary cardiovascular prevention. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1684-1690 [CE,I]
- Rodríguez MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40: 413-418 [R,I]
- Tsapakis EM, Soldani F, Tondo L, Baldessarini RJ. Efficacy of antidepressants in juvenile depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2008; 193: 10-17 [R,I]
- Van Tulder M. Conservative non-pharmacological treatment for chronic low back pain. *BMJ*. 2008; 337: 974 [AO,I]
- Richards JB, Goltzman D. Proton pump inhibitors: balancing the benefits and potential fracture risks. *CMAJ*. 2008; 179: 306-307 [AO,I]
- Targownik LE, Lix LM, Metge CJ, Prior HJ, Leung S, Leslie WD. Use of proton pump inhibitors and risk of osteoporosis-related fractures. *CMAJ*. 2008; 179: 319-326 [S,I]
- Brown MJ. Aliskiren. *Circulation* 2008; 118: 773-784 [AO,I]
- Rao AD, Kuhadiya N, Reynolds K, Fonseca VA. Is the combination of sulfonylureas and metformin associated with an increased risk of cardiovascular disease or all-cause mortality?: a meta-analysis of observational studies. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1672-1678 [M,I]
- Baldwin CM, Scott LJ. Mometasone furoate : a review of its intranasal use in allergic rhinitis. *Drugs*. 2008; 68: 1723-1739 [R,I]
- Hoy SM, Keating GM. Fentanyl transdermal matrix patch (Durotep((R)) MT Patch; Durogesic((R)) DTrans((R)); Durogesic((R)) SMAT): in adults with cancer-related pain. *Drugs*. 2008; 68: 1711-1721 [R,I]
- Dimopoulos G, Matthaïou DK, Karageorgopoulos DE, Grammatikos AP, Athanassa Z, Falagas ME. Short- versus long-course antibacterial therapy for community-acquired pneumonia : a meta-analysis. *Drugs*. 2008; 68: 1841-1854 [M,II]
- Lyseng-Williamson KA, Simpson D. Budesonide/Formoterol pressurized metered-dose inhaler. *Drugs*. 2008; 68: 1855-1864 [R,I]
- Plosker GL, White WB. Telmisartan/Hydrochlorothiazide: a review of its use as fixed-dose combinations in essential hypertension. *Drugs*. 2008; 68: 1877-1899 [R,I]

Johannessen LC, Johannessen SI. Pharmacological management of epilepsy : recent advances and future prospects. *Drugs*. 2008; 68: 1925-1939 [R,I]

Tzotzas T, Papazisis K, Perros P, Krassas GE. Use of somatostatin analogues in obesity. *Drugs*. 2008; 68: 1963-1973 [R,I]

Tashkin DP, Rennard SI, Martin P, Ramachandran S, Martin UJ, Silkoff PE, et al. Efficacy and safety of budesonide and formoterol in one pressurized metered-dose inhaler in patients with moderate to very severe chronic obstructive pulmonary disease : results of a 6-month randomized clinical trial. *Drugs*. 2008; 68: 1975-2000 [EC,I]

Hair PI, Keating GM, McKeage K. Transdermal matrix fentanyl membrane patch (matrifen((r))): in severe cancer-related chronic pain. *Drugs*. 2008; 68: 2001-2009 [R,I]

Moen MD, Keating GM. Raloxifene: a review of its use in the prevention of invasive breast cancer. *Drugs*. 2008; 68: 2059-2083 [R,I]

Cunningham C, Giovaniello A, Sacajiu G, Whitley S, Mund P, Beil R, et al. Buprenorphine treatment in an urban community health center: what to expect. *Fam Med*. 2008; 40: 500-506 [T,I]

Sacristán JA, Dilla T, Pinto J, Antoñanzas F. Evaluacion economica de medicamentos: experiencias y vias de avance. *Gac Sanit*. 2008; 22: 354-357 [AO,I]

Oliva J, Puig-Junoy J, Bernal E. Evaluación económica de medicamentos: experiencias y vias de avance. Una visión complementaria. *Gac Sanit*. 2008; 22: 358-361 [AO,I]

Hammer SM, Eron JJ Jr, Reiss P, Schooley RT, Thompson MA, Walmsley S, et al; International AIDS Society-USA. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA*. 2008; 300: 555-570 [M,II]

Singh S, Loke YK, Furberg CD. Inhaled anticholinergics and risk of major adverse cardiovascular events in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2008; 300:1439-1450 [M,I]

Kakkar AK, Brenner B, Dahl OE, Eriksson BI, Mouret P, Muntz J, et al; RECORD2 Investigators. Extended duration rivaroxaban versus short-term enoxaparin for the prevention of venous thromboembolism after total hip arthroplasty: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2008; 372: 31-39 [EC,I]

St George-Hyslop PH, Morris JC. Will anti-amyloid therapies work for Alzheimer's disease? *Lancet*. 2008; 372: 180-182 [AO,I]

Mann JF, Schmieder RE, McQueen M, Dyal L, Schumacher H, Pogue J, et al; ONTARGET investigators. Renal outcomes with telmisartan, ramipril, or both, in people at high vascular risk (the ONTARGET study): a multicentre, randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet*. 2008; 372: 547-553 [EC,II]

Barr RG. Does paracetamol cause asthma in children? Time to remove the guesswork. *Lancet*. 2008; 372: 1011-1012 [AO,I]

Beasley R, Clayton T, Crane J, von Mutius E, Lai CK, Montefort S, et al; ISAAC Phase Three Study Group. Association between paracetamol use in infancy and childhood, and risk of asthma, rhinoconjunctivitis, and eczema in children aged

6-7 years: analysis from Phase Three of the ISAAC programme. *Lancet*. 2008; 372: 1039-1048 [T,I]

Soler MJ, Lloveras J, Batlle D. Enzima conversiva de la angiotensina 2 y su papel emergente en la regulación del sistema renina-angiotensina. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 230-236 [R,I]

Perez de la Cruz AJ. Nutrición artificial domiciliaria: un paso hacia la humanización. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 293-295 [AO,I]

Anton RF. Naltrexone for the management of alcohol dependence. *N Engl J Med*. 2008; 359: 715-721 [AO,I]

Goldfine AB. Assessing the cardiovascular safety of diabetes therapies. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1092-1095 [AO,II]

De Ferranti S, Ludwig DS. Storm over statins—the controversy surrounding pharmacologic treatment of children. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1309-1312 [AO,II]

Lyden P. Thrombolytic therapy for acute stroke—not a moment to lose. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1393-1395 [AO,II]

