

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 83 Consumo de antidepresivos en Andalucía. ¿Tristeza en la tierra de la alegría?

El espacio del usuario

- 85 Dispensación en farmacias de la píldora postcoital

Originales

- 87 ¿Cómo se alimentan nuestros adolescentes?
95 Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores
108 Diferenciación tipológica de las condiciones laborales nocivas entre los profesionales sanitarios
119 Mejora de la calidad de la atención prestada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. ¿Actualizamos nuestra práctica?
128 La obesidad, el factor de riesgo olvidado
136 El impacto sobre la salud de la cuidadora principal de personas mayores dependientes
145 Programa coordinado de uso racional del medicamento entre atención primaria y atención hospitalaria

Artículo especial

- 153 Diseño de una página Web para un centro de salud

Cartas al director

- 160 Butilescopolamina

161 Publicaciones de Interés

174 Actividades Científicas

175 Información para los autores



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

Coordinadora General Grupos de Trabajo SAMFyC

Amparo Ortega del Moral

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Beatriz Pascual de la Piza

Vocal de Residentes

Ana Martín Tarragona

Vocal de Formación Continuada

Pablo García López

Vocal de Relaciones Externas

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vocal provincial de Almería:	José-Pelayo Galindo Pelayo	<i>jpelayo@larural.es</i>
Vocal provincial de Cádiz:	M ^a . José Serrano Muñoz	<i>majsemu@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Córdoba:	Pilar Serrano Varo	<i>pseval1@supercable.es</i>
Vocal provincial de Huelva:	Jesús E. Pardo Álvarez	<i>jeparedes10@teleline.es</i>
Vocal provincial de Jaén:	Justa Zafra Alcántara	<i>justazafra@wanadoo.es</i>
Vocal provincial de Málaga:	Jesús Sepúlveda Muñoz	<i>jesemu@gmail.com</i>
Vocal provincial de Granada:	Francisco José Guerrero García	<i>franguerrero72@yahoo.com</i>
Vocal provincial de Sevilla:	Leonor Marín Pérez	<i>leonormp@samfyc.es</i>

Patronato Fundación

Manuel Lubián López	Pablo García López
Juan de Dios Alcántara Bellón	Isabel Corona Páez
Antonio Manteca González	Francisco José Guerrero García
Paloma Porras Martín	Amparo Ortega del Moral

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)
Telf: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02
e-mail: samfyc@samfyc.es
<http://www.samfyc.es/Revista/portada.html>

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^a. 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^a 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.*
Fermina 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 se distribuirá exclusivamente a profesionales de la medicina. Los miembros de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria la recibirán de forma gratuita.



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol. 10, Nº. 2, junio 2009

Sumario

Editorial

- 83 Consumo de antidepresivos en Andalucía. ¿Tristeza en la tierra de la alegría?

El espacio del usuario

- 85 Dispensación en farmacias de la píldora postcoital

Originales

- 87 ¿Cómo se alimentan nuestros adolescentes?
95 Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores
108 Diferenciación tipológica de las condiciones laborales nocivas entre los profesionales sanitarios
119 Mejora de la calidad de la atención prestada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. ¿Actualizamos nuestra práctica?
128 La obesidad, el factor de riesgo olvidado
136 El impacto sobre la salud de la cuidadora principal de personas mayores dependientes
145 Programa coordinado de uso racional del medicamento entre atención primaria y atención hospitalaria

Artículo especial

- 153 Diseño de una página Web para un centro de salud

Cartas al director

- 160 Butilescopolamina

Publicaciones de Interés

Actividades Científicas

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. 2, June 2009

Summary

Editorial

- 83 Consumption of Antidepressants in Andalusia: Sadness in the Land of Happiness?

The Consumer's Corner

- 85 Pharmaceutical dispensation of the "day-after pill"

Original Articles

- 87 Nutritional Habits among Adolescents
95 Social and Demographic Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Elderly Persons
108 Devising a Taxonomy to Identify and Evaluate Harmful Working Conditions Among Professionals in a Suburban Health Center
119 Improving Health Care for Primary Care Patients with Type 2 Diabetes: Are Our Practices Updated?
128 Obesity: an Overlooked Risk Factor
136 The Impact of Caring for Dependent Elderly Persons on the Health of Principal Caregivers
145 A Coordinated Program between Primary and Specialized Care Levels for the Rational Use of Drugs

Special Article

- 153 Designing a Web page for a health center

Letter to the editor

- 160 Butylscopolamine

161 Publications of Interest

174 Scientific Activities

175 Information for Authors

EDITORIAL

Consumo de antidepresivos en andalucía. ¿Tristeza en la tierra de la alegría?

Madueño Caro AJ

*Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. Cádiz
Coordinador GdT Salud Mental SAMFyC*

Según la Encuesta Nacional de Salud 2006, un 14,9% de la población andaluza mayor de 15 años declara haber padecido algún problema de "Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales" en los últimos 12 meses (8,4% hombres y 21,2% mujeres).

Actualmente, según datos del Instituto de Estadística de Andalucía se produce una mayor presencia en la pirámide poblacional de personas entre la cuarta y sexta década de la vida, lo que se puede relacionar con una mayor incidencia de patología relacionada con los trastornos depresivos, de ansiedad y por somatización. Al entenderse estos trastornos de evolución crónica crónicos en la mayor parte de los casos, esto redundaría en la mayor prevalencia de los mismos en esta distribución etaria.

Los patrones de prescripción de antidepresivos han sido objeto de estudio, encontrándose gran variabilidad en los patrones de prescripción.

En nuestro país, y en términos cuantitativos, se han publicado resultados que concluyen la existencia de hiperprescripción de psicofármacos. Se ha señalado un aumento en el consumo de ansiolíticos e hipnóticos, alcanzando la Dosis Diaria por Habitante (DHD) el 62,02 por año.

En relación con el análisis cuantitativo del consumo de psicofármacos en Andalucía, se dispone de información relevante, suponiendo este grupo terapéutico el 10,48% del total de fármacos consumidos en la Comunidad.

La prevalencia de uso de los antidepresivos durante el primer semestre de 2008, ha sido de 44,63 DHD (Dosis Diaria por habitante), observándose

se una variabilidad importante entre dicha prevalencia entre los distritos de atención primaria de la Comunidad Autónoma Andaluza.

Desde un punto de vista cualitativo, existe evidencia sólida que cuestiona los beneficios del tratamiento con antidepresivos relacionados con el grado de severidad de los trastornos depresivos. Además, se tiene la percepción, deducción de análisis cualitativo de grupos focales, de una sobreutilización de antidepresivos, así como de la necesidad de formación específica que aumente la adecuación terapéutica al diagnóstico de trastornos en salud mental.

A estas reflexiones, parecen subyacer factores o variables psicosociales, derivadas de expectativas enmarcadas en una sociedad del bienestar, donde la estabilidad afectiva se entiende como estándar emocional y su carencia se penaliza, acercando con facilidad la percepción del síntoma afectivo, por demás coherente con el devenir de la naturaleza humana, con la taxonomía psicopatológica.

Actualmente, dentro del Sistema Sanitario Público Andaluz, el escenario de relación médico de familia-paciente se ve influido por diferentes variables, relacionadas con la accesibilidad, la presión asistencial, y la escasez en recursos temporales para la atención a la demanda sanitaria. Centrándose en la demanda de atención en relación con problemas de salud, y, concretamente subsidiarios de prescripción de antidepresivos, el proceso asistencial integrado "ansiedad, depresión, somatizaciones", reconoce literalmente, en su preámbulo, "...la incapacidad, según la actual organización de servicios sanitarios, para atender con efectividad estas demandas..."

y, consecuentemente, propone elevar el naturalismo, la impresión subjetiva y la toma de decisiones en función de la tipología de síntomas, como características nucleares en el modelo de relación con el paciente subsidiario de tratamiento con este grupo terapéutico.

Las posibilidades del médico de familia, en cuanto a capacidad en aproximación diagnóstica, utilización en registro de ejes multiaxiales, intervenciones en psicoterapia de resolución de problemas, y, sobre todo, la oportunidad de mejora en formación básica y avanzada en psicofarmacología, constituyen fuente de variables relacionadas con la toma de decisión de tratamiento antidepressivo, así como con la elección del mismo.

El diagnóstico, en sí mismo, se constituye en variable determinante para la decisión de prescripción de antidepressivos. Se deduce que no siempre que se prescribe un antidepressivo se está ante un cuadro depresivo. De hecho, recientes estudios han propuesto algoritmos que permitan estimar cuales son las variables predictoras, y en que probabilidad, de que quien consume antidepressivos realmente padezca depresión. Son muchas las entidades clínicas, (trastorno de ansiedad generalizada, trastornos obsesivo compulsivos, de la conducta alimentaria, bipolares, dolor neuropático y otros trastornos mentales graves), que pueden, según indicaciones aprobadas, beneficiarse del uso de antidepressivos.

Existe sólida evidencia acerca de los factores de riesgo y sus vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales comunes. Estos factores de riesgo para los trastornos mentales se constituyen en potenciales variables que se asocian a la prescripción y/o uso de psicofármacos, fundamentalmente antidepressivos y ansiolíticos cuando el diagnóstico es de trastorno neurótico (depresivo, ansioso o por somatización). Los factores de riesgo pueden ser de carácter individual, relacionados con la salud física, el género, la familia, sociales, económicos y ambientales. Generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características.

Los bajos niveles de ingresos económicos, la desigualdad social, la pobreza, la exclusión social, se asocian con mayores niveles de sintomatología psiquiátrica. En relación a la situación laboral, las personas de baja prolongada por enfermedad, con permiso por maternidad, discapacidad, jubiladas y de desempleo, tienen más riesgo de sufrir depresión, ansiedad o problemas relacionados con el alcohol y, cómo no, el estrés laboral es una de las principales causas de trastorno mental común.

¿Tristeza en la tierra de la alegría? Nos queda mucha tarea...

EL ESPACIO DEL USUARIO

Dispensación en farmacias de la píldora postcoital

Yesa Herrera J

Responsable Área de Salud FACUA Andalucía

La decisión del Ministerio de Sanidad y Política Social de permitir la dispensación de la denominada popularmente “píldora del día después” en las oficinas de farmacia, sin necesidad de receta, ha provocado el correspondiente debate público cuyo eje central ha vuelto a situarse, más en aspectos ético-morales de la medida, que en otros entroncados con políticas de uso racional de los medicamentos y de información y formación sanitaria de la ciudadanía. Según el Gobierno Central, la intención perseguida no es otra que disminuir, de manera importante, el número de embarazos no deseados, sobre todo, en adolescentes, para lo que se ampara en las estadísticas que al respecto presentan países de nuestro entorno en los que se ha implantado dicha medida.

En el debate han intervenido, entre otros, responsables políticos, de organizaciones feministas, líderes religiosos y profesionales del sector sanitario, entre otros, y en muchos de los planteamientos expuestos al respecto se han obviado los aspectos, a nuestro juicio, más importantes de esta cuestión: las medidas de control sanitario de la dispensación de este medicamento y su relación con la educación sexual.

A la hora de fijar nuestra posición ante esta medida, es necesario recordar que nuestra organización defiende, decididamente, la libertad de las mujeres para decidir libremente sobre su capacidad de gestación, y, al mismo tiempo, que siempre nos hemos posicionado a favor de que la administración sanitaria ejerza un control real, efectivo y eficaz sobre los medicamentos, como parte esencial de las políticas públicas de uso racional y adecuado de los mismos por parte de los usuarios y usuarias, incluyendo en dicho control la actividad publicitaria y de comercialización de los mismos.

Si realmente no queremos eludir la raíz de este asunto, debemos tener presente las notables carencias que, en materia de educación sexual, sigue aún padeciendo nuestro sistema educativo. No parece existir una fórmula mágica que evite el alto número de embarazos no deseados en adolescentes que aún siguen produciéndose, en España y en otros países de nuestro entorno, pero sí tenemos claro que debe seguir insistiéndose en la implantación e implementación, con los recursos necesarios, de la educación sexual en los procesos formativos de niños y jóvenes, procesos en los que se ha avanzado pero que aún resultan insuficientes.

Hasta el momento, y con independencia de que el centro educativo sea público o privado, la educación sexual sigue siendo tratada de manera residual y poco profesional. A pesar de que los jóvenes se inician en las relaciones sexuales a una edad cada vez más temprana, la formación sobre esta materia se sigue impartiendo, de paso y entre risitas del alumnado, por un profesorado que, en numerosas ocasiones, ha reivindicado su falta de preparación y de recursos al respecto. La educación sexual en las aulas y como asignatura o materia transversal se incorporó con la LOGSE pero no ha tenido desarrollo y depende del voluntarismo de profesores que, a su vez, carecen de la preparación necesaria para abordar el tema de forma adecuada.

Pasando del ámbito educativo al sanitario, debemos recordar que uno de nuestros caballos de batalla continúa siendo la necesidad de incrementar la información y la formación en salud de la ciudadanía, en las que entendemos que los centros de atención primaria deben desempeñar un papel fundamental. En diferentes foros en los que hemos coincidido con profesionales sanitarios que trabajan en urgencias les hemos escu-

chado como han expuesto la necesidad de formar a los jóvenes en el uso adecuado de los anticonceptivos dado que, en su opinión, y entre otras consecuencias, se estaba produciendo un aumento considerable en la demanda de dispensaciones de la píldora en cuestión, lo que indicaba la necesidad de realizar campañas informativas y formativas al respecto.

Por ello, nos preocupa que en nuestra Comunidad Autónoma, en la que, al contrario que en otras, la dispensación de este medicamento no estaba provocando problemas significativos para las usuarias, esta medida pueda suponer cierta pérdida de control sobre su uso y la ausencia de la pertinente formación e información que debe acompañarlo.

Probablemente, si en los demás de sistemas sanitarios públicos se hubiera dado el tratamiento a la dispensación de esta píldora que se ha dado en Andalucía, la medida adoptada por el Ministerio, probablemente, no hubiera sido necesaria. En nuestra caso, entendemos que esta decisión no debe provocar renunciar a establecer mecanismos que garanticen una información correcta y lo más completa posible sobre su utilización a las usuarias que la demanden, trabajando de forma coordinada con los farmacéuticos y con las organizaciones de consumidores y usuarios.

No podemos olvidar que como el resto de los medicamentos, el que nos ocupa, también debe estar sujeto a una política de uso eficaz, eficiente y racional y que es preciso formar a las usuarias en el uso adecuado de este recurso.

Consideramos por tanto, que la aplicación de esta medida en Andalucía no debe suponer un giro radical en los criterios seguidos hasta la fecha, exceptuando, lógicamente, la incorporación al abanico de posibilidades de las usuarias que quieran hacer uso del mismo el poder dirigirse, a tal fin, a una farmacia.

En este sentido, esperamos que las oficinas de farmacias incorporen las medidas de control, formación e información necesarias a la que anteriormente hemos aludido. A nuestro juicio, las farmacias tienen ante sí una posibilidad magnífica de demostrar que aquellos que defendemos la pervivencia de su actual modelo no nos equivocamos.

Finalmente, y desde el respeto al ejercicio, por parte de los profesionales sanitarios, del derecho a la objeción de conciencia, recordamos que la administración sanitaria debe articular las fórmulas necesarias para que el mismo no obstaculice el derecho de las usuarias a acceder a la dispensación de este medicamento, tanto en farmacias como en centros sanitarios.

ORIGINAL BREVE

¿Cómo se alimentan nuestros adolescentes?

Rivas Martínez M^aR¹, Herrador Fuentes B¹, Audi Al-Amiry W¹, Martínez Chaves M^aV¹, Audi Al-Amiry N², Jiménez Pulido I¹

¹ Centro de Salud Virgen del Gavellar. (Úbeda). Distrito Sanitario Jaén Nordeste

² Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos, Departamento de Fisiología (Universidad de Granada)

RESUMEN

Título: ¿Cómo se alimentan nuestros adolescentes?

Objetivos: conocer los hábitos nutricionales de los adolescentes.

Diseño: estudio descriptivo realizado a principios de 2008, en el que se valoraron las costumbres alimentarias de los jóvenes a través de un cuestionario no validado.

Emplazamiento: Instituto de Enseñanza Secundaria de Úbeda (Jaén).

Población y muestra: 185 adolescentes, entre 16 y 20 años, estudiantes de 1º y 2º de Bachillerato.

Resultados: el 64.32% de los adolescentes, desayuna antes de ir a clase, mientras que un 15.23% nunca lo hace. Más de mitad, comen a media mañana en el Instituto. Tres cuartas partes de los encuestados suelen "picar" entre horas. No suelen saltarse la cena el 82.70%. Los alimentos más deficitarios en su alimentación son el pescado, la fruta y la verdura.

El 36.76% consumen aquellos alimentos anunciados en televisión y un 71.89% afirman que la comida rápida es peor que la casera.

Conclusiones: el desayuno no está asentado en los adolescentes como la comida más importante del día y hay alimentos que son consumidos de forma deficitaria. Su alimentación se ve influenciada por el entorno que los rodea. Es importante que desde Atención Primaria se conozcan los hábitos nutricionales de nuestros jóvenes con el fin de desarrollar estrategias de prevención de posteriores patologías como Diabetes Mellitus, trastornos de la conducta alimentaria, obesidad...

Palabras clave: adolescentes, hábitos alimentarios, vida saludable, nutrición.

SUMMARY

Title: Nutritional Habits among Adolescents.

Goal: Examine the nutritional habits of adolescents.

Design: A descriptive study conducted in early 2008, based on a non-validated questionnaire aimed at evaluating the eating habits of young people.

Setting: Úbeda High School (Jaen, SPAIN).

Population and Sample: 185 adolescents between the ages of 16 and 20 enrolled in the first and second cycles of the Spanish *bachiller* (a recognized pre-university educational program).

Results: 64.32% of the adolescents had breakfast before attending class, while 15.23% did not. More than half of them eat something at mid-morning while at school. Three fourths of those surveyed said they

Correspondencia: M^a. Rafaela Rivas Martínez
C.S. Virgen del Gavellar
C/. María Auxiliadora, s/n.
23400 Úbeda (Jaén)
E-mail: rafirivas@hotmail.com

Recibido el 31-07-2008; aceptado para publicación el 14-01-2009
Med fam Andal 2009; 2: 87-94

tend to snack between meals. 82.70% said they don't usually miss dinner. Fish, fruit, and vegetables are the foods most lacking in their diet. 36.76% eat foods they see advertised on television and 71.89% affirm that the quality of fast-food is inferior to home-cooking.

Conclusions: Adolescents are not accustomed to seeing breakfast as being the most important meal of the day and a number of foods are lacking in their diet. Their eating habits are influenced by the surrounding environment. It is important for the primary care sector to understand the nutritional habits of our young people in order to develop strategies aimed at preventing illnesses later in life such as diabetes mellitus, eating disorders, obesity, etc.

Key words: Adolescents, food habits, healthy lifestyle, nutrition.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina con el cese del crecimiento somático y la maduración tanto a nivel psicológico como social. Esta etapa se caracteriza por cambios físicos, psíquicos, emocionales y sociales que influyen en sus hábitos alimenticios, pudiendo desencadenar desequilibrios nutricionales. De ahí la importancia de una adecuada educación nutricional que les permita hacer una dieta equilibrada, base de una buena salud.

Debido a la mejora en las condiciones dietéticas de las últimas décadas, el peso y la estatura de los adolescentes españoles se asemejaba al del resto de países europeos; pero en los últimos años nuestros adolescentes se están convirtiendo en unos de los más obesos de Europa, ya que uno de cada cuatro se ve afectado por problemas de sobrepeso.

A nivel Europeo se están llevando a cabo estudios sobre nutrición y estilos de vida en adolescentes, como es el caso del HELENA (Healthy Lifestyle by Nutrition in Adolescence). Entre sus objetivos destacan:

- Valorar los hábitos de vida, principalmente dieta, nutrición y actividad física.
- Investigar los conocimientos de los adolescentes sobre nutrición.
- Identificar posibles situaciones de riesgo como obesidad mórbida, trastornos de la conducta alimentaria...
- Desarrollar programas de educación para mejorar el estilo de vida.
- Prevenir enfermedades relacionadas con los hábitos de vida insaludables como Diabetes mellitus tipo II, obesidad, dislipemias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, determinados tipos de cáncer, alergias.

Por medio de nuestro estudio queríamos conocer cómo eran los hábitos nutricionales de los adolescentes de un Instituto de Enseñanza Secundaria de Úbeda. Serviría como fase previa a la planificación y puesta en marcha de activida-

des educacionales en salud para este colectivo de población.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio que se llevó a cabo fue un estudio descriptivo. Se realizó en el Instituto de Enseñanza Secundaria de Úbeda (Jaén) a principios del 2008. En él participaron 185 adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 16 y 20 años, estudiantes de 1º y 2º de Bachillerato. Participaron siete aulas, cuatro de primero y tres de segundo curso. Se incluyeron en el estudio todos los alumnos que habían asistido a clase. La recogida de información se realizó a través de un cuestionario autoadministrado no validado (anexo I) de carácter anónimo que constaba de 14 preguntas cerradas. Antes de la cumplimentación del mismo se le explicó de forma clara y precisa cómo hacerlo.

RESULTADOS

Entre nuestros resultados obtenemos que el 64,33% de los encuestados desayunan antes de ir a clase, haciendo un desayuno ligero, siendo la leche sola el alimento elegido. El 15,23% responde que nunca toma nada antes de comenzar su jornada. Más de la mitad comen a media mañana en el recreo del Instituto, siendo el bocadillo la opción preferente, seguida de la bollería.

El 75,67% de los encuestados suelen "picar" entre horas, entre los alimentos preferidos para eso se encuentran la bollería y las chucherías. La mayoría suelen comer y cenar a la misma hora. El 82,70% responde que cena a diario.

En relación al consumo semanal de determinados grupos de alimentos, podemos decir que nuestros adolescentes suelen tomar carne más de tres veces por semana en un 57,83%. La mayoría consumen pescado, legumbres, pasta y huevos menos de tres veces por semana. Un 2,70% de los encuestados refiere que nunca comen pescado y una cuarta parte no consume fruta y verdura a diario.

Al preguntar si existe alguna predilección por aquellos alimentos anunciados en televisión un

36,76% contesta que consume especialmente aquellos productos que se anuncian, frente el 63,24% que no lo hace. El 71,89% considera la comida rápida peor que la casera, sólo el 7,56 % la considera mejor.

DISCUSIÓN

Según la Sociedad Española de Medicina del Adolescente, una dieta equilibrada para éste sería aquella que aportara 50-55% de hidratos de carbono, 30-35% de lípidos y 15 % de proteínas, con un aporte energético 2500-3000 calorías en varones y 2200-2500 en mujeres. Éstos nutrientes se deberían repartir a lo largo del día de la siguiente manera: desayuno 20% , a media mañana 10%, en la comida 35%, merienda 10 % y cena 25%. A luz de los resultados de nuestro estudio y de otros realizados con anterioridad podemos afirmar que el desayuno no está asentado en la dieta de los adolescentes como la más importante del día, ya que proporciona energía tras el ayuno prolongado de la noche, Muchos suelen saltárselo, al igual que la comida de media mañana y la cena, aunque ésta última en menor medida.

La fruta y la verdura siguen siendo deficitarias en la dieta de los jóvenes; en nuestro estudio hallamos que algo más de la cuarta parte de los jóvenes encuestados no toman fruta y verdura a diario, a pesar de que en esta etapa de crecimiento son necesarios para una adecuado desarrollo. Al igual pasa con el pescado, siendo su consumo en la mayoría de los adolescentes inferior a tres veces por semana. Por tanto las proteínas ingeridas son principalmente procedentes de la carne y no del pescado o vegetales.

El "picoteo " es un hábito frecuente entre los adolescentes, utilizando para ello alimentos con muy bajo nivel nutricional como la bollería industrial, frutos secos, refrescos azucarados, helados, que en ocasiones sustituyen a alguna comida.

Los adolescentes se ven influenciados en su alimentación por la publicidad y el entorno que los rodea, viéndose atraídos por los alimentos anunciados en televisión. Esto ha hecho que se promuevan la ingesta de productos y comidas de

preparación rápida (pizzerías, hamburgueserías, etc.).

En este estudio se ha evitado el sesgo de inaceptabilidad (sesgo de información) por medio de la realización de un cuestionario anónimo donde el encuestado podía manifestarse libremente.

Los resultados podrían verse afectados por el sesgo anamnésico, ya que al ser preguntados por el número de veces que han consumido un determinado alimento en la semana previa podrían no recordarlo. Para intentar evitarlo se hizo hincapié en que antes de contestar a la ligera el cuestionario, tuvieran unos minutos de reflexión.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento a profesores/as y alumnos/as del Instituto de Enseñanza Secundaria San Juan de la Cruz de Úbeda por su colaboración desinteresada en este proyecto.

Este trabajo se presentó al 18º Congreso SAMFyC, celebrado en Granada en junio de 2008, como Comunicación Oral.

BIBLIOGRAFIA

1. Martín Moreno V, Molina Cabrerizo MR, Fernández Rodríguez J, Moreno Fernández AM, Lucas Valbuena JC. Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural. *Rev Esp Salud Pública*. 1996; 70: 331-43.
2. Moreno LA, González- Gross M, Marcos A, Jiménez Pavón D, Sánchez MJ, Mesana MI, et al. Proporcionando un estilo de vida saludable a los adolescentes europeos mediante el ejercicio y la nutrición: el proyecto HELENA. *Selección*. 2007; 16: 13-17.
3. Vicente-Rodriguez G, Libersa C, Mesana MI, Béghin L, Iliescu C, Moreno Aznar LA, et al. Healthy Lifestyle by Nutrition in Adolescence (Helena). A New EU Funded Project. *Thérapie*. 2007; 2:259-70.
4. De Henauw S, Gottrand F, De Bourdeaudhuij I, González- Gross M, Leclercq C, Kafatos A, et al. Nutritional status and lifestyles of adolescents from a public health perspective. The HELENA Project- Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence. *J Public Health*. 2007; 15: 187-97.
5. Hidalgo Vicario M. Atención Integral del Adolescente. *Revisión Crítica*. 2007. URL: http://adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&id=52&id_doc=224&show=1
6. Castellano Barca G. Hábitos nutricionales del adolescente. URL: http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&id=50&id_doc=55&show=1

Anexo I. ENCUESTA SOBRE HÁBITOS NUTRICIONALES DE LOS ADOLESCENTES

1. ¿Sueles desayunar antes de venir a clase?

- Siempre
- A veces
- Nunca

2. Si la respuesta anterior es "siempre" o "a veces", ¿qué comes?

- Leche sola - Leche+tostada - Leche+bollería
- Zumo - Zumo+tostada - Zumo+bollería
- Otros _____

3. ¿Comes algo a media mañana?

- Siempre
- A veces
- Nunca

4. Si la respuesta anterior es "siempre" o "a veces", ¿qué comes?

- Bocado - Bollería
- Chucherías - Otros

5. ¿Sueles cenar?

- Siempre
- A veces
- Nunca

6. Si la respuesta anterior es "siempre" o "a veces", ¿qué comes?

- Primer plato (pasta, verdura, sopa...)
- Carne, pescado, huevos
- Leche
- Fruta
- Dulces
- Otros

7. ¿Picas entre horas?

- Siempre
- A veces
- Nunca

8. ¿Qué sueles picar?

- Bollería
- Chucherías
- Fruta
- Otros

9. ¿Tomas a diario fruta y verdura?

- Siempre
- A veces
- Nunca

10. Aproximadamente, ¿cuántas veces a la semana comes...?

Legumbres:

Nunca Menos de 3 veces/semana Más de 3 veces/semana

Carne:

Nunca Menos de 3 veces/semana Más de 3 veces/semana

Pescado:

Nunca Menos de 3 veces/semana Más de 3 veces/semana

Pasta:

Nunca Menos de 3 veces/semana Más de 3 veces/semana

Huevos:

Nunca Menos de 3 veces/semana Más de 3 veces/semana

11. ¿Comes o cenas habitualmente a la misma hora?

- SI
- NO

12. ¿Comes o bebes los alimentos que ves en los anuncios?