Brekke M, Rognstad S, Straand J, Furu K, Gjelstad S, Bjørner T, et al. Pharmacologically inappropriate prescriptions for elderly patients in general practice: How common? Baseline data from The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26: 80-85 [T,II]

Midlöv P, Ekesbo R, Johansson L, Gerward S, Persson K, Nerbrand C, et al. Barriers to adherence to hypertension guidelines among GPs in southern Sweden: a survey. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26: 154-159 [T,I]

Bourbeau J, Bartlett SJ. Patient adherence in COPD. *Thorax*. 2008; 63: 831-838 [R,I]

ENTREVISTA CLINICA

Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1387-1395 [R,I]

Kosunen E. Teaching a patient-centred approach and communication skills needs to be extended to clinical and postgraduate training: a challenge to general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26: 1-2 [AO,I]

ATENCION FAMILIAR

Hegarty K, Taft A, Feder G. Violence between intimate partners: working with the whole family. *BMJ*. 2008; 337: 839 [R,II]

Logsdon RG. Dementia: psychosocial interventions for family caregivers. *Lancet*. 2008; 372: 182-183 [AO,II]

ACTIVIDADES COMUNITARIAS. Incluye: encuestas de satisfacción, todo lo relacionado con los usuarios.

Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN. Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26: 174-180 [T,I]

DOCENCIA. Incluye: pregrado, postgrado, formación médica continuada, metodología docente.

Johnson T, Shah M, Rechner J, King G. Evaluating the effect of resident involvement on physician productivity in an academic general internal medicine practice. *Acad Med.* 2008; 83: 670-674 [T,I]

Snyderman R, Yoediono Z. Perspective: Prospective health care and the role of academic medicine: lead, follow, or get out of the way. *Acad Med.* 2008; 83: 707-714 [AO,II]

Goldberg JL. Humanism or professionalism? The White Coat Ceremony and medical education. *Acad Med.* 2008; 83: 715-722 [AO,I]

Parker M, Luke H, Zhang J, Wilkinson D, Peterson R, Ozolins I. The "pyramid of professionalism": seven years of experience with an integrated program of teaching, developing, and assessing professionalism among medical students. *Acad Med.* 2008; 83: 733-741 [S,I]

Woollard RF. Continuing medical education in the 21st century. *BMJ.* 2008; 337: 119 [AO,I]

Driessen E. Are learning portfolios worth the effort? Yes. *BMJ.* 2008; 337: 513 [AO,I]

Norman G. Are learning portfolios worth the effort? No. *BMJ.* 2008; 337: 514 [AO,I]

Pisacane A. Rethinking continuing medical education. *BMJ.* 2008; 337: 973 [AO,II]

Sprake C, Cantillon P, Metcalf J, Spencer J. Teaching in an ambulatory care setting. *BMJ.* 2008; 337: a1156 [AO,II]

Oriente E Jr, Kosowicz L, Alerte A, Pfeiffer C, Harrington C, Palley J, et al. Using web-based video to enhance physical examination skills in medical students. *Fam Med.* 2008; 40: 471-476 [QE,I]

Turner JL, Dankoski ME. Objective structured clinical exams: a critical review. *Fam Med.* 2008; 40: 574-578 [R,II]

Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA.* 2008; 300: 1181-1196 [M,I]

Kosunen E. Teaching a patient-centred approach and communication skills needs to be extended to clinical and postgraduate training: a challenge to general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2008; 26: 1-2 [AO,I]

Kjaer NK, Maagaard R, Wied S. Designing an online portfolio for postgraduate training of GPs in Denmark. *Scand J Prim Health Care.* 2008; 26: 70-73 [AO,I]

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Herrera JA. La investigación en medicina de familia en el siglo XXI. *Aten Primaria.* 2008; 40: 435-436 [AO,II]

Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ.* 2008; 337: 288 [R,II]

Davis PM, Lewenstein BV, Simon DH, Booth JG, Connolly MJ. Open access publishing, article downloads, and citations: randomised controlled trial. *BMJ.* 2008; 337: 568 [EC,II]

Kuper A, Lingard L, Levinson W. Critically appraising qualitative research. *BMJ.* 2008; 337: a1035 [AO,I]

Godlee F. Open access to research. *BMJ.* 2008; 337: 1051 [AO,II]

Smith J. Patient confidentiality and consent to publication. *BMJ.* 2008; 337: a1572 [AO,I]

Jovell AJ. Emulando a la publicación científica. *Med Clin (Barc).* 2008; 131: 341-343 [AO,II]

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS

Evidence based medicine and the medical curriculum. *BMJ.* 2008; 337: a1253 [AO,I]

PREVENCIÓN

Lin K, Fajardo K; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2008; 149: W20-W24 [M,II]

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2008; 149: 43-47 [M,II]

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2008; 149: 185-191 [M,II]

Lin K, Lipsitz R, Miller T, Janakiraman S; U.S. Preventive Services Task Force. Benefits and harms of prostate-specific antigen screening for prostate cancer: an evidence update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2008; 149: 192-199 [M,II]

Saini SD, Schoenfeld P, Fendrick AM, Scheiman J. Cost-effectiveness of proton pump inhibitor cotherapy in patients taking long-term, low-dose aspirin for secondary cardiovascular prevention. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 1684-1690 [CE,I]

Palmer JR, Boggs DA, Krishnan S, Hu FB, Singer M, Rosenberg L. Sugar-sweetened beverages and incidence of type 2 diabetes mellitus in African American women. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 1487-1492 [S,I]

Feinglos MN, Totten SE. Are you what you eat, or how much you eat? The case of type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 1485-1486 [AO,I]

Ortega R. Sobre la prescripción del ejercicio físico. *Aten Primaria.* 2008; 40: 323-326 [AO,I]

Jit M, Choi YH, Edmunds WJ. Economic evaluation of human papillomavirus vaccination in the United Kingdom. *BMJ.* 2008; 337:a69 [CE,II]

Kim JJ. Human papillomavirus vaccination in the UK. *BMJ.* 2008; 337: 842 [AO,I]

Eikelboom JW, O'Donnell M. Using aspirin to prevent cognitive decline. *BMJ.* 2008; 337: 958 [AO,I]

Price JF, Stewart MC, Deary IJ, Murray GD, Sandercock P, Butcher I, et al; AAA Trialists. Low dose aspirin and cognitive func-