- SI
- NO

13. ¿Los comerías si no se anunciaran?

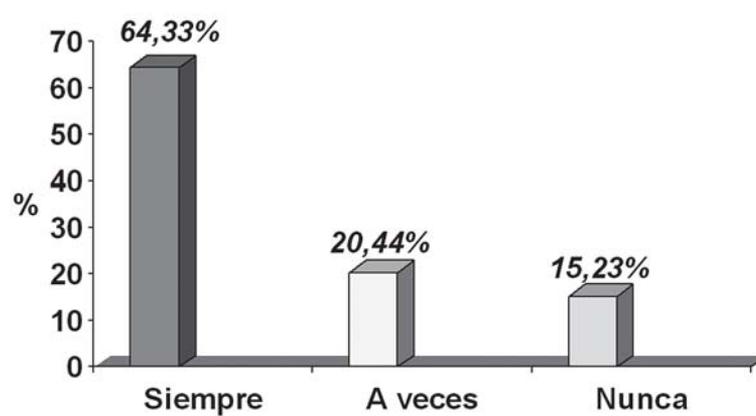
- SI
- NO

14. ¿Cómo consideras los alimentos de las hamburgueserías, pizzerías y similares respecto a la comida de casa?

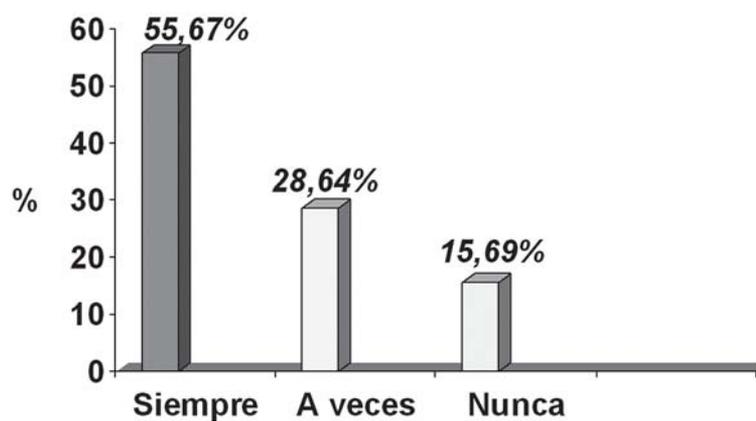
- Igual
- Mejor
- Peor

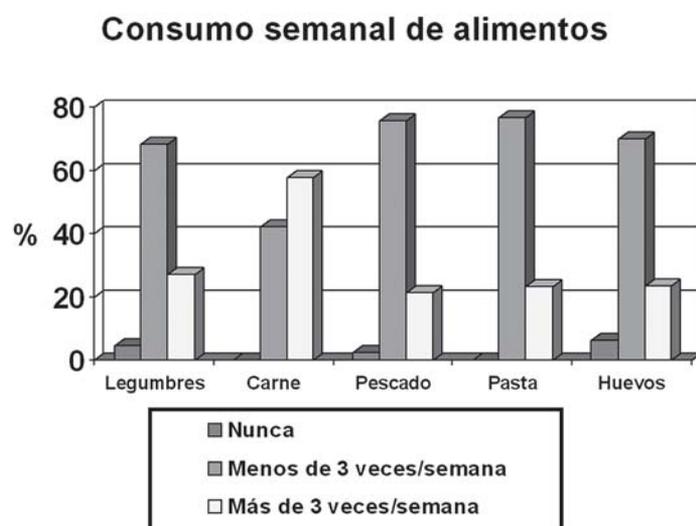
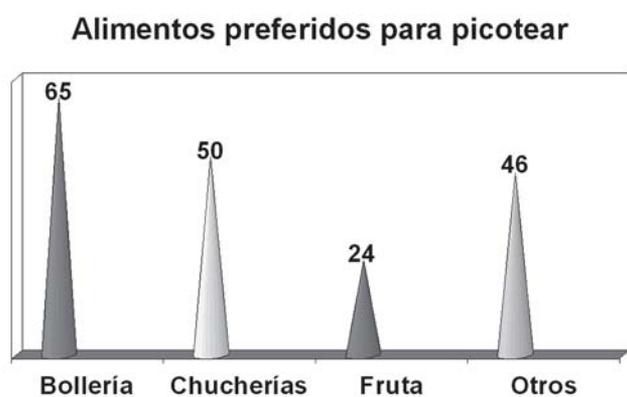
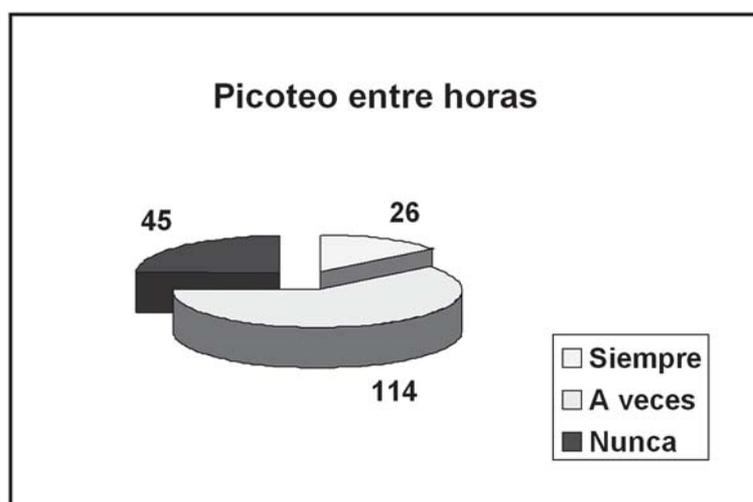
GRÁFICAS DE RESULTADOS

Desayunan antes de ir a clase

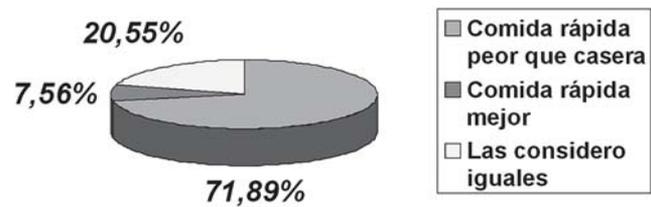


Comida a media mañana

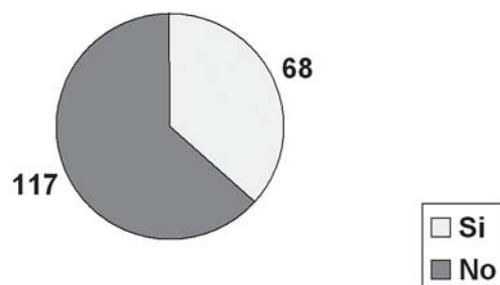




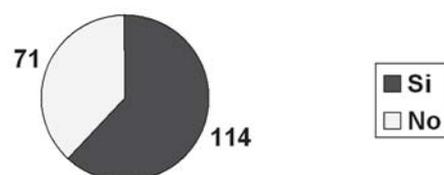
Opiniones sobre la comida rápida



¿Consumes preferentemente alimentos anunciados en medios de comunicación?



¿Consumirías esos alimentos si no se anunciaran?



ORIGINAL

Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores

Gavilán Moral E¹, Pérula de Torres LA², Castro Martín E³, Varas-Fabra F⁴, Fernández Fernández M^aJ⁵, Ruiz Moral R⁶

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de Salud. Unidad Docente de Medicina Familiar de Plasencia (Cáceres)

² Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Técnico de Salud. Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito de Atención Primaria de Córdoba

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rute. Distrito de Atención Primaria de Córdoba-Sur

⁴ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Facultativo Especialista del Área de Rehabilitación. Equipo Móvil de Rehabilitación y Fisioterapia en domicilio. Distrito de Atención Primaria de Córdoba

⁵ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Distrito de Atención Primaria de Córdoba

⁶ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador Provincial de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito de Atención Primaria de Córdoba

RESUMEN

Título: factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores.

Objetivo: describir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) e identificar los factores sociodemográficos asociados a dicha CVRS entre las personas mayores no institucionalizadas.

Diseño: estudio observacional transversal de base poblacional.

Emplazamiento: tres Zonas Básicas de Salud de la ciudad de Córdoba.

Población y muestra: 362 sujetos de ambos sexos con 70 años ó más.

Intervenciones: mediante entrevista personal se midieron variables sociodemográficas y se les aplicó el cuestionario EuroQol-5D. Se realizó un análisis bivariado y multivariado para identificar los factores sociodemográficos asociados a la CVRS ($p < 0,05$).

Resultados: La media de edad de los participantes fue de 76,6 años, siendo mujeres el 58,3%. La puntuación media en la Escala Visual Analógica del EuroQol-5D fue 60,8 (IC 95%: 58,9-62,7), mientras que la tarifa social fue de 0,66 (IC95%: 0,63-0,69). Los problemas detectados fueron: movilidad, 48,1%; cuidado personal, 24,5%; actividades cotidianas, 39,8%; dolor/malestar, 67,9%; ansiedad/depresión, 44,5%. Las personas de mayor edad y las mujeres presentan peor CVRS; otros factores, como el pertenecer a una clase social menos favorable, y tener menor nivel educativo, están independientemente asociados con algunas de las dimensiones del Euro-Qol-5D, como los problemas de movilidad o para la realización de actividades cotidianas.

Conclusiones: La calidad de vida de nuestros mayores es peor a la hallada en otros trabajos realizados en poblaciones con mejor desarrollo socioeconómico.

Palabras clave: Calidad de vida relacionada con la salud. Anciano. Estado autopercebido de salud. Euroqol-5D.

Correspondencia: Luis Ángel Pérula de Torres
Unidad Docente de MFyC, HRU Reina Sofía
C/. Dr. Blanco Soler, s/n. Córdoba
E-mail: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 20-11-2008; aceptado para publicación el 29-12-2008
Med fam Andal 2009; 2: 95-107

SUMMARY

Title: Social and Demographic Factors Associated to Health-Related Quality of Life among Elderly Persons

Goal: To describe health-related quality of life (HRQOL) in a population of non-institutionalized elderly.

Design: An observational, cross-sectional, population-based study.

Setting: Three basic health zones in the City of Cordoba.

Population and sample: 362 subjects of both sexes aged 70 years or older.

Methods: The EuroQol-5D questionnaire was applied during a personal interview to measure demographic variables. A bivariate and multivariate analysis was done to identify demographic factors associated to HRQOL ($p < 0.05$).

Results: The average age of participants was 76.6, and the majority were women (58.3%). The average score on the EuroQol-5D Visual Analog Scale (VAS) was 60.8 (CI 95%: 58.9-62.7), while the social index value was 0.66 (CI 95%: 0.63-0.69). The following problems were detected: mobility, 48.1%; self-care, 24.5%; activities of daily living, 39.8%; pain/discomfort 67.9%; anxiety/depression, 44.5%. Elderly persons of advanced age and women have worse HRQOL scores; other factors, such as belonging to a less affluent social class and having less education, are independently associated with some EuroQol-5D dimensions, such as problems with mobility or for carrying out activities of daily living.

Conclusions: The quality of life for elderly persons in this study is worse than measurements described in other studies carried out in less socio-economically deprived groups.

Key words: Health-related quality of life, elderly, self-perceived health status, EuroQol-5D.

INTRODUCCIÓN

Con el paso de los años los adultos tienden a padecer más enfermedades y cierto deterioro de la capacidad física (1,2). La falta de adaptación a estos cambios puede ocasionar un desfase entre las expectativas sobre su salud y las experiencias previas, tendiendo así a percibir su propio estado de salud de una forma negativa (3). Ante esta situación, la mayoría de las personas mayores prefiere mejorar su calidad de vida en vez de alargar la supervivencia (4). Por este motivo, el objetivo primordial de la atención sanitaria a las personas mayores debe encaminarse a la mejora del bienestar físico, psíquico y emocional, o lo que es lo mismo, conseguir una mejor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Así pues, la medición de la CVRS puede ser muy útil dentro de la práctica clínica diaria y en la planificación de la atención sanitaria a los ancianos. Para ello, necesitamos instrumentos que, además de válidos y fiables, sean fáciles y rápidos de administrar, y que predigan con mayor exactitud resultados como el uso de recursos sanitarios (5-7). De todos los cuestionarios genéricos de CVRS, quizá uno de los más apropiados para su uso en ancianos por sus características es el EuroQol-5D (EQ-5D), dada su brevedad y facilidad de administración, lo cual permite una mejor adaptación a las limitaciones del anciano y procura una mayor tasa de respuestas (5,7-9).

Dentro de los determinantes de la CVRS en los ancianos, los factores sociodemográficos han sido estudiados en los últimos años. Entre ellos, se ha apuntado a la edad (8, 10-12), ser mujer (4,8,11-13,15-16), no estar casado (8,17), pertenecer a una clase socioeconómica más desfavorable (8,11-12,16), tener peor red de apoyo social (10,17), y nivel bajo de estudios (8,12-13), como condicionantes importantes de la CVRS en este sector poblacional. Pero muchos de estos trabajos han valorado no la CVRS sino la autopercepción global de la salud (15-16), o bien han utilizado otros cuestionarios de CVRS distintos al EQ-5D (10,13-14,17), o se han realizado sobre muestras no representativas de la población anciana (17). Por ello, resultan aún necesarios más estudios que den consistencia a estos hallazgos y describan de una manera más rigurosa la situación de la CVRS de las personas mayores,

sobre todo entre la población no institucionalizada.

El objetivo del presente estudio fue describir la CVRS a través del EQ-5D, y analizar las posibles diferencias en función de ciertos factores socio-demográficos de la población anciana no institucionalizada de nuestro ámbito geográfico.

SUJETOS Y MÉTODOS

-Población de estudio y muestra:

Se trata de un estudio observacional, de prevalencia, por encuesta de salud. El trabajo se realizó en tres Zonas Básicas de Salud (ZBS) de la ciudad de Córdoba, que abarcan a una población de 8.750 personas con 70 años ó más. Mediante la fórmula para la estimación de una proporción en poblaciones finitas, se determinó una muestra de 362 sujetos (proporción estimada=0,3; error α =5%; precisión de $\pm 0,05$; y una tasa esperada de pérdidas de un 10%; cálculos realizados con el programa C4-Study Design Pack, versión 1.1, de GlaxoSmithKline ©). Utilizamos un muestreo aleatorio polietápico: en una primera fase estratificamos por ZBS en función del tamaño de la población; y en una segunda, un muestreo sistemático con arranque aleatorio, reclutando a las personas que cumplían los criterios de inclusión de entre el total de usuarios registrados en la Base de Datos de Usuarios (BDU) existente en el Servicio Andaluz de Salud.

Se incluyeron sujetos de edad igual o mayor a 70 años, con residencia habitual (más de 6 meses al año) en el área de cobertura de los centros de salud participantes, y que dieron su consentimiento informado para participar. Se excluyeron las personas encamadas por cualquier problema de salud, los enfermos terminales con esperanza de vida menor de 6 meses, los sujetos desplazados con menos de tres meses de permanencia en la ZBS, los pacientes con enfermedades psiquiátricas o deterioro cognitivo grave, las personas institucionalizadas, y aquellas que declinasen participar.

La captación se realizó en los Centros de Salud o por teléfono, y los datos se obtuvieron mediante

una entrevista personal que se realizó en una de las consultas del propio Centro de Salud. Las entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de noviembre de 2003 a abril de 2004. Previo al trabajo de campo se realizó un estudio piloto con 15 sujetos escogidos mediante muestreo de conveniencia, que reunían los criterios de inclusión establecidos y que no contabilizaron para la muestra final. A estos mismos sujetos se les volvió a citar para entrevistarlos de nuevo unos 15-20 días después, para evaluar la concordancia intra-observador de los ítems del cuestionario utilizado, obteniéndose unos índices Kappa > 0,40, lo que es considerado como una buena fiabilidad (18).

-Fuentes de Información y variables estudiadas:

Se elaboró un Cuaderno de Recogida de Datos en el que se incluyó el cuestionario "EuroQol-5D" (EQ-5D), un instrumento genérico para valorar la CVRS que está validado en nuestro medio (19). Está formado por dos partes: un sistema descriptivo que permite medir estados o problemas de salud en 5 dimensiones (EQ1: movilidad, EQ2: cuidado personal, EQ3: actividades cotidianas, EQ4: dolor/malestar, y EQ5: ansiedad/depresión). Dentro de cada dimensión se distinguen 3 niveles de afectación: no hay problemas, algunos o moderados problemas, y muchos problemas. La segunda parte es una escala visual analógica (EVA) donde los pacientes puntúan su propio estado de salud entre 0 y 100, correspondiendo el 0 al peor estado de salud imaginable y el 100 al mejor estado de salud. El EQ-5D además permite asignar valores a todos los estados de salud, obteniéndose un índice (índice EQ-5D) para cada uno de los 243 estados de salud posibles. El resultado es una "tarifa" o sistema de ponderación obtenido a partir de la valoración por una muestra representativa de la población general (en este caso la española) de los estados de salud, mediante el método de la EVA. La "tarifa social" varía entre -1 y 1, asignando a los estados de salud "perfecta" y "muerte" los valores 1 y 0, respectivamente.

Las variables sociodemográficas contempladas en el estudio fueron: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, y profesión ejercida, codificada ésta según la adaptación española de la clasificación del "British Registrar General" (BRG)

(20), lo que permite encuadrar al sujeto en 5 categorías según la clase social: sin embargo, y dado el escaso número de sujetos que observamos pertenecientes a las categorías I, II y III, se agruparon estas en una sola, quedando finalmente establecidos tres grupos: a) Profesiones liberales, directivos, técnicos superiores y medios, comerciantes, cuadros intermedios y administrativos (categorías I-II-III); b) trabajadores manuales cualificados y los semicualificados (categoría IV); c) trabajadores no cualificados y no clasificables (categoría V).

-Análisis de los datos:

Para el análisis estadístico empleamos el programa SPSS®, versión 9.0 para Windows, y consistió en el estudio descriptivo, seguido de un análisis bivariado para comprobar la existencia de asociación entre las variables sociodemográficas y las cinco dimensiones del EQ-5D, el estado de salud (EVA), y la tarifa social (Índice EQ-5D). Posteriormente, se llevó a cabo un análisis multivariante: por un lado, un análisis de Regresión Logística no condicional, en el que partiendo de un modelo máximo que incluía las variables socio-demográficas recogidas, se fueron extrayendo del mismo aquellas cuya $p > 0,10$ con el estadístico de Wald. Las variables cualitativas ordinales fueron tratadas como variables dummy. Las variables dependientes fueron las cinco dimensiones del EQ-5D. La bondad de ajuste de los modelos se comprobó mediante el test de Hosmer-Lemeshow. Por otra parte, mediante un análisis de Regresión Lineal Múltiple, y siguiendo la misma estrategia de modelización antes comentada, se estudió la correlación de las variables socio-demográficas con la puntuación de la EVA y con la del Índice EQ-5D (variables dependientes). El estudio fue aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación Clínica del Hospital Reina Sofía de Córdoba.

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 100% (n=362). Las características sociodemográficas de la población estudiada según el sexo se presentan en la tabla 1. Esta presentaba una edad media de $76,59 \pm 5,4$ (DE) años (Intervalo de confianza al 95% - IC_{95%} -: 76,04 a 77,15; límites: 70 a 94), con

un predominio de mujeres (58,3%). Se hallaron diferencias en las características estudiadas según el sexo; así, se observa como las mujeres presentan una media de edad superior a la de los hombres, hay mayor porcentaje de viudas - 54%- que de viudos, la mayoría de ellas se encuadran dentro de la clase social V (88,6%), sobre todo debido a que en esa categoría se incluyen a las amas de casa, y también un porcentaje superior de mujeres que de hombres que no tienen estudios (77,7%).

La frecuencia de problemas declarados mediante el sistema descriptivo de cinco dimensiones del EQ-5D, se muestra en la figura 1. Como se puede apreciar, el problema más prevalente es el dolor/malestar (67,9%). En la figura 2 se observa como en nuestra población la presencia de problemas en las categorías del EQ-5D va aumentando, de manera estadísticamente significativa (salvo en la dimensión Dolor/Malestar; $p=0,186$), conforme aumenta la edad ($p < 0,001$). Mediante el análisis bivariado, las variables socio-demográficas que se asocian con cada una de las dimensiones del EQ-5D, se muestran en la tabla 2, mientras que los factores que se asocian mediante análisis multivariante se presentan en la tabla 3. Destacan la edad y el sexo, pues constituyen las variables que se encuentran asociadas con prácticamente todas las dimensiones.

Al preguntarles a los encuestados sobre su estado de salud actual, el 52,2% afirmó que se encontraba igual que hace un año, el 34,5% peor y el 13,2% mejor. El valor medio obtenido en la EVA (estado de salud) es de $60,8 \pm 18,0$ (límites: 5-100 puntos; IC_{95%} de la media: 58,2-62,0; mediana: 60). La puntuación media del índice EQ-5D fue $0,66 \pm 0,25$ (límites: 0,01-1; IC_{95%} de la media: 0,63-0,68; mediana: 0,70). El 19,6% presentan un perfil de salud con el índice EQ-5D de un valor de 1 (salud "perfecta"). Como se aprecia en las figuras 3 y 4, las puntuaciones medias con el índice EQ-5D y la EVA son inferiores en las mujeres y van disminuyendo conforme aumenta la edad de los sujetos ($F=13,58$, $p < 0,0001$; $F=7,701$, $p < 0,0001$, respectivamente). En la tabla 4 se expresa la relación entre las variables sociodemográficas y la EVA y el índice EQ-5D mediante análisis bivariado, mientras que en la tabla 5 se muestran los resultados del análisis multivariado.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio las mujeres, al igual que los participantes de mayor edad, presentan peor CVRS en casi todas las dimensiones del EQ-5D y en los indicadores globales. Este fenómeno ya había sido descrito anteriormente por nuestro grupo en un estudio igualmente de base poblacional en el que habíamos medido la autopercepción de salud de los ancianos (21). Estos resultados son consistentes con los existentes en la literatura, tanto en población anciana (8,10-11,13-16,22), como también en la población general (11,23). Otros factores sociodemográficos, como el pertenecer a una clase social menos favorable y tener menos nivel educativo, que en otros trabajos se han visto relacionado con una peor CVRS (8,11-13,16-17), parecen también estar asociados con algunas de las dimensiones en que se subdivide el EQ-5D (movilidad y la realización de actividades cotidianas). El estado civil, sin embargo, no parece ser una característica que permita distinguir aquellos ancianos con mala o buena CVRS.

Con el transcurrir de los años las personas tienden a sufrir enfermedades y limitaciones en sus actividades habituales que terminan afectando a su calidad de vida. Por este motivo, parece lógico que la edad se haya identificado como factor independientemente asociado al deterioro de la CVRS en el nuestro y en otros estudios (8,10-12). Además, según representamos en la figura 2, todas las dimensiones del EQ-5D se ven significativamente más afectadas con el paso de los años, excepto la de dolor/malestar, al igual que ocurre en el trabajo de Azpiazu (8), dado que se partía ya de un porcentaje muy alto de población afectada en el rango de edad más bajo. Posiblemente esto pudiera encontrar su explicación en que en las edades más avanzadas las enfermedades que van apareciendo son muy invalidantes e incapacitantes (24), lo cual conduciría a mayor nivel de estrés emocional (y consecuentemente de alteraciones emocionales como el sentirse deprimido o ansioso), pero no de dolor o malestar físico.

Por otra parte, el que las mujeres presenten peor CVRS podría explicarse en parte por el hecho de que éstas mostraban un perfil sociodemográfico más desfavorable comparado con los hombres. Así, las mujeres de nuestro estudio eran de ma-

yor edad que los hombres, mas de la mitad eran viudas, pertenecían a clases sociales más desfavorecidas y presentaban un nivel de estudios inferior. Todos estos factores se han visto asociados en estudios previos a un deteriorado nivel de CVRS (8,10-13,16-17). Además, las mujeres padecen generalmente más enfermedades crónicas que los hombres, sobre todo de problemas de salud que producen dolor o malestar, lo cual les confiere peor percepción de su salud (21,23).

Según hemos podido observar, en todos los grupos de edad considerados las mujeres presentan una CVRS peor que los hombres. Sin embargo, en el grupo de edad de más de 90 años, la medición realizada con la EVA en las mujeres es más alta que en los hombres, invirtiéndose esta tendencia. Puesto que sólo 10 personas de este grupo de edad se incluyeron en nuestro estudio, consideramos que este hallazgo no tiene suficiente relevancia. En la literatura muy escasos estudios han analizado las diferencias existentes entre sexos en la evolución de la CVRS a lo largo del periodo de mayor edad de la vida (23).

En nuestro trabajo, la dimensión de la CVRS que aparece en todos los grupos de edad como la más frecuentemente afectada es la de dolor o malestar, lo cual no es de extrañar puesto que se trata de una población en donde la patología más prevalente suele ser la reumatológica (23). Seguidamente, los problemas con mayor frecuencia encontrados son los de movilidad, ansiedad/depresión, limitaciones en las actividades cotidianas, y por último, en el cuidado personal. Este orden aparece de forma casi invariable en numerosos estudios (8,11,25). Sin embargo, el nivel general de CVRS de los ancianos de nuestro estudio es peor que el descrito en estudios similares (8,11,25), lo cual podría tener consecuencias muy importantes a nivel sociosanitario que habría que estudiar con mayor profundidad. Hemos observado que nuestros ancianos tienen un nivel educativo inferior y pertenecen a clases sociales más desfavorecidas, si lo comparamos con los datos de estudios procedentes de otras áreas de nuestro país (8,25) o del ámbito europeo (11), donde el desarrollo social y económico es mayor. Ambos factores, como hemos comentado anteriormente, parecen estar asociados a una peor CVRS (8,12-13,16), por lo que podría explicar las diferencias encontradas. Además,

otros determinantes sociales y geográficos por identificar podrían influir en estas diferencias halladas.

Otros trabajos han tratado de relacionar medidas de calidad de vida en los ancianos, pero han usado instrumentos de autopercepción global de la salud (15-16), o bien otros cuestionarios de CVRS distintos al EQ-5D (10,13-14,17), o han utilizado muestras no representativas de la población anciana no institucionalizada (10). Por esto, pensamos que nuestro estudio describe de una manera fiel y rigurosa la CVRS de las personas mayores de nuestro ámbito, dando consistencia a hallazgos previos y reforzando la idea de que un desarrollo socioeconómico desigual puede ocasionar inequidades en salud entre diferentes sociedades.

El EQ-5D es quizá uno de los instrumentos genéricos de CVRS más útiles y apropiados para su uso en ancianos (5,7-9), pero es cierto que aún así, a medida que aumenta la edad estos encuentran mayores dificultades a la hora de cumplimentarlo (26-27). Todas las encuestas fueron realizadas mediante entrevista personal por profesionales médicos entrenados específicamente en el uso del cuestionario EQ-5D, lo que permitió que el encuestador pudiera aclarar las preguntas dudosas y evitar así sesgos de información.

Dado que nuestro estudio es de base poblacional, y aunque sólo se ha escogido sujetos residentes de determinadas zonas de la ciudad, pensamos que este podría ser bastante representativo de toda la población anciana residente en Córdoba. Sólo se ha incluido población de ámbito urbano, que presenta mejor CVRS que la población que habita en el medio rural (28).

Aunque en nuestro estudio hemos analizado el papel de muchos de los factores sociodemográficos asociados a la CVRS, no hemos valorado la red social de los participantes ni su posición socioeconómica. El grado de contactos sociales es un componente de la calidad de vida al que los ancianos le dan tanta importancia como al nivel de salud (29), siendo además un factor determinante con su CVRS (10,17). El nivel adquisitivo y estatus socioeconómico también se ha identificado como factores asociados a la CVRS (8,11). Tampoco hemos medido otros parámetros como la experiencia y las expecta-

tivas en salud de los participantes (3). Éstos podrían ser importantes en los análisis de la CVRS, sobre todo entre los mayores, dado que son las personas que más experiencias han ido acumulando a lo largo de su vida y las que, dado que tienen la necesidad de adaptarse a los cambios que con la edad van sobreviniendo, ven modificadas sus expectativas. El haber introducido todas estas variables nos podría haber proporcionado una visión más amplia sobre los aspectos psicosociales asociados a la CVRS de la población anciana.