- tion in middle aged to elderly adults: randomised controlled trial. *BMJ*. 2008; 337: 1198 [EC,I]
- Crawford F. How can we best prevent new foot ulcers in people with diabetes? *BMJ*. 2008; 337: 1234 [AO,I]
- Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*. 2008; 337: a1344 [M,I]
- Jackson R, Wells S, Rodgers A. Will screening individuals at high risk of cardiovascular events deliver large benefits? Yes. *BMJ*. 2008; 337: a1371 [R,II]
- Capewell S. Will screening individuals at high risk of cardiovascular events deliver large benefits? No. *BMJ*. 2008; 337: a1395 [R,II]
- Van Dam RM, Li T, Spiegelman D, Franco OH, Hu FB. Combined impact of lifestyle factors on mortality: prospective cohort study in US women. *BMJ*. 2008; 337: a1440 [S,II]
- Buller H. A higher international normalized ratio may be better for your patient. *CMAJ*. 2008; 179: 217 [AO,I]
- Mozaffarian D, Furberg CD, Psaty BM, Siscovick D. Physical activity and incidence of atrial fibrillation in older adults: the cardiovascular health study. *Circulation*. 2008; 118: 800-807 [S,I]
- Gorelick PB. Primary prevention of stroke: impact of healthy lifestyle. *Circulation*. 2008; 118: 904-906 [AO,I]
- Chiuvè SE, Rexrode KM, Spiegelman D, Logroscino G, Manson JE, Rimm EB. Primary prevention of stroke by healthy lifestyle. *Circulation*. 2008; 118: 947-954 [S,I]
- Bazzano LA, Li TY, Joshipura KJ, Hu FB. Intake of fruit, vegetables, and fruit juices and risk of diabetes in women. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1311-1317 [S,I]
- Perreault L, Ma Y, Dagogo-Jack S, Horton E, Marrero D, Crandall J, et al; Diabetes Prevention Program. Sex differences in diabetes risk and the effect of intensive lifestyle modification in the diabetes prevention program. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1416-1421 [S,I]
- Kahn R, Robertson RM, Smith R, Eddy D. The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1686-1696 [CE,I]
- Moen MD, Keating GM. Raloxifene: a review of its use in the prevention of invasive breast cancer. *Drugs*. 2008; 68: 2059-2083 [R,I]
- Rivadeneira A, Artundo C. La evaluación del impacto en salud: el estado de la cuestión. *Gac Sanit*. 2008; 22: 348-353 [AO,II]
- Patrick C, Kazandjian VA, Vallejo P. Evaluación en salud pública: lecciones aprendidas de la gestión de la tuberculosis pulmonar. *Gac Sanit*. 2008; 22: 362-370 [AO,I]
- Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Foster JK, van Bockxmeer FM, Xiao J, et al. Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA*. 2008; 300: 1027-1037 [EC,I]
- Larson EB. Physical activity for older adults at risk for Alzheimer disease. *JAMA*. 2008; 300: 1077-1079 [AO,I]
- Kakkar AK, Brenner B, Dahl OE, Eriksson BI, Mouret P, Muntz J, et al; RECORD2 Investigators. Extended duration rivaroxaban versus short-term enoxaparin for the prevention of venous thromboembolism after total hip arthroplasty: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2008; 372: 31-39 [EC,I]
- Statins for children? *Lancet*. 2008; 372: 178 [AO,I]
- Leyland E. Human papillomavirus vaccination: stabbing in the dark? *Lancet*. 2008; 372: 614 [AO,II]
- Talley NJ. Is it time to screen and treat *H pylori* to prevent gastric cancer? *Lancet*. 2008; 372: 350-352 [AO,I]
- Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet*. 2008; 372: 669-684 [R,II]
- Gupta GR, Parkhurst JO, Ogdén JA, Aggleton P, Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. *Lancet*. 2008; 372: 764-775 [R,II]
- Martínez-González MA, Carlos S, de Irala J. Vacuna contra el virus del papiloma humano: razones para el optimismo y razones para la prudencia. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 256-263 [R,II]
- Brotóns C, de la Figuera M, Franch J, Aristegui I, Rodríguez R, García M, et al. Predicción de la glucemia basal alterada y resistencia a la insulina mediante el uso de medidas antropométricas de adiposidad central: estudio PRED-IR. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 366-370 [T,I]
- García-Moll X. Marcadores de inflamación, función endotelial, edad e índice de masa corporal en personas sin enfermedad cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131: 378-380 [AO,I]
- Kim JJ, Goldie SJ. Health and economic implications of HPV vaccination in the United States. *N Engl J Med*. 2008; 359: 821-832 [CE,II]
- Haug CJ. Human papillomavirus vaccination—reasons for caution. *N Engl J Med*. 2008; 359:861-862 [AO,II]
- González-Juanatey JR, Mazón P. Prevención primaria farmacológica en hipertensión arterial y dislipemias. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61: 861-879 [R,II]
- De Ruijter W, Assendelft WJ, Macfarlane PW, Westendorp RG, Gusselkloo J. The additional value of routine electrocardiograms in cardiovascular risk management of older people. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26: 147-153 [S,I]

EVALUACION/GARANTÍA DE CALIDAD.

- Rivadeneira A, Artundo C. La evaluación del impacto en salud: el estado de la cuestión. *Gac Sanit*. 2008; 22: 348-353 [AO,II]
- Patrick C, Kazandjian VA, Vallejo P. Evaluación en salud pública: lecciones aprendidas de la gestión de la tuberculosis pulmonar. *Gac Sanit*. 2008; 22: 362-370 [AO,I]

BIOÉTICA

- Smith J. Patient confidentiality and consent to publication. *BMJ*. 2008; 337: a1572 [AO,I]

PLANIFICACION / GESTIÓN

- Snyderman R, Yoediono Z. Perspective: Prospective health care and the role of academic medicine: lead, follow, or get out of the way. *Acad Med.* 2008; 83: 707-714 [AO,II]
- Rust G, Ye J, Baltrus P, Daniels E, Adesunloye B, Fryer GE. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 1705-1710 [T,I]
- Ballvé JL, Pujol G, Romaguera A, Bonet A, Rafecas M, Zarza E. Comunicación interna en atención primaria. *Aten Primaria.* 2008; 40: 401-406 [T,I]
- Collin S, Reeves BC, Hendy J, Fulop N, Hutchings A, Priedane E. Implementation of computerised physician order entry (CPOE) and picture archiving and communication systems (PACS) in the NHS: quantitative before and after study. *BMJ.* 2008; 337: a939 [QE,I]
- Hixon AL, Maskarinec GC. The declaration of Alma Ata on its 30th anniversary: relevance for family medicine today. *Fam Med.* 2008; 40: 585-588 [AO,III]
- Soler JK, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Fam Pract.* 2008; 25: 312-317 [R,II]
- Rivadeneira A, Artundo C. La evaluación del impacto en salud: el estado de la cuestión. *Gac Sanit.* 2008; 22: 348-353 [AO,II]
- Sacristán JA, Dilla T, Pinto J, Antoñanzas F. Evaluación económica de medicamentos: experiencias y vías de avance. *Gac Sanit.* 2008; 22: 354-357 [AO,I]
- Oliva J, Puig-Junoy J, Bernal E. Evaluación económica de medicamentos: experiencias y vías de avance. Una visión complementaria. *Gac Sanit.* 2008; 22: 358-361 [AO,I]
- Campillo C. Fracturas en la informatización de los servicios de salud. *Gac Sanit.* 2008; 22: 371-377 [AO,II]
- Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Villar F, Banegas JR. Análisis crítico y propuestas de mejora de los sistemas de información sobre enfermedades cardiovasculares en España. *Med Clin (Barc).* 2008; 131: 302-311 [R,I]
- Doran T, Fullwood C, Reeves D, Gravelle H, Roland M. Exclusion of patients from pay-for-performance targets by English physicians. *N Engl J Med.* 2008; 359: 274-284 [T,II]
- Smits FT, Wittkampf KA, Schene AH, Bindels PJ, Van Weert HC. Interventions on frequent attenders in primary care. A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care.* 2008; 26: 111-116 [M,II]

INFORMÁTICA

- Collin S, Reeves BC, Hendy J, Fulop N, Hutchings A, Priedane E. Implementation of computerised physician order entry (CPOE) and picture archiving and communication systems (PACS) in the NHS: quantitative before and after study. *BMJ.* 2008; 337: a939 [QE,I]
- Oriente E Jr, Kosowicz L, Alerte A, Pfeiffer C, Harrington C, Palley J, et al. Using web-based video to enhance physical examination skills in medical students. *Fam Med.* 2008; 40: 471-476 [QE,I]
- Campillo C. Fracturas en la informatización de los servicios de salud. *Gac Sanit.* 2008; 22: 371-377 [AO,II]
- Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA.* 2008; 300: 1181-1196 [M,I]
- DesRoches CM, Campbell EG, Rao SR, Donelan K, Ferris TG, Jha A, et al. Electronic health records in ambulatory care—a national survey of physicians. *N Engl J Med.* 2008; 359: 50-60 [T,I]
- Vainiomäki S, Kuusela M, Vainiomäki P, Rautava P. The quality of electronic patient records in Finnish primary healthcare needs to be improved. *Scand J Prim Health Care.* 2008; 26: 117-122 [T,I]

OTRAS

- Kanter SL. Toward better descriptions of innovations. *Acad Med.* 2008; 83: 703-704 [AO,I]
- Goldberg JL. Humanism or professionalism? The White Coat Ceremony and medical education. *Acad Med.* 2008; 83: 715-722 [AO,I]
- West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 1441-1449 [T,I]
- Riancho JA, Hernández JL, González-Macías J. Siete preguntas sobre la osteopenia. *Med Clin (Barc).* 2008; 131: 136-140 [R,I]
- Pleguezuelos E, Pérez ME, Guirao L, Palomera E, Moreno E, Samitier B. Factores relacionados con la evolución clínica del síndrome del latigazo cervical. *Med Clin (Barc).* 2008; 131: 211-215 [S,I]
- Aiarzaguena JM, Grandes G, Salazar A, Gaminde I, Sánchez A. The diagnostic challenges presented by patients with medically unexplained symptoms in general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2008; 26: 99-105 [T,I]

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Úlcera genital en varón

Sánchez-Crespo Bolaños JR¹, González Hernando C²

¹ Médico de Familia. CS Canterac. Valladolid

² Matrona de EAP. CS Arturo Eyries. Valladolid

Paciente varón de 48 años de edad, de nacionalidad española, que acude por primera vez a nuestra consulta por presentar desde hace una semana una úlcera en el pene, localizada en la corona del glande, redondeada, de unos 2,5 mm de diámetro, indurada, rojiza. Se acompaña de adenopatías inguinales indoloras, duras, rodaderas. No presenta síntomas de uretritis ni síntomas generales.

En la entrevista clínica que mantenemos con el paciente conocemos su orientación sexual, nos refiere que es homosexual y que ha mantenido relaciones sexuales con varias parejas durante

los últimos tres meses, algunas con personas inmigrantes y no siempre con preservativo.

¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Chancro Sifilítico
- b) Chancro blando o Chancroide
- c) Herpes genital
- d) Linfogramuloma venéreo
- e) Granuloma Inguinal



Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 9, Núm. 3) (Med fam Andal 2008; 9:226)

Respuestas razonadas

Comentarios:

Tras valorar el ECG, decidimos derivar al paciente a urgencias ante la sospecha clínica de hiperpotasemia: desaparición de ondas P y presencia de ritmo nodal con FC 42 lpm.

A su llegada a urgencias se realiza analítica, gasometría, nuevo ECG y radiografía de tórax.

El cuadro descrito que presenta el paciente es de aparición aguda, por lo que, en principio, se excluirían en el diagnóstico procesos crónicos como son las complicaciones propias de la diabetes con mal control glucémico, o una miopatía tipo polimiositis o secundaria a exposición de tóxicos (fármacos, ambientales...).

El paciente presenta clínica secundaria a hiperpotasemia grave, por los signos de toxicidad cardíaca objetivados en el electrocardiograma.

La analítica en urgencias mostró potasio de 8 mEq/l, sodio 130 mEq/l, creatinina 2,7 mg/dl, urea 168 mg/dl, Cloro 98 mEq/l, glucosa 233 mg/dl, bicarbonato 19 mEq/l, pH 7,32, pCO₂ 26, pO₂ 89.

En la radiografía urgente de tórax se observó una cardiomegalia global, sin signos de condensación neumónica ni derrame pleural.

La hiperpotasemia se produce normalmente por una disminución en la eliminación renal o una redistribución de potasio hacia el espacio extracelular. Es un trastorno potencialmente letal

en el que la actuación terapéutica precoz ante su sospecha, puede prevenir la aparición de complicaciones.

Entre las manifestaciones clínicas de hiperpotasemia se encuentra la debilidad muscular, que suele comenzar en extremidades inferiores, pudiendo ascender posteriormente a tronco y extremidades superiores, con desarrollo de parálisis flácida en casos severos, respetando habitualmente la musculatura respiratoria y pares craneales. Se acompaña habitualmente de hiporreflexia. Debido a las características de este cuadro y la dificultad en el diagnóstico diferencial, es importante el estudio minucioso de los síntomas y signos para evitar su confusión con cuadros de debilidad muscular de origen neurológico.