La medición de la CVRS puede ser muy útil dentro de la práctica clínica diaria, al identificar potenciales problemas, ya sean psicológicos o físicos, y ayudar a priorizarlos en función de su importancia (6). Además, podría ayudar a fortalecer la relación entre médico y paciente, al facilitar la discusión sobre los aspectos menos objetivables, como el funcionamiento social, y haciendo que el médico sea consciente del impacto sobre la calidad de vida de sus pacientes (30). Por eso, pensamos que la valoración del nivel de CVRS de los ancianos es esencial en la práctica clínica cotidiana y debe ser introducida como un elemento más de la historia clínica de nuestros centros sanitarios.

Otra aplicación de los estudios de CVRS es la planificación de la atención sanitaria, ya que se ha visto que su utilización en la práctica predice y mejora el uso de recursos sanitarios (5,31). Así, nuestro estudio nos permite conocer que nuestros esfuerzos deben ir encaminados en las primeras etapas de la ancianidad a disminuir el sufrimiento producido por enfermedades que generan dolor o malestar, mientras que en los más mayores debemos centrarnos más en disminuir las deletéreas consecuencias que sobre la funcionalidad y la esfera psicológica provocan las enfermedades incapacitantes. Además, debemos mostrar más énfasis en mejorar la situación de las mujeres, que al tener mayor edad, mayor porcentaje de viudedad, menor nivel educativo y pertenecer a clases sociales más desfavorecidas, son más vulnerables que los varones y consecuentemente tienen peor CVRS. Con ambas actuaciones podríamos conseguir anticiparnos a la demanda generada por los ancianos, mejorando al mismo tiempo su nivel de CVRS y la efectividad de la atención sanitaria.

Por todo esto, pensamos que este trabajo nos ha permitido conocer las características sociodemográficas y el nivel de CVRS de las personas ancianas de nuestra comunidad, además de detectar algunos de sus problemas, lo cual será sin duda útil a la hora de programar futuras intervenciones sociosanitarias dirigidas a dicha población. Conocer el impacto que dichas actividades puedan tener sobre el nivel de CVRS de esta población podría ser objeto de futuras investigaciones.

En resumen, la CVRS de nuestra población anciana es peor a la hallada en otros trabajos. Las personas de mayor edad y las mujeres presentan peor CVRS. Otros factores sociodemográficos, como el pertenecer a una clase social menos favorable, y tener menos nivel educativo, están asociados con algunas dimensiones de la CVRS. La influencia que estos resultados pudieran tener sobre el uso de los recursos sociosanitarios y otros resultados nos es desconocida, y deberá ser analizada más adelante.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto ha recibido una ayuda de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (BOJA nº 7 de 13 de enero de 2003; expte. 197/02) y de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (Ayudas a proyectos de investigación de la SAMFyC, año 2002).

BIBLIOGRAFÍA

- Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004; 2:51-67.
- Rijken M, Van Kerkhofs M, Dekker J, Schellevis FG. Comorbidity of chronic diseases: effects of disease pairs on physical and mental functioning. *Quality of Life Research*. 2005;14:45-55.
- Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*. 2001; 322:1240-3.
- Mold JW, Looney S W, Viviani NJ, Quiggins PA. Predicting the health-related values and preferences of geriatric patients. *Journal of Family Practice*. 1994;39:461-467.
- Brazier JE, Walters SJ, Nicholl JP, Kohler B. Using the SF-36 and Euroqol on an elderly population. *Quality of Life Research*. 1996; 5:195-204.
- Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal*. 2001; 322:1297-300.
- Holland R, Smith RD, Harvey I, Swift L, Lenaghan E. Assessing quality of life in the elderly: a direct comparison of the EQ-5D and AqoL. *Health Economics*. 2004;13:793-805.
- Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García-Marín N, Valero FA. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*. 2002; 7:683-99.
- Herdman M, Badía X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28:425-9.
- Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28:167-73.
- Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *British Medical Journal*. 1998; 316:736-41.
- Lubetkin EI, Jia H, Franks P, Gold MR. Relationship among sociodemographic factors, clinical conditions, and health-related quality of life: examining the EQ-5D in the US general population. *Quality of Life Research*. 2005;14:2187-96.
- Guallar-Castillon P, Sendino AR, Banegas JR, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Differences in quality of life between women and men in

- the older population of Spain. *Social Science & Medicine*. 2005; 60:1229-40.
14. López-García E, Banegas JR, Gutiérrez-Fisac JL, Pérez-Regadera AG, Ganan LD, Rodríguez-Artalejo F. Relation between body weight and health-related quality of life among elderly in Spain. *International Journal of Obesity and related Metabolic Disorders*. 2003; 27:701-9.
 15. Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional en una población anciana no institucionalizada en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*. 1991; 5:117-24.
 16. Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncá S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria*. 2001; 15:217-23.
 17. García EL, Banegas JR, Pérez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodríguez-Artalejo, F. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Quality of Life Research*. 2005; 14:511-20.
 18. Fleiss J. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 2ª ed. Nueva York: Wiley; 1981.
 19. Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del Euroqol: descripción y aplicaciones. *Med Clí (Bar)*. 1999; 112:79-86.
 20. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gaceta Sanitaria*. 1989; 3:320-5.
 21. Pérula LA, Martínez J, Espejo J, Rubio MV, Enciso I, Fonseca FJ, et al. Estado de salud de la población mayor de 60 años y su relación con factores sociodemográficos (proyecto ANCO). *Aten Primaria*. 1997; 20:425-34.
 22. Brimby A, Wiklund I. Health-related quality of life in old age. A study among 76-year-old Swedish urban citizens. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1994; 22:7-14.
 23. Brugulat P, Séculi E, Medina A, Juncá S, Martínez V, Martínez D, et al. Encuesta de salud de Cataluña. Percepción de la salud, utilización y satisfacción con los servicios asistenciales desde la perspectiva de los ciudadanos. *Med Clí (Bar)*. 2003; 121 :122-7.
 24. Espejo J, Martínez J, Aranda J M, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, et al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). *Aten Primaria*. 1997; 20:3-11.
 25. Badía X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the Euroqol 5-D in the catalan general population: feasibility and construct validity. *Quality of Life Research*. 1998; 7:311-22.
 26. Hulme C, Long AF, Kneafsey R, Reid G. Using the EQ-5D to assess health-related quality of life in older people. *Age & Ageing*. 2004; 33:504-7.
 27. Coast J, Peters TJ, Richards SH, Gunnell DJ. Use of EuroQol among elderly acute care patients. *Quality of Life Research*. 1998; 7:1-10.
 28. Boxó JR, Comino A, Vázquez A, García MI, Muñoz MV, Núñez D, et al. Aislamiento geográfico de la población geriátrica de un municipio rural. *Aten Primaria*. 1993; 9:488-91.
 29. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*. 1995; 41: 1439-46.
 30. Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LD, Aaronson NK. Health-related quality of life assessments and patient-physician communication: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*. 2002; 288:3027-34.
 31. Espallargues M, Valderas JM, Alonso J. Provision of feedback on perceived health status to health care professionals: a systematic review of its impact. *Medical Care*. 2000; 38:174-86.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra estudiada

	Mujeres	Hombres	Total	p
Total: n (%)	211 (58,3)	151 (41,7)	362 (100,0)	
Edad (años): Media±DT	77,2±5,8	75,7±4,6	76,6±5,4	0,010
Edad (años): n (%)				
70-74	87 (41,2)	74 (49,0)	161 (44,5)	0,006
75-79	57 (27,0)	49 (32,5)	106 (29,3)	
80-84	42 (19,9)	20 (13,2)	62 (17,1)	
85-89	16 (7,6)	7 (4,6)	23 (6,4)	
90 ó más	9 (4,3)	1 (0,7)	10 (2,8)	
Estado civil: n (%)				
Casado/a	85 (40,3)	109 (72,2)	194 (53,6)	<0,0001
Viudo/a	114 (54,0)	29 (19,2)	143 (39,5)	
Soltero/Separado/divorciado	12 (5,7)	13 (8,6)	25 (6,9)	
Nivel de estudios: n (%)				
Sin estudios	164 (77,7)	74 (49,0)	238 (65,7)	<0,0001
Educación primaria	46 (22,3)	75 (50,2)	121 (33,4)	
Educación secundaria	0 (0,0)	3 (0,83)	3 (0,83)	
Clase social: n (%)				
I-II-III	2 (0,9)	12 (7,9)	14 (3,9)	<0,0001
IV	22 (10,4)	92 (60,9)	114 (31,5)	
V	187 (88,6)	47 (31,1)	234 (64,6)	

DT: Desviación Típica

Tabla 2. Relación entre las variables sociodemográficas y la existencia de problemas en las dimensiones del EQ-5D

Variables		EQ1 %	EQ2 %	EQ3 %	EQ4 %	EQ5 %
Edad	70-74 años	34,2 ^c	15,5 ^c	28,0 ^c	67,7 ^{ns}	37,9 ^a
	75-79	50,9	25,5	40,6	67,0	50,0
	80-84	61,3	35,5	56,5	61,3	46,8
	85-89	82,6	39,1	60,9	82,6	43,5
	90 ó más	80,0	60,0	70,0	90,0	80,0
Sexo	Hombres	33,8 ^c	16,6 ^b	23,8 ^c	52,3 ^c	29,8 ^c
	Mujeres	58,3	30,3	51,2	79,1	55,0
Estado civil	Casado	44,8 ^a	20,6 ^a	33,5 ^b	68,0 ^{ns}	42,3 ^{ns}
	Viudo	55,2	31,5	49,0	70,6	49,0
	Separado/Divorciado	32,0	16,0	36,0	52,0	36,0
Clase social	I-II-III	50,0 ^c	21,4 ^b	21,4 ^c	64,3 ^c	50,0 ^b
	IV	28,1	14,9	19,3	51,8	31,6
	V	57,7	29,5	50,9	76,1	50,4
Nivel estudios	Con estudios	39,5 ^b	12,9 ^a	33,1 ^{ns}	59,7 ^a	45,0 ^{ns}
	Sin estudios	52,5	30,7	43,3	72,3	43,5

N=362; EQ1: problemas de movilidad; EQ2: problemas en los cuidados; EQ3: problemas para realizar actividades cotidianas; EQ4: dolor/malestar; EQ5: problemas de ansiedad/depresión; a: p<0,05; b: p<0,01; c: p<0,001; ns: no significativo.

Tabla 3. Variables socio-demográficas relacionadas con los problemas en las dimensiones del EQ-5D mediante análisis multivariante

	p	OR	IC 95,0% de la OR	
			Inferior	Superior
EQ1: Movilidad (sin problemas=0/con problemas=1)				
Edad (cuantitativa)	<0,0001	1,122	1,072	1,175
Sexo (hombre=0/mujer=1)	0,052	1,720	0,995	2,975
Clase social:	0,009			
I-II-II=1 vs, V=0	0,749	1,211	0,374	3,923
IV=1 vs, V=0	0,004	0,423	0,235	0,764
Constante	<0,0001			
EQ2: Cuidados (sin problemas=0/con problemas=1)				
Edad (cuantitativa)	<0,0001	1,090	1,044	1,139
Sexo (hombre=0/mujer=1)	0,035	1,835	1,044	3,225
Clase social:	0,004			
I-II-II=1 vs, V=0	0,220	0,422	0,106	1,675
IV=1 vs, V=0	0,001	0,354	0,189	0,661
Constante	<0,0001			
EQ4: Dolor/Malestar (sin problemas=0/con problemas=1)				
Sexo (hombre=0/mujer=1)	0,000	3,459	2,182	5,484
Constante	0,569			
EQ5: Ansiedad/Depresión (sin problemas=0/con problemas=1)				
Edad (cuantitativa)	0,027	1,047	1,005	1,090
Sexo (hombre=0/mujer=1)	0,000	2,730	1,748	4,264
Constante	0,006			

OR: Odds Ratio; test de Hosmer and Lemeshow >0.05 en todos los modelos.

Tabla 4. Relación entre las variables sociodemográficas y el estado de salud

Variables		EVA Media	p	Índice EQ-5D Media	p
Edad	70-74	65,8	<0,0001	0,72	<0,0001
	75-79	57,4		0,63	
	80-84	56,2		0,62	
	85-89	56,1		0,52	
	90 ó más	56,0		0,47	
Sexo	Hombres	65,5	<0,0001	0,75	<0,0001
	Mujeres	57,5		0,59	
Estado civil	Casado	61,1	0,648	0,68	0,006
	Viudo	60,0		0,61	
	Separado-Divorciado	63,6		0,74	
Clase social	I-II-III	61,4	<0,0001	0,70	<0,0001
	IV	66,6		0,76	
	V	57,9		0,60	
Nivel estudios	Con estudios	62,0	0,375	0,72	0,002
	Sin estudios	60,2		0,63	

EVA: Escala Visual Analógica; Índice EQ-5D: tarifa social

Tabla 5. Variables socio-demográficas asociadas con el estado de salud mediante análisis multivariante

EVA (Escala Visual Analógica) F=16,32; p<0,001; R ² =0,083	B	Error estándar	t	p
Constante	116,026	13,317	8,713	<0,0001
Edad (cuantitativa)	-0,667	0,175	-3,817	<0,0001
Sexo (hombre=0/mujer=1)	-7,069	1,901	-3,717	<0,0001
Índice EQ-5D F=32,56; p<0,0001; R ² =0,154				
Constante	1,514	0,174	8,721	<0,0001
Edad (cuantitativa)	-0,010	0,002	-4,383	<0,0001
Sexo (hombre=0/mujer=1)	-0,152	0,025	-6,145	<0,0001