El desarrollo de esta debilidad muscular en casos de hiperpotasemia se debe a cambios en la conducción del impulso neuromuscular. Al aumentar el potasio plasmático, se reduce la relación con el potasio intracelular, ocasionando un descenso del potencial de reposo de membrana. Esto empeora la repolarización celular y disminuye su excitabilidad, pudiendo aparecer debilidad muscular y parálisis. Igualmente, pueden afectarse las fibras de conducción cardíaca, dando lugar a cambios electrocardiográficos con arritmias potencialmente letales.

Las manifestaciones en el electrocardiograma son debidas a efectos de la hiperpotasemia en la despolarización y repolarización auricular y ventricular, produciendo aumento de la amplitud de la onda T (onda T picuda), prolongación del intervalo PR y duración del QRS, alteraciones de la conducción AV y, en casos severos, fibrilación ventricular y parada cardíaca.

El electrocardiograma es la mejor herramienta para valorar la gravedad de la hiperpotasemia. Es raro observar alteraciones en el ECG con potasio menor a 6 mq/l.

Dentro de la etiología de esta entidad hay que hacer el diagnóstico diferencial:

- Hiperpotasemia por redistribución: acidosis metabólica, hipoinsulinismo, diabetes mellitus con glucosa elevada, tratamiento con betabloqueantes, intoxicación digitálica, destrucción tisular, ejercicio intenso, cirugía cardíaca, infusión de arginina, succinilcolina.

- Hiperpotasemia por retención: oligoanuria por insuficiencia renal aguda o crónica, sobrecarga de potasio exógena y endógena (necrosis tisular, hemólisis e hipercatabolismo), fármacos (betabloqueantes, IECAs, diuréticos ahorradores de potasio, AINEs, heparina), síndrome de Addison, hipoaldosteronismo hiporreninémico, nefritis tubulointersticial, alteraciones tubulares adquiridas (amiloidosis, Lupus eritematoso sistémico, drepanocitosis, mieloma múltiple...) y alteraciones tubulares primarias hereditarias.

Existe un riesgo alto de hiperpotasemia en pacientes de edad avanzada, con enfermedad renal crónica de base y diabéticos, que toman como tratamiento habitual fármacos hipercalemiantes, como el caso del paciente que se presenta.

Los sujetos de edad avanzada están predispuestos a desarrollar una hipercalemia preci-

pitada, la mayoría de las veces, por fármacos. El paciente estaba tomando enalapril y se sabe que los inhibidores de la enzima convertidora disminuyen la síntesis de aldosterona induciendo hiperpotasemia.

Se inició tratamiento precoz de la hiperpotasemia mediante retirada de fármacos hipercalemiantes y tratamiento médico urgente (sueroterapia, insulina rápida, gluconato cálcico, furosemida y salbutamol nebulizado), con buena respuesta diurética y corrección de las cifras de potasio hasta la normalidad, con controles iónicos posteriores de forma periódica. Tras el tratamiento, el electrocardiograma mostró un ritmo sinusal con respuesta ventricular a 80 lpm.

Conclusión:

Ante dudosos cuadros neurológicos de difícil interpretación en pacientes con enfermedad renal crónica, debemos tener en cuenta la presencia de alteraciones musculares secundarias a hiperpotasemia. Se deben realizar controles periódicos de los niveles plasmáticos de potasio e informar al paciente sobre dietas hipopotasémicas, con suspensión de fármacos que favorezcan este trastorno electrolítico en el momento de la aparición de sintomatología concordante.

El electrocardiograma, junto con una rigurosa historia clínica y exploración física pueden considerarse de utilidad en la práctica clínica para establecer la sospecha diagnóstica de hiperpotasemia severa.

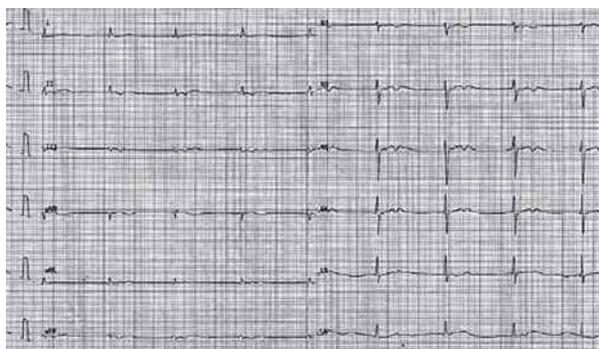


Figura 1.- Bradiarritmia.
Ritmo nodal, onda P
retrógrada

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

- **XIX Congreso SAMFyC**
Cádiz, 18-20 de Junio, 2009
Secretaría técnica: ACM
Telf.: 958 20 35 11
www.samfyccadiz2009.com
- **XXVIII Congreso semFYC Madrid'08**
Madrid, 19-22 de Noviembre, 2008
http://congreso2008.semfyccadiz.com/?nav_id=295
- **XVII Jornadas semFYC de Primavera 2009**
Hondarribia, 16-18 Abril, 2009
<http://www.semfyccadiz.com/es/agenda/eventos/XVII+Jornadas+de+Primavera+2009/>
- **XIII Jornadas semFYC de Residentes**
Logroño, 7-8 Mayo, 2009
<http://www.semfyccadiz.com/es/agenda/eventos/XIII+Jornadas+de+Residentes+2009/>
- **XIV Escuela de Verano semFYC**
El Puerto de Santa María (Cádiz), 24-26 Junio, 2009
<http://www.semfyccadiz.com/es/agenda/eventos/XIV+Escuela+de+Verano/>
- **XIV WONCA EUROPE CONFERENCE**
Málaga (Spain), 6-9 October, 2010

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

- 1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es> e ir a Revista, o también:
<http://www.samfyc.es/Revista/portada.htm>
<http://www.samfyc.es/Revista/normas.htm>
- 2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
- 3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Medicina de Familia (And) 2000; 1: 104-110.

SOLICITUD DE COLABORACIÓN:

Apreciado/a amigo/a:

Con éste son ya veintisiete los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

Te rogamos nos hagas llegar, de la manera que te sea más cómoda, cualquier sugerencia que, a tu juicio, nos sirva para mejorar ésta tu publicación.

Si estás interesado en participar —en cualquier forma— (corrector, sección «Publicaciones de interés/Alerta bibliográfica», o cualquier otra), te rogamos nos lo hagas saber con indicación de tu correo electrónico.

Asimismo, quedamos a la espera de recibir tus «Originales», así como cualquier otro tipo de artículo para el resto de las secciones de la Revista.

A la espera de tus aportaciones, recibe un muy cordial saludo:

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Remitir por:

- a) Correo:
Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)
- b) Fax: 958 804202.
- c) Correo electrónico: revista@samfyc.es

SOCIO, TE ROGAMOS COMUNIQUES CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO U OTROS DATOS A LA MAYOR BREVEDAD.

La publicación se adhiere a las resoluciones del *Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas* en su quinto informe de 1997 *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas*. (Las llamadas *Normas de Vancouver*). Dichas normas de publicación aparecen en: *Ann Intern Med* 1997; 126: 36-47 y en <http://www.acponline.org> (en inglés) y en castellano en <http://www.paho.org/spanish/DBI/authors.htm> (se adjuntará con el número 0 de la revista). Dichas normas deberán ser consultadas por todos los autores que deseen ver publicados sus originales en nuestra revista.

TODOS LOS TRABAJOS (www.samfyc.es/Revista/normas.html)

Deben ir *acompañados de los datos particulares del primer autor* (nombre y apellidos, dirección postal, código postal, población y provincia), así como de número de teléfono y dirección electrónica.

Los artículos originales tienen requisitos especiales, se recomienda ver "normas para los originales"

Deben someterse sus referencias bibliográficas a las "Normas de Vancouver"

Y, las abreviaturas utilizadas, deben estar expresamente clarificadas.

Requisitos técnicos:

Se usará siempre papel tamaño DIN A4 escrito por una sola cara a dos espacios.

Utilizar letra Times New Roman 12 cpi.

Si se utilizan notas, se recogerán al final del texto (no a pie de página).

No usar texto subrayado. Sí puede usarse la negrita y cursiva.

No usar tabuladores ni espacios en blanco al inicio de cada párrafo.

No dejar espacios de separación entre párrafos mayores de un *ENTER*.

Empezar cada sección en una página nueva con la siguiente secuencia: Página de título, resumen y palabras clave, texto más agradecimientos (si procede), bibliografía, tablas y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), figuras y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), anexos.

Las ilustraciones deben ser de gran calidad y nunca de tamaño superior a 203 x 254 mm.

De acuerdo con el ámbito al que va dirigido, los profesionales que desempeñan su ejercicio profesional en el campo de la Atención Primaria de Salud, la revista da la bienvenida a todos los trabajos de calidad que, usando una metodología adecuada, pretendan dar respuesta a una pregunta científica pertinente. Asimismo serán considerados todos aquellos trabajos que tengan como objetivo el mantener y fomentar la competencia profesional de dichos profesionales.

La revista tendrá una expresión en papel y otra *on line*.

Contará con secciones fijas (aparecerán en todos los números) y secciones ocasionales, en relación con las áreas de interés de la revista, y que aparecerán en función de la oportunidad de su publicación.

Secciones de la publicación:

Secciones Fijas:

Editorial

Originales

Cartas al director

¿Cuál es su diagnóstico?

Publicaciones de interés

Actividades científicas

Secciones ocasionales:

Artículos de revisión

A debate

Área Docente

El espacio del usuario.

Sin bibliografía

Serán bienvenidos trabajos de investigación que usen indistintamente metodología cualitativa o cuantitativa. Los trabajos originales se someterán al siguiente orden: *Resumen, Introducción, Sujetos y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones*. En cualquier caso el equipo editorial acepta gustoso el poder trabajar con los autores un orde-

namiento diferente de la exposición en función de los objetivos y metodología empleada.

SECCIONES FIJAS

Editorial: En él, el director o persona en quien delegue tratará algún tema de actualidad para los médicos de familia.

Originales. Se incluyen trabajos de investigación clínica y epidemiológica o sobre aspectos organizativos que sean de gran interés para el médico de familia según la línea editorial de la revista. La extensión máxima del texto será de 5.000 palabras. Se admitirá hasta un total de 6 tablas y/o figuras.

Los originales podrán ser clasificados como *originales breves*. Se incluirán en esta categoría trabajos de suficiente interés, que precisen una más rápida publicación. La extensión máxima será de 3.500 palabras. Se admitirá un máximo de 3 tablas y/o figuras, y 10 referencias bibliográficas.

Cartas al director: pretende servir como foro en donde comentar los artículos publicados o para dar a conocer brevemente experiencias de interés en el campo de la atención primaria. Su extensión será de 1000 palabras como máximo, el número de referencias bibliográficas será de un máximo de 6, y el número de autores de 4. Todos los autores deben firmar el contenido de la carta.

¿Cuál e su diagnóstico? En él se expone, de manera breve y acompañado de algún tipo de soporte gráfico, un caso clínico cuya resolución se presenta argumentada en el siguiente número.

Publicaciones de interés. Será una sección equivalente a la aparecida en otras revistas bajo el nombre de *alerta bibliográfica*. Se pretende en esta sección dar una breve reseña de los más importantes artículos aparecidos en las principales revistas de interés para los médicos de familia, así como de libros de reciente aparición, o revisiones Cochrane.

Las revistas a valorar estarán contenidas entre las siguientes:

Medicina
Medicina Clínica

Lancet
British Medical Journal
JAMA
Annals of Internal Medicine
New England Journal of Medicine
Canadian Family Physician
Canadian Medical Association Journal
Medicina de Familia
Atención Primaria
MEDIFAM
British Journal of General Practice
Family Practice
Journal of Family Practice
American Family Physician
Family Medicine
The Practitioner
Salud Pública
Gaceta Sanitaria
Gestión
Cuadernos de Gestión
Sociología y salud
Social Science and Medicine
Terapéutica
Drug
Drug and Therapeutic Bulletin
Medical Letters
Informativo Terapéutico del Servicio Nacional de Salud
Metodología Docente
Academic Medicine
Medical Education
Medicina Basada en la Evidencia
ACP Journal Club
Colaboración Cochrane
Bandolier
América Latina
Revistas de Atención Primaria de América Latina que podamos recibir.
Actividades científicas, o agenda de actividades en un próximo futuro.

SECCIONES OCASIONALES

Artículos de revisión: Este tipo de artículos serán bienvenidos. Su extensión no será superior a las 5.000 palabras y el número de referencias bibliográficas queda a juicio del autor(es). Se recomienda a los autores contactar con el consejo editorial en cualquier momento del desarrollo del trabajo con el fin de plantearse el su enfo-

que y estructura. Los autores harán mención a los criterios de inclusión y exclusión de los artículos manejados en la preparación del manuscrito. Los autores quedan obligados a remitir 5 preguntas tipo test de respuestas múltiples con sólo una respuesta válida sobre los aspectos más importantes abordados en la revisión.