Figura 1. Prevalencia de problemas detectados con el EQ-5D

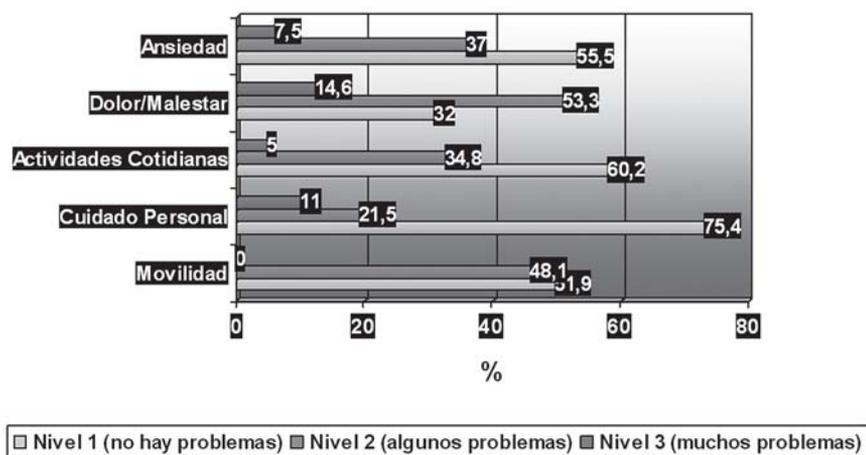


Figura 2. Prevalencia de problemas en las dimensiones del EQ-5D según la edad

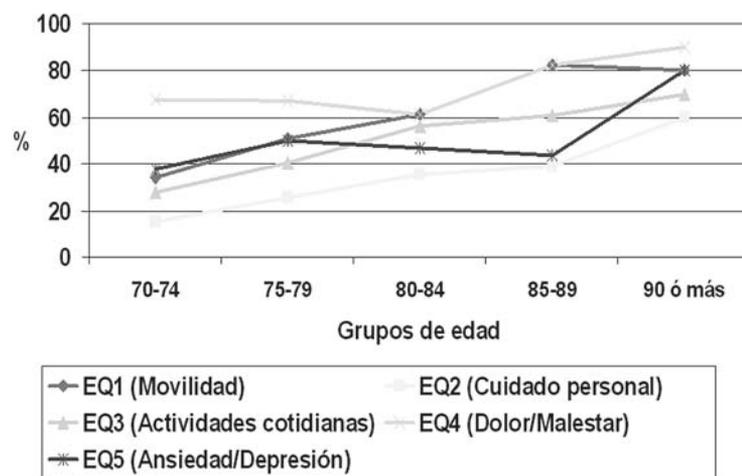


Figura 3. Tarifa social según la edad y el sexo

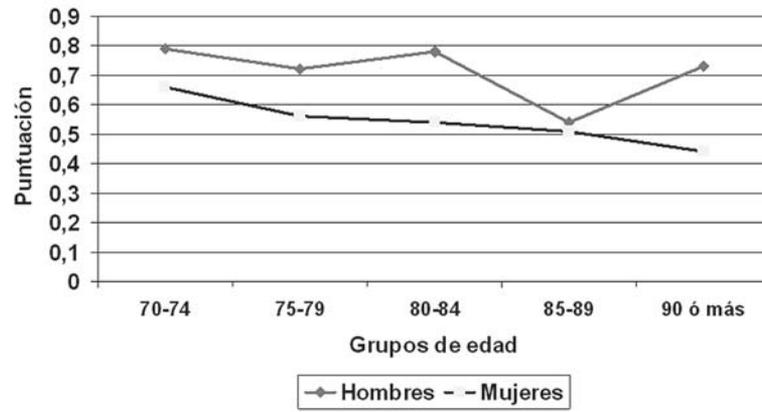
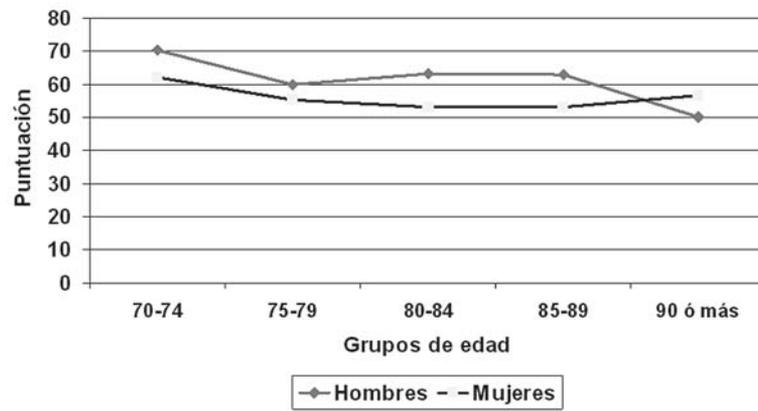


Figura 4. Estado de salud (EVA) según la edad y el sexo



ORIGINAL

Diferenciación tipológica de las condiciones laborales nocivas entre los profesionales sanitarios

Portillo Strempe J¹, Piedra Miró M^aA²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctor en Medicina y Cirugía. Centro de Salud Estepona-Oeste. Distrito Sanitario. Costa del Sol. Servicio Andaluz de Salud

² Licenciada en Psicología Clínica. C.E.I.P. Federico García Lorca. Estepona. Málaga

RESUMEN

Título: Diferenciación tipológica de las condiciones laborales nocivas entre los/las profesionales sanitarios.

Objetivo: Identificaremos y evaluaremos las principales condiciones nocivas de trabajo obteniendo perfiles que diferencien grupos homogéneos de profesionales.

Diseño: Estudio descriptivo. Mediante análisis de conglomerados identificaremos grupos exhaustivos y excluyentes de profesionales, estableciendo su composición. Posteriormente, aplicando un método discriminante, identificaremos aquellas variables que resulten buenas predictoras de la asignación al grupo correspondiente y tengan mayor capacidad discriminativa.

Emplazamiento: Centro de Salud semi-urbano. Estepona, Málaga.

Población y muestra: Profesionales, asistenciales y no asistenciales, adscritos al Centro, con jornada diaria habitual.

Intervenciones: Se responde confidencial y voluntariamente, a los cuestionarios de Clima Organizacional, Estrés laboral percibido (WRSI), Desgaste Profesional de Maslach (MBI), Satisfacción Laboral de Font-Rojas, Calidad de Vida Profesional (CVP35) y Prevención de Riesgos Psicosociales de Copenhague.

Resultados: Tasa de respuesta del 71,6%. Mediante 9 variables -estrés laboral, grado de satisfacción y presión en el trabajo, de despersonalización y de relaciones personales, de cohesión y de compromiso del equipo, y cargas de trabajo y calidad de vida profesional global autovalorada- se discrimina entre 3 grupos homogéneos e independientes de profesionales (grupo 1: menor calidad de vida profesional, alto estrés laboral, alta insatisfacción laboral, escasa realización personal y mala percepción del clima laboral; grupo 2: destacan por un alto grado de desgaste profesional, con alta despersonalización y baja realización personal y manifiestan un alto grado de estrés profesional; grupo 3: menor desgaste profesional, alta satisfacción general en el trabajo, menor estrés laboral y mejor clima organizacional en el trabajo). Lambda de Wilks = 0,03 (F 64,00; gl 16,16 y 18; p = 0,000).

Conclusiones: Univariadamente no hallamos grandes divergencias con estudios previos. Conformamos un modelo de factores nocivos para la salud laboral de sencilla aplicabilidad en nuestro medio que permite desarrollar posteriores estrategias operativas y programas de autocontrol por la organización.

Palabras clave: Job Satisfaction; Psychology, Industrial; Cluster Analysis.

Correspondencia: Juan Portillo Strempe
C. S. Estepona-Oeste
Avda. Juan Carlos I, s/n. 29680 Estepona (Málaga)
E-mail: juanpor@terra.es

Recibido el 09-10-2008; aceptado para publicación el 19-05-2009
Med fam Andal 2009; 2: 108-118

SUMMARY

Title: Devising a Taxonomy to Identify and Evaluate Harmful Working Conditions Among Professionals in a Suburban Health Center.

Goal: Identify and evaluate key, dangerous occupational conditions to obtain profiles that differentiate homogeneous professional groups.

Design: A descriptive study based on a cluster analysis was used to identify specific professional groups, establishing their composition. Then, a predictive discriminant analysis technique was applied to identify which variables might be good predictors for assigning professionals to one group or another and which had the greatest discriminating capacity.

Setting: Suburban Health Center in Estepona, Málaga.

Population and sample: Full-time health care professionals, including medical care providers and support staff, employed in the health center.

Interventions: Confidential, voluntary responses to questionnaires on General Job Satisfaction, the Work-Related Perceived Stress Index (WRSI), the Maslach Burnout Inventory (MBI), Font-Rojas Job Satisfaction, the Professional Quality of Life Scale of Copenhagen (CVP35) and the Copenhagen psychosocial risk assessment questionnaire.

Results: Response rate of 71.6%. Nine variables were employed (job stress, degree of job satisfaction, degree of pressure on the job, depersonalization, personal relationships, team coherence, commitment, workloads, and self-rated professional quality of life) and three homogeneous and independent professional groups were detected. Group 1 consisted of persons with a lower professional quality of life and a negative perception of the workplace's climate. Group 2 showed a high degree of professional burnout, high depersonalization, low personal satisfaction and an elevated degree of professional stress. The third group had less professional burnout, a high degree of overall job satisfaction, less job-related stress and a better perception of the workplace's climate. Wilks' lambda distribution = 0.03 (F 64.00; gl 16.16 y 18; p = 0.000).

Conclusions: We found no significant differences with previous studies in univariate analysis. We designed a model of factors harmful to occupational health that would be easily applicable in our setting, to facilitate the future development of operative strategies and self-control programs within the organization.

Key words: Job Satisfaction; Psychology, Industrial; Cluster Analysis.

INTRODUCCIÓN

La aparición de condiciones laborales nocivas relacionadas con la organización, el contenido o la realización del trabajo, pueden llegar a afectar a la propia organización, estar relacionada con una mayor siniestralidad laboral, aparición de insatisfacción laboral, propensión al abandono del puesto de trabajo o la merma del rendimiento (1). También puede asociarse con el deterioro de la salud de los trabajadores y las trabajadoras, destacando en este ámbito la aparición de estrés. Existen evidencias científicas que identifican algunos grupos de riesgos: el exceso de exigencias psicológicas del trabajo, la falta de influencia y de desarrollo en el trabajo, la falta de apoyo social y de calidad de liderazgo o las escasas compensaciones del trabajo, entre otras (2,3). En la actualidad, no hay ningún método único que mida la aparición y el impacto de las condiciones laborales nocivas en el entorno del trabajo, aunque existen algunas aproximaciones (4).

La exposición prolongada a una situación laboral nociva, donde las demandas superan los recursos del/la profesional, y más aún en tareas asistenciales, lleva al agotamiento físico y psíquico. Después de innumerables intentos desafortunados por alcanzar los objetivos y satisfacer la demanda, el/la profesional entra en un estado de indefensión y se pone en marcha la despersonalización como única salida. Empieza así el distanciamiento afectivo y el trato con los demás se vuelve frío y descortés, las tareas se realizan sin motivación y empiezan a aparecer errores profesionales; aparecen quejas de los demás, las tareas inacabadas o los accidentes laborales dañan la autovaloración personal y la persona termina por desarrollar el síndrome de burnout (5).

El desgaste profesional puede definirse como una respuesta al estrés laboral crónico caracterizada por la tendencia del/la profesional a evaluar negativamente su habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas a las que atiende, por la sensación de estar agotados emocionalmente, por el desarrollo de sentimientos negativos (desilusión en el trabajo, sensación de no poder dar más de uno mismo a los demás...), y de actitudes y conductas de cinismo

hacia las personas destinatarias del trabajo, que son vistas de manera deshumanizada debido al endurecimiento afectivo del profesional (6). Este fenómeno afecta de forma característica a profesiones que implican ayuda y/o atención a otras personas (personal sanitario, docentes, asistentes sociales,...) habiendo mayor incidencia entre los/las profesionales más comprometidos/as, quienes se sienten más intensamente presionados por las demandas del trabajo y ponen en segundo lugar sus propios intereses.

Habida cuenta que las personas son el principal activo de las organizaciones, las instituciones responsables de promover y proveer el bienestar de la población requieren del reconocimiento de aquellos factores productores de ansiedad y de estrés laboral, así como de la evaluación del desgaste profesional, de la satisfacción laboral y de la calidad de vida profesional, entre sus trabajadores y trabajadoras.

Objetivos: Trataremos de identificar las principales condiciones de trabajo que pueden ser nocivos para nuestra salud y de determinar en qué grado afectan a los/las profesionales de nuestro Centro, tras obtener grupos homogéneos de profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Invitamos personalmente al equipo de 60 profesionales adscritos al Centro de Salud de Estepona, que realizan su actividad en jornada habitual diaria. Se trata de un Centro de características semi-urbanas, dotado de Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, enclavado en la Costa del Sol. Responderán, durante los meses de mayo y junio de 2007, voluntariamente, una batería de cuestionarios autocumplimentados, anónimos y confidenciales que comprenden el Cuestionario de Clima Organizacional, validado para AP por J Menárquez en 1999 (7); Cuestionario de Estrés Laboral Percibido (Work Related Strain Inventory, WRSI-18), desarrollado por Revicki, May y Whithley en 1991, y validado en EEUU para médicos, residentes y enfermeras (8); Cuestionario de Desgaste Profesional (Maslach Burnout Inventory; MBI-22), desarrollado por Maslach y Jackson en 1986 y adaptado a la población española por Moreno,

Oliver y Aragoneses en 1991 (9); Cuestionario de Satisfacción Laboral de Font Rojas-AP (10), validado y adaptado al ámbito de la AP, por Mira y colaboradores en 1994 (11); Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35), validado para AP por Cabezas, C en el 2000 (12,13); y finalmente el Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ - instrumento para la prevención de riesgos psicosociales, versión corta para pequeñas empresas y auto evaluación, desarrollado en 2000 por el Instituto Nacional de Salud Laboral de Dinamarca, adaptado al español por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud -ISTAS-) (14).

Diseño del estudio y estrategia de tratamiento de los datos: Realizamos un estudio descriptivo en dos fases. Primero, mediante un proceso de agrupación (cluster analysis), identificaremos profesionales que son similares con respecto a algunos criterios, en grupos internamente homogéneos y que son excluyentes entre sí. Esta primera fase constará, a su vez de 2 estrategias: una aproximación a los grupos mediante agrupación jerárquica y la posterior obtención de grupos definitivos mediante agrupación no jerárquica.