A debate: En esta sección, a propuesta del director de la revista, los autores expresarán su razonado punto de vista sobre algún tema de actualidad.

Área Docente: Esta sección abordará temas relacionados con la metodología docente aplicable en el ámbito de la APS tanto en la formación de pregrado, postgrado y formación continuada. Extensión máxima de 5.000 palabras.

El espacio del usuario. La revista reservará un espacio en cada número para que aquellos usuarios de los servicios de salud, que a título individual, o como miembros de un colectivo deseen exponer su punto de vista sobre cualquier aspecto relacionado con la atención que reciben. Ello como expresión de la firme voluntad de los editores de dar respuesta al reto que supone el hacer nuestro ejercicio profesional más adecuado a las necesidades de salud de la población. Ello en la línea marcada en la Conferencia conjunta OMS/WONCA celebrada en Ontario, Canadá del 6 al 8 de Noviembre de 1994 (*OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996*).

La extensión máxima será de 3.000 palabras, pudiendo acompañarse hasta un máximo de 3 tablas y/o figuras.

Sin bibliografía: Lugar en donde publicar experiencias novedosas con una estructura de relato a decidir por el autor (es). Extensión máxima en torno a las 2.000 palabras.

Los artículos remitidos a la sección de *Originales* deberán someterse a la siguiente ordenación:

Resumen: Su extensión máxima será de 250 palabras, en él quedarán reflejados todos los apar-

tados del original, de manera que el trabajo pueda ser comprendido sin necesidad de leer el artículo completo.

Estará dividido en los siguientes subapartados:

Título: Aquel que identifica el trabajo.

Objetivo: Identificará de forma clara y precisa el propósito del estudio. Si hubiese más de un objetivo se señalará el principal.

Diseño: Clasificará el estudio en el marco de los diferentes tipos de estudios epidemiológicos.

Emplazamiento: o ámbito en el que se ha llevado a cabo el trabajo (Centro de Salud, Hospital, interniveles, población general, etc.)

Población y muestra: Características de la población, así como criterios de selección y características de la muestra.

Intervenciones: Descripción de las actividades llevadas a cabo tendentes a satisfacer los objetivos del estudio.

Resultados: Se aportarán los principales resultados del trabajo, derivados de los objetivos y de la metodología empleada, con mención de los intervalos de confianza y nivel de significación estadística, cuando proceda.

Conclusiones: Se derivarán directamente de lo expuesto en la sección de *resultados*. Puede ser de interés resaltar su significación en la práctica cotidiana del médico de familia.

Palabras clave: Se harán constar aquellas que los autores emplearon para su revisión bibliográfica en el *Index Medicus*. Aparecerán, por tanto, en inglés con su traducción al castellano. Su número oscilará entre 3 y 5.

Texto:

Introducción: *Deben explicitar claramente los objetivos del trabajo y resumir el fundamento del mismo. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.*

Sujetos y Métodos: Debe describir la población en la que se ha llevado a cabo el trabajo, así como una descripción de los métodos de muestreo, aparatos y procedimientos, con una precisión que permita reproducir el estudio a otros investigadores. Se justificarán los métodos estadísticos utilizados. Alguna información metodológica de gran interés puede incluirse como anexo.

Resultados: Exponen los datos extraídos del estudio sin ningún tipo de valoración por parte de los autores. Pueden presentarse en el texto o a modo de tablas y/o figuras. En el texto se resumirán los resultados más importantes de las tablas y/o figuras.

Discusión: No deben repetirse en detalle los resultados. Se comentarán los resultados a la luz de la metodología empleada, comentando los sesgos más relevantes, y de los resultados obtenidos por otros autores tanto nacionales como internacionales. La discusión y las conclusiones deben basarse estrictamente en los propios resultados.

Agradecimientos: Podrán reconocerse: a) contribuciones que justifican agradecimiento pero no autoría, b) ayuda técnica, c) apoyo material o financiero, especificando la naturaleza de dicho apoyo, y d) relaciones financieras que puedan provocar conflicto de interés.

Bibliografía: Se presentará según el orden de aparición en el texto con su numeración correlativa. En el texto la numeración de la cita aparecerá entre paréntesis. El nombre de las revistas aparecerá utilizando las abreviaturas que aparecen en el *Index Medicus* (<http://nlm.nih.gov>).

Tablas y/o gráficos: *Deben ser autoexplicativas, es decir, deben poder comprenderse sin recurrir al texto. Se aclararán todas las iniciales empleadas.*

Anexos: Se incluirán aquellos considerados por los autores.

En la versión *On line*, en una primera fase, en la página Web de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia aparecerá en una sección específica de nuestra publicación, el índice de cada una de las revistas publicadas, así como el apartado *Publicaciones de interés (Alerta Bibliográfica)*.

CONSEJO DE REDACCIÓN:

El Consejo de redacción acusará recibo de los trabajos enviados con asignación de un número para su identificación. Se reserva el derecho de rechazar los originales recibidos o proponer modificaciones cuando lo considere necesario. El consejo de redacción no se hace responsable del material rechazado, una vez que esta decisión se le comunica a los autores.

El trabajo se acompañará de una carta dirigida al Consejo de Redacción, a la siguiente dirección:

**Revista Medicina de Familia. Andalucía
Consejo de Redacción
C/. Arriola 4, Bajo D
18001 Granada.**

Dicha carta deberá cumplir los siguientes requisitos (se adjunta una propuesta):

a) Deberá ir necesariamente firmada por todos los autores con indicación de su DNI o pasaporte. El hecho de remitir el trabajo a nuestra revista implica la aceptación de todas las normas de la misma y del quinto informe de 1997 de los *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas*.

b) En ella se hará constar que se trata de un artículo original y que no ha sido remitido para su publicación a ninguna otra editorial. En los *originales* se harán constar los posibles conflictos de interés y la aceptación por parte del comité de ética del organismo del que depende la investigación

c) Los trabajos se remitirán: original más soporte informático (Word). Todas las páginas irán numeradas, empezando con el número 1 en la página del título. Pegado al *soporte electrónico* figurará el título del artículo y el nombre del primer autor. En la carta se hará mención a que el *soporte electrónico* se remite libre de virus indicando el nombre y fecha de la última actualización del antivirus utilizado.

d) En la carta los autores indicarán la idoneidad de la publicación en un apartado concreto de la revista. En la misma carta defenderán las, a su juicio, principales aportaciones de su traba-

jo al quehacer profesional de los médicos de familia.

f) Se guardará copia de todo el material remitido para publicación.

e) En folio aparte (página del título) se adjuntará: el título del trabajo, autores, centro de trabajo de cada uno de ellos, dirección postal, número de teléfono, número de Fax y dirección electrónica para correspondencia.