1.a.- Agrupación jerárquica

Con el análisis de grupos jerárquicos obtendremos una aproximación inicial a la solución definitiva, identificando grupos de casos relativamente homogéneos y de tamaño similar, mediante la combinación acumulativa de casos hasta que quede un solo grupo; para ello optamos por el algoritmo de Ward aplicado a las variables globales de los cuestionarios. Para contrastar posibles soluciones a la hora de formar los grupos, aplicaremos dos medidas diferentes al algoritmo: en primer lugar la distancia euclídea al cuadrado, que supone la ausencia de correlación entre las distintas variables, y posteriormente la medida de City Block, que suele obtener buenos resultados.

De cada grupo identificado, seleccionaremos aquel caso que constituya el centro del grupo (centroide), que a modo de "semillas" servirán para agrupar los casos de manera definitiva mediante el método de agrupación no jerárquica.

1.b.- Agrupación no jerárquica

Esta técnica hace confluir los casos, por turno, alrededor de las "semillas" iniciales (centros iniciales de los grupos), actualizando los centros de los grupos al ir asignándose los casos a cada grupo. Para ello se empleará el algoritmo de k-medias, deteniéndose el proceso de agrupación cuando una iteración completa no desplace ninguno de los centroides una distancia mayor del 2% de la distancia más pequeña entre cualesquiera de los centroides iniciales de los grupos o "semillas". Se obtendrán entonces los valores promedios de cada grupo y se clasificarán definitivamente los casos a sus correspondientes grupos.

En la segunda fase del estudio determinaremos la combinación lineal de variables que mejor clasifique los/las profesionales en cada uno de los grupos previamente conformados, maximizando la separación entre dichos grupos. Además, identificaremos aquellas variables que resulten buenas predictoras de la asignación al grupo correspondiente y tengan mayor capacidad discriminativa; por ello decidimos incluir todas las variables consignadas en los cuestionarios, salvo los índices sintéticos derivados de los anteriores. Empleamos un análisis discriminante con inclusión de variables por pasos que maximice el estadístico V de Rao, introduciendo en cada paso aquella variable que maximice el incremento en las diferencias entre las medias de los grupos. Además, no se incluirá ninguna variable en la formación del nuevo modelo, a menos que su probabilidad de F del análisis univariado sea menor que 0,05, ni eliminada a menos que sea mayor que 0,10 el valor designado como de salida. Para evitar que las diferentes escalas de medida de nuestras variables afecten los resultados, éstas se normalizarán antes del análisis. Previamente realizamos un análisis de valores atípicos. Los cuestionarios se procesan, validan y valoran mediante la aplicación Epi-Info V.5.01. Para los cálculos estadísticos utilizamos la aplicación SPSS V.15.0.1 para Windows.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra el estudio de participación, con una participación global del 71%, más elevada para los/las profesionales asistenciales. En el anexo se resumen los resultados medios de

las variables del estudio. El equipo profesional en conjunto, muestra un grado de estrés laboral bajo, manifestando una percepción del clima organizacional intermedia (piensan que la cohesión, coordinación y grado de compromiso del equipo es tan sólo moderada), y están medianamente satisfechos con su trabajo. Además consideran que la calidad de vida derivada de su trabajo es regular (fundamentalmente porque sienten bastante carga de trabajo y perciben cierta falta de apoyo del equipo directivo; por el contrario, encuentran en general suficientes elementos motivadores en su trabajo, y desconectan suficientemente cuando salen del mismo). Profesionalmente se sienten medianamente desgastados: se encuentran poco realizados personalmente con su trabajo y empiezan a mostrar bastante despersonalización, pero de momento no parece que tengan excesivos problemas del tipo de cansancio emocional al realizar sus tareas. Según el cuestionario COPSOQ-ISTAS, el trabajo les exige psicológicamente demasiado, no pueden controlar su ritmo ni las condiciones laborales, no siempre obtienen el apoyo y claridad de rol que esperan, y no encuentran suficientes compensaciones. Tienen que hacer un esfuerzo importante para compaginar su casa y su trabajo.

1.- Estudio de grupos (cluster analysis).

1.a.- *Agrupación jerárquica.* Durante el análisis de valores atípicos, no encontramos ninguno de ellos, ni datos viciados. Forzamos la formación de al menos 5 grupos. Los resultados obtenidos de las dos combinaciones de métodos y medidas (Ward-distancia euclídea² y Ward-City Block) se representaron en sus respectivos diagramas de árbol, y visualmente se obtuvieron 3 grupos de dimensiones aproximadamente constantes en ambas soluciones (Grupo 1, n = 12 ó 21; Grupo 2, n = 21 ó 12; Grupo 3, n = 10).

1.b.- *Agrupación no jerárquica.* Forzamos la creación de 3 grupos, utilizando los casos centroides determinados previamente. La distancia mínima entre los centros inicialmente fue de 3,088. En la iteración 18 se logra la convergencia debido a que las coordenadas de los centros de los grupos no presentan ningún cambio o éste fue pequeño. Las dimensiones de los grupos definitivos es de 15 profesionales para el grupo 1, 19 para el grupo 2 y 9 para el grupo 3. Con el esta-

dístico Lambda de Wilks, mediante análisis de varianza univariada descriptivo para cada variable utilizada al formar los grupos, realizamos una prueba de igualdad de la medias de los grupos. Contrastamos la hipótesis de que las medias de cada variable independiente son diferentes para todos los grupos, salvo para presión en el trabajo (cuestionario de salud laboral), capacidad de desconectar del trabajo (cuestionario de calidad de vida profesional) y grado de exigencias psicológicas, estima auto percibida y doble presencia familiar y trabajo (del cuestionario COPSQ-ISTAS). La tabla 2 recoge los valores no tipificados de las variables globales de los centroides de los grupos inicialmente seleccionados mediante el método de agrupamiento jerárquico y de los centroides de los grupos finalmente detectados por el método de agrupamiento no jerárquico para su comparación. La caracterización tipológica de los distintos grupos puede resumirse como sigue: los/las profesionales del grupo 1 agrupan la menor puntuación en calidad de vida profesional auto percibida, y sienten mayores cargas de trabajo; su grado de estrés profesional es alto; son quienes perciben un clima organizacional más bajo, opinando que el equipo no está muy cohesionado ni muy comprometido; además muestran menos satisfacción con su trabajo y muestran una escasa realización personal. Los/las profesionales del grupo 2 destacan por su alto grado de desgaste profesional, con alta despersonalización y baja realización personal; manifiestan alto grado de estrés profesional. Los/las miembros del equipo asignados al grupo 3 son quienes menor grado de desgaste profesional presentan, con baja despersonalización y mediana relación personal; a pesar de percibir alta presión a la hora de realizar sus tareas laborales, manifiestan alta satisfacción general en el trabajo, refieren soportar una menor carga laboral, muestran menos estrés laboral y perciben discretamente un mejor clima organizacional.

2.- Análisis discriminante.

Mediante la prueba M de Box contrastamos la hipótesis de que las matrices de covarianza para cada grupo podrían haber sido muestreadas de la misma población, y por tanto ser iguales. M de Box 182,74 (F 2,78; gl 45 y 2975,74; p = 0,000). La aplicación del análisis identifica, en 9 pasos, 9 variables: la dimensión estrés laboral del cues-

tionario WRSI-18, los grados de satisfacción y presión en el trabajo medidos por la escala SL-24, los grados de despersonalización y de relaciones personales según la escala de Maslach, los grados de cohesión y de compromiso del equipo medidos con el cuestionario de clima organizacional, y las dimensiones cargas de trabajo y calidad de vida profesional global auto valorada determinadas mediante el cuestionario CVP-35.

En la tabla 3 se resumen las 2 primeras funciones canónicas discriminantes determinadas. La mayor o menor dimensión del auto valor se asocia a la función que más o menos contribuya a la separación de los grupos; en nuestro caso, la primera de las funciones consigue la mayor de dicha diferenciación, como se constata del hecho de que esta primera función discriminante alcanza a explicar hasta el 64,5% de la variación total de los datos, y el 35,5% la segunda de las funciones. La correlación canónica al cuadrado representa la parte de la variabilidad total que puede atribuirse a diferencias entre los grupos: la primera de las funciones consigue discriminar el 85% de las diferencias existentes entre los 3 grupos, y la segunda de las funciones logra diferencias hasta el 76% de la variabilidad de los grupos. Con el estadístico Lambda de Wilks se contrasta la hipótesis de que las medias de cada una de estas variables independientes son diferentes para todos los grupos: Lambda de Wilks = 0,03 (F 64,00; gl 16,16 y 18; p = 0,000).

El diagrama de dispersión de la figura 1 muestra cómo se distribuye la muestra estudiada en los respectivos grupos. Visualmente podemos observar cómo mediante la primera de las funciones determinadas se discriminan los profesionales entre el grupo 1 y los grupos 2 ó 3; por el contrario, mediante la segunda de las funciones descritas, se discriminan los profesionales entre los grupos 2 y 3.

En la tabla 4 presentamos los coeficientes lineares de clasificación de Fischer; mediante éstos podemos asignar directamente los/las respectivos profesionales en sus correspondientes grupos.

La correlación o influencia existente entre cada una de las variables independientes individuales y la función discriminante, viene determinada por las correlaciones intra-grupo combinadas

entre los valores de las variables discriminantes y los valores de las puntuaciones discriminantes canónicas; la tabla 5 recoge estas relaciones.

DISCUSIÓN

Detectamos niveles de desgaste profesional preocupantemente elevados entre nuestro equipo de profesionales, superponibles al estudio de Lomeña (15) y de Prieto (16). Sobre satisfacción laboral, observamos menores valores en las subescalas de satisfacción, control de las tareas y adecuación que los hallados por Olivar (17), y mejores resultados con respecto a los estudios de Lomeña y de Cruz (18) en cuanto a satisfacción global. No encontramos diferencias respecto a los resultados publicados por Muñoz-Seca (19), Jubete (20) o Sánchez (21) en cuanto a CVP. Los resultados sobre clima organizacional arrojan valores discretamente inferiores que los de Menárquez (22) o de Muñoz-Seca; y aunque el cuestionario de ISTAS-COPSOQ detecta niveles desfavorables para la salud en todas sus subescalas, éste no es útil para explicar la variabilidad de los diferentes grupos de nuestro estudio.

La batería de escalas de factores psicosociales de salud laboral, de Meliá, se diseñó para identificar los principales factores de estrés (conflicto de rol, ambigüedad de rol, exposición a demandas externas a la organización, mobbing, liderazgo, comunicación organizacional y compromiso de la organización con la calidad la seguridad y el medio ambiente), correlacionándose con las principales consecuencias psicosociales (satisfacción laboral, salud psicológica, tensión asociada al trabajo, burnout, propensión al abandono y rendimiento autopercebido por el trabajador). Nuestro trabajo, también identifica los principales factores nocivos que explican la variabilidad de nuestro grupo. A diferencia de Meliá, empleamos escalas ampliamente difundidas y validadas en nuestro medio, lo cual limita nuestro estudio. Tampoco evaluamos los riesgos derivados de aspectos no psicosociales. Además, nuestra investigación se basa en una serie encadenada de técnicas multivariantes, debiendo tomar una serie de decisiones de forma arbitraria al establecer semejanzas y describir los perfiles, dependiendo los resultados de

los métodos seleccionados. Para mejorar la significación hemos aplicado sistemáticamente diferentes tests para medir conceptos similares, todos ellos estadísticamente significativos y valorándose conjuntamente. Además, no está definido en la literatura especializada (23, 24, 25) el número de elementos muestrales necesarios para dotar de significación estadística a los análisis multivariantes, y ello puede limitar la posible generalización de nuestros resultados.

El análisis de las condiciones de trabajo y la identificación de los factores de riesgo para la salud, no puede realizarse sin la participación de los trabajadores y las trabajadoras. Tampoco deberían seleccionarse ni ponerse en marcha medidas preventivas sin su participación. El desarrollo de estrategias operativas y programas de autocontrol por parte de las organizaciones, para así fomentar, mantener y mejorar la salud de sus trabajadores y trabajadoras deber ser esencial cuando exista un compromiso directivo para establecer planes de mejora. Estos tipos de diseños permiten elaborar modelos válidos y aplicables en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cortes JA, Martín J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Clima laboral en Atención Primaria: ¿qué hay que mejorar? *Aten Primaria*. 2003; 32: 288-95.
2. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*. 2001; 27: 313-317.
3. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003; 31: 227-33.
4. Meliá JL. La batería de factores psicosociales de la Universidad de Valencia: la evaluación multidimensional comprehensiva de los riesgos psicosociales. Trabajo presentado en el tercer Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales. Santiago de Compostela, 2004. URL: <http://www.uv.es/~meliajl/Papers/2004BFPSLMelia.pdf>

5. Del Castillo C, Martínez de la Casa A, Díaz L, Franco AI. El burnout en el médico de familia. *JANO*. 2004; 1514: 1129-31.
6. Mingote JC, Pérez F. El estrés del médico. Manual de autoayuda. Madrid: Díaz de Santos SA; 1999.
7. Menárquez J, Saturno P, López A. Validación de un cuestionario para la medición del Clima Organizacional en centros de salud. *Aten Primaria*. 1999; 23: 192-97.
8. Revicki, DA, May H, Whithley, WJ. Reliability and validity of the Work Related Strain Inventory among health professionals. *Behavioral Medicine*. 1991; 17: 11-16.
9. Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Aten Primaria*. 2005; 35: 108-109.
10. Sos P. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Medifam*. 2002; 12.
11. Mira JJ, Villater J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del Sistema Público de Salud. *Aten Primaria*. 1994; 14:1135-39.
12. Cabezas C. La Calidad de Vida de los profesionales. *FMC*. 2000; 7: 53-68.
13. Martín J, Cortés JA, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit*. 2004; 18: 2.
14. Moncada S, Llorens C, Kristensen TS. Método ISTAS 21 (CPOSOQ). Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Madrid: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS); 2004.
15. Lomeña JA, Campaña FM, Nuevo G, Rosas D, Berrocal A, García F. Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria. *Med Fam Andal*. 2004; 5: 147-55.
16. Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria*. 2002; 29: 294-302.
17. Olivar C, González S, Martínez M. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Asturias. *Aten Primaria*. 1999; 24: 352-59.
18. Cruz E, Vázquez J, Aguirre V, Fernández MI, Villagrasa JR, Andrades V. Evaluación de la satisfacción del personal de enfermería. *Aten Primaria*. 1994; 9: 469-73.
19. Muñoz-Seca E, Coll-Benejam JM, Torrent-Quetglas M, Linares-Pou L. Influencia del Clima Laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria*. 2006; 37: 290-304.
20. Jubete MT, Lacalle M, Riesgo R, Cortes JA, Mateo C. Estudio de la Calidad de Vida Profesional en los trabajadores de Atención Primaria del Área I de Madrid. *Aten Primaria*. 2005; 36: 112-14.
21. Sánchez R, Álvarez R, Lorenzo S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medifam*. 2003; 13:4.
22. Menárquez JF, Saturno PJ. Descripción del Clima Organizacional en equipos de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Aten Primaria*. 1999; 23: 280-84.
23. Morrison DF. *Multivariate Statistical Methods*. 2ª ed. Tokyo: McGraw-Hill; 1976.
24. Dillon WR, Goldstein M. *Multivariate analysis. Methods and applications*. USA: John Wiley & Sons, Inc; 1984.
25. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE. *Applied regression analysis and other multivariable methods*. 2ª ed. Boston, MA.: PWS-Kent Publishing Company; 1987.