En caso de serle devuelto el trabajo a los autores con sugerencia de correcciones, éstos dispondrán de 15 días naturales para hacer llegar las oportunas correcciones, en caso contrario, su publicación no queda asegurada.

Sres. miembros del Consejo de Redacción de la Revista MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA:

Adjunto remitimos original para ser publicado, si así lo estiman oportuno de acuerdo con las normas editoriales de su publicación, dentro de la sección:

Creemos que su publicación sería de gran interés para los médicos de familia por los motivos que se exponen en folio anexo.

- Originales
- Originales breves
- Cartas al director

Adjuntamos:

	SI	NO	NO PROCEDE
Carta firmada por todos los autores, con expresión de su DNI.			
Se remite original y tres copias de alta calidad			
Se adjunta <i>soporte electrónico (CD)</i> en WORD			
Se especifica antivirus utilizado así como su fecha de última actualización			
Se trata de un artículo original			
No ha sido remitido a otra publicación			
Se exponen los posibles conflictos de interés.			
Se adjunta informe del comité de ética.			
Se ha obtenido permiso escrito para utilizar material (texto, tablas, figuras) previamente publicado.			
Se adjunta informe de la institución que ha financiado la investigación.			
Todas las páginas van numeradas			
Se adjunta página de título (la nº 1) en donde constan: título del trabajo, autores y centro de trabajo de cada uno de ellos. Dirección postal, número de teléfono, número de Fax y dirección electrónica para correspondencia.			
Se adjunta listado de comprobaciones (<i>check list</i>) de la revista, relleno y por duplicado			
Se guarda copia de todo el material remitido.			
Compromiso de devolver el trabajo con las correcciones indicadas en un plazo máximo de 15 días.			

La remisión del artículo implica la aceptación de las normas editoriales de la publicación MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA.

Firma y DNI de todos los autores:

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA
LISTADO DE COMPROBACIONES (Check List)

ÍTEMS	SI	NO	NO PROCEDE
-------	----	----	---------------

1. RESUMEN

Puede comprenderse sin leer la totalidad del artículo.			
Queda claro el objetivo principal del estudio			
Describe correctamente:			
Tipo de estudio			
Población objeto de estudio			
La muestra: criterios de selección y número de sujetos.			
Intervenciones			
Aporta los resultados principales			
Aporta las conclusiones principales			
Su extensión es inferior a 250 palabras			

2. INTRODUCCIÓN

Define la existencia de un problema no resuelto en el ámbito de la Atención Primaria al que el trabajo intenta dar respuesta.			
Revisa la literatura nacional e internacional			
Describe con claridad el objetivo (objetivos) del estudio			
Cumple criterios de brevedad			

3. MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de diseño deriva de los objetivos			
Aporta datos suficientes para que el trabajo pueda ser realizado por otros autores en otro ámbito.			
Describe satisfactoriamente la fuente de datos (población)			
Justifica el tamaño muestral			
Define claramente los criterios de selección de la muestra			
Describe satisfactoriamente los instrumentos de medida			
Justifica la elección de los métodos estadísticos a emplear			

4. RESULTADOS

Se exponen sin interpretaciones de los autores			
El índice de respuestas alcanzado es satisfactorio			
Los métodos estadísticos se utilizan adecuadamente			
Los resultados se expresan en términos de media +- desviación o error estándar.			

5. FIGURAS Y TABLAS

Son autoexplicativas: pueden comprenderse sin recurrir al texto.			
Se aclaran todas las abreviaturas utilizadas.			
Son necesarias todas las tablas y figuras.			
Su número es suficiente			

6. DISCUSIÓN

Juzga sus resultados en función de la metodología utilizada			
Discute exclusivamente sus resultados			
Hace mención de los posibles sesgos del estudio			
Compara sus resultados con los de autores nacionales e internacionales			
Las conclusiones derivan exclusivamente de los datos aportados en la sección de resultados			
Señala nuevas vías de investigación			

7. BIBLIOGRAFÍA

Cumple las normas de Vancouver			
Cita hasta 6 autores			
Incluye la bibliografía más relevante			
Incluye referencias en lengua castellana			
Incluye referencias en otras lenguas			



BOLETIN DE INSCRIPCIÓN SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SAMFYC)

(ALTA) Nuevo socio Revisión datos BAJA Fecha..... / /

APELLIDOS:

NOMBRE: **NIF:**

DOMICILIO:

MUNICIPIO: **PROVINCIA:** **C.P.:**

TELEFONOS: **e-mail:**

ESPECIALISTA M.F.yC.: SI NO (Si **negativo**, indicar especialidad).....

RESIDENTE M.F.yC. : SI NO **FECHA INICIO RESIDENCIA**...../...../.....

DOCTORADO: SI NO **TEMA:**

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:

PROVINCIA:

CARGO QUE OCUPA:

Es imprescindible la cumplimentación de **todos** los datos que a continuación solicitamos, incluyendo el **domicilio completo** de la sucursal de la entidad bancaria. Envíen este formulario **sin** recortar la orden de pago. Gracias.

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Ruego se sirvan domiciliar el cobro del Recibo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC)

ENTIDAD:..... SUCURSAL.....

CALLE: COD. POSTAL:

MUNICIPIO:..... PROVINCIA.....

Nº CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO: (hay que rellenar todas las casillas)

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Entidad

Oficina

D.C.

Nº C/C

NOMBRE y APELLIDOS:

Firma:

A los efectos previstos en la Ley 15/1999 (LOPD) y de los derechos reconocidos en la misma, le informamos que los datos facilitados por Vd. para la relación de la Asociación, serán incorporados a un fichero del que es responsable SAMFYC, con objeto de aplicarlos a la actividad de Investigación y desarrollo. Serán utilizados por nuestra parte y por la semFYC, para las finalidades propias de la actividad antes indicada, así como para remitirle información no promocional ni publicitaria en relación a la misma. Asimismo le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a:

SAMFYC, C/ Arriola Nº 4, Bajo D, 18001 Granada.

19º Congreso

SAMFYC

SAMFYC

Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Cádiz 2009

Palacio de Congresos
de Cádiz

18 al 20 de Junio de 2009

info@samfyccadiz2009.com www.samfyccadiz2009.com