Tabla 1.- Estudio de participación.

Categoría	Entregados	Completados y devueltos	Tasa de respuesta
Facultativos/as	21	17	80,9%
ATS/DUE	22	18	81,8%
Ni Facultativos/as ni ATS/DUE	17	8	47,0%
Total	60	43	71,6%

Tabla 2.- Valores de las variables globales en los centroides de los grupos inicialmente seleccionados (agrupamiento jerárquico) y en los centroides de los grupos finales (agrupamiento no jerárquico).

	Grupos iniciales (agrupación jerárquica)			Grupos definitivos (agrupación no jerárquica)		
	1	2	3	1	2	3
N	12 ó 21	21 ó 12	10	15	19	9
<i>Clima organizacional</i>	3,67	2,57	2,90	2,40	2,82	3,11
<i>Desgaste profesional</i>	91,00	77,00	53,00	60,73	75,89	50,22
<i>Satisfacción laboral</i>	6,50	7,40	9,20	6,45	6,83	8,58
<i>Estrés laboral</i>	48,00	43,00	32,0	44,86	44,63	34,55
<i>Calidad de vida profesional</i>	5,00	6,00	7,00	2,82	4,90	4,88

Tabla 3.- Resumen de las 2 primeras funciones canónicas discriminantes

Función	Auto valor	% de varianza	% de varianza acumulada	Correlación canónica	Correlación canónica²	Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	Significación
1	6,08	64,5	64,5	0,92	0,85	1 a la 2	0,03	123,33	18	0,000
2	3,34	35,5	100,0	0,87	0,76	2	0,23	52,85	8	0,000

Tabla 4.- Coeficientes lineares de Fischer

	Grupo		
	1	2	3
<i>Grado de cohesión del equipo</i>	22,23	32,95	34,45
<i>Grado de compromiso del equipo</i>	26,11	34,11	32,14
<i>Estrés laboral</i>	4,52	4,84	3,91
<i>Grado de despersonalización</i>	2,14	2,76	2,27
<i>Grado de relaciones personales</i>	1,87	2,83	2,72
<i>Satisfacción en el trabajo</i>	-5,99	-10,47	-6,67
<i>Presión en el trabajo</i>	1,88	-2,86	-5,09
<i>Cargas de trabajo</i>	5,42	4,00	1,82
<i>Calidad de vida profesional global auto valorada</i>	5,61	8,39	7,95
<i>Constante</i>	-213,82	-287,68	-233,45

Tabla 5.- Correlación entre las variables individuales y las funciones discriminantes.

	Función	
	1	2
<i>Grado de cohesión del equipo</i>	0,291(*)	-0,051
<i>Grado de compromiso del equipo</i>	0,283(*)	-0,099
<i>Grado de relaciones personales</i>	0,251(*)	-0,095
<i>Calidad de vida profesional global auto valorada</i>	0,220(*)	0,056
<i>Presión en el trabajo</i>	0,131(*)	-0,093
<i>Estrés laboral</i>	-0,251	0,503(*)
<i>Grado de despersonalización</i>	0,009	0,463(*)
<i>Satisfacción en el trabajo</i>	0,162	-0,391(*)
<i>Cargas de trabajo</i>	-0,196	0,299(*)

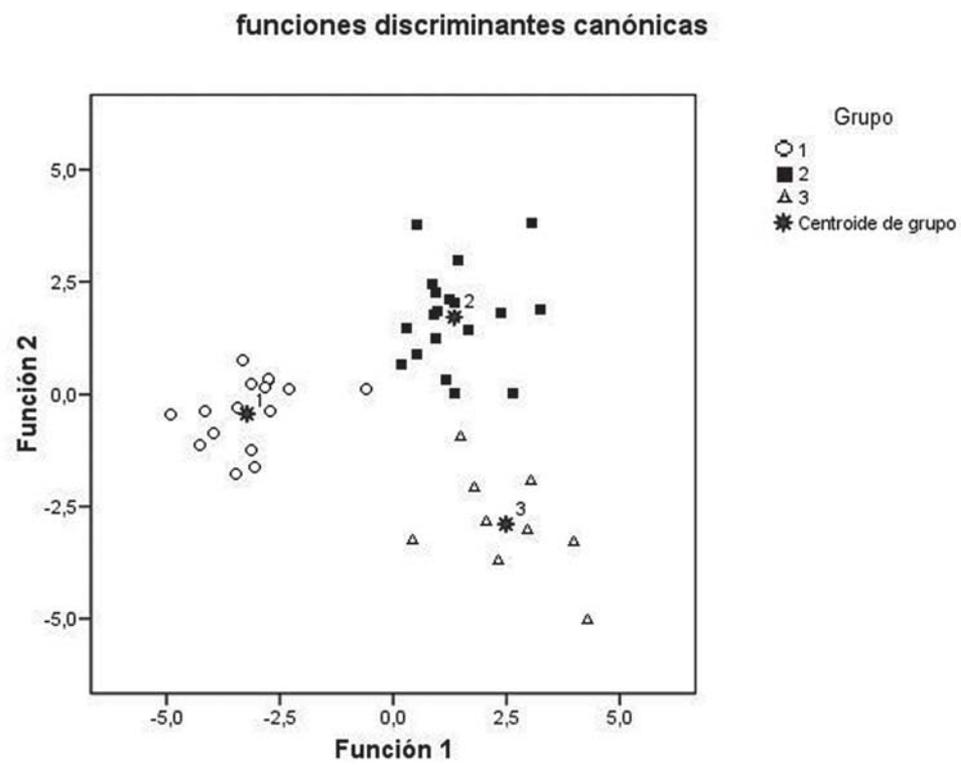
(*) Mayor correlación absoluta entre cada variable y cualquier función discriminante. Se incluyen sólo las variables que se emplean en el análisis, ordenadas por tamaño de correlación.

ANEXOS

Variable	Descripción de la variable	Total (N = 43)	Grupo 1 (N = 15)	Grupo 2 (N = 19)	Grupo 3 (N = 9)
Sexo	Hombre	17 (39,5%)	3 (20%)	9 (47,4%)	5 (55,6%)
	Mujer	26 (60,5%)	12 (80%)	10 (52,6%)	4 (44,4%)
Categoría profesional	ATS/DUE	18 (41,9%)	5 (33,3%)	8 (42,1%)	5 (55,6%)
	Facultativo/a	17 (39,5%)	6 (40,0%)	8 (42,1%)	3 (33,3%)
	Ni facultativo/a ni ATS	8 (18,6%)	4 (26,7%)	3 (15,8%)	1 (11,1%)
Edad (años)	26 – 35	3 (7,0%)	2 (13,3%)	1 (5,3%)	- (-)
	36 – 45	15 (34,9%)	4 (26,7%)	10 (52,6%)	1 (11,1%)
	46 -55	18 (41,9%)	7 (46,7%)	5 (23,0%)	6 (66,7%)
	> 55	5 (11,6%)	2 (13,3%)	2 (10,5%)	1 (11,1%)
	< 26	5 (4,7%)	- (-)	1 (5,3%)	1 (11,1%)
Tiempo de trabajo en el SAS* (años)	Entre 5 - 10	9 (20,9%)	4 (26,7%)	4 (21,1%)	1 (11,1%)
	> 10	29 (67,4%)	9 (60,0%)	13 (68,4%)	7 (77,8%)
	< 5	5 (11,6%)	2 (13,3%)	2 (10,5%)	1 (11,1%)
Propiedad de la plaza	Si	27 (62,8%)	11 (73,3%)	10 (52,6%)	6 (66,7%)
	No	16 (37,2%)	4 (26,7%)	9 (47,4%)	3 (33,3%)
Descripción de la variable		Media ± Desv. tip.			
Trabajo en equipo *		2,73 ± 0,37	2,56 ± 0,34	2,74 ± 0,36	3,01 ± 0,30
Cohesión del equipo *		2,65 ± 0,56	2,22 ± 0,36	2,79 ± 0,56	3,06 ± 0,40
Compromiso personal con el centro *		2,88 ± 0,60	2,45 ± 0,41	2,98 ± 0,54	3,37 ± 0,52
Clima organizacional *		2,73 ± 0,41	2,40 ± 0,25	2,82 ± 0,37	3,11 ± 0,31
Estrés laboral ^b		42,60 ± 5,64	44,86 ± 3,83	44,63 ± 4,24	34,55 ± 2,96
Cansancio emocional ^b		23,00 ± 11,85	25,46 ± 10,16	28,15 ± 9,09	8,00 ± 6,55
Despersonalización ^b		10,93 ± 6,62	9,73 ± 4,58	15,10 ± 6,17	4,11 ± 3,40
Realización personal ^b		31,30 ± 8,80	25,53 ± 8,91	32,63 ± 6,43	38,11 ± 7,44
Desgaste profesional ^b		65,23 ± 15,07	60,73 ± 11,90	75,89 ± 11,80	50,22 ± 8,40
Satisfacción en el trabajo ^c		3,25 ± 0,86	3,01 ± 0,82	2,94 ± 0,65	4,30 ± 0,42
Presión en el trabajo ^c		2,82 ± 0,98	2,46 ± 0,93	2,84 ± 1,00	3,38 ± 0,85
Relación personal en el trabajo ^c		3,55 ± 0,65	3,24 ± 0,61	3,50 ± 0,53	4,18 ± 0,55
Distensión en el trabajo ^c		2,36 ± 0,61	2,01 ± 0,59	2,49 ± 0,57	2,68 ± 0,51
Adecuación para el trabajo ^c		3,31 ± 0,85	3,28 ± 0,77	3,00 ± 0,80	4,00 ± 0,76
Control sobre el trabajo ^c		2,88 ± 0,62	2,66 ± 0,48	2,74 ± 0,59	3,55 ± 0,48
Variedad en la tarea ^c		2,84 ± 0,72	2,43 ± 0,62	2,97 ± 0,63	3,27 ± 0,79
Satisfacción laboral ^c		7,06 ± 1,09	6,45 ± 0,78	6,83 ± 0,75	8,58 ± 0,72
Apoyo directivo percibido ^c		4,20 ± 1,51	3,18 ± 0,98	4,56 ± 1,47	5,16 ± 1,51
Cargas de trabajo ^c		6,31 ± 1,60	6,97 ± 1,21	6,64 ± 1,16	4,52 ± 1,78
Motivación intrínseca ^c		6,97 ± 1,61	6,28 ± 1,92	6,89 ± 1,30	8,28 ± 0,70
Capacidad de desconectar del trabajo ^c		5,40 ± 2,81	5,72 ± 2,59	5,49 ± 2,58	4,66 ± 3,74
Calidad de vida profesional ^c		4,17 ± 2,06	2,82 ± 1,63	4,90 ± 1,65	4,88 ± 2,52
Grado de exigencias psicológicas ^f		15,30 ± 2,84	14,93 ± 1,75	16,31 ± 2,76	13,77 ± 3,80
Trabajo activo y posibilidades de desarrollo ^f		16,16 ± 5,16	13,73 ± 4,13	15,89 ± 3,92	20,77 ± 6,33
Inseguridad en el trabajo ^f		18,86 ± 6,23	16,20 ± 4,31	17,52 ± 4,92	26,11 ± 6,33
Apoyo social y calidad de liderazgo ^f		8,02 ± 3,77	9,53 ± 2,66	8,10 ± 3,54	5,33 ± 4,63
Estima auto percibida ^f		5,23 ± 2,06	4,60 ± 1,91	5,21 ± 1,51	6,33 ± 2,95
Doble presencia (familiar y trabajo) ^f		8,27 ± 3,21	9,60 ± 2,74	7,89 ± 3,74	6,88 ± 1,96

*SAS: Servicio Andaluz de Salud. ^aCuestionario de Clima Organizacional (CO-21). ^bCuestionario de Estrés laboral: Work Related Strain Inventory (WRSI-18). ^cCuestionario de Desgaste Profesional. Maslach Burnout Inventory (MBI-22). ^dCuestionario de Satisfacción Laboral de Font Rojas-AP (SL-24). ^eCuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). ^fCuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ, ISTAS-39).

Figura 1.- Diagrama de dispersión



ORIGINAL

Mejora de la calidad de la atención prestada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. ¿Actualizamos nuestra práctica?

Cuenca del Moral R¹, Muñoz Cobos F¹, Vega Gutierrez P², Ortiz Fernández M^aD², Acero Guash N³

¹ Médica de Familia. Centro de Salud El Palo. Málaga

² Médica de Familia

³ Médica Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

RESUMEN

Título: Mejora de la calidad de la asistencia prestada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. ¿Actualizamos nuestra práctica?

Objetivo: Evaluar la calidad de la asistencia prestada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud y su adecuación a las recomendaciones del Proceso Asistencial Integrado de Diabetes.

Diseño: Descriptivo retrospectivo. Evaluación de calidad.

Emplazamiento: Centro de salud urbano

Población y muestra: Pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 (N=2335). Muestreo aleatorio sistemático n=96 (alfa 0.05, precisión 0.10).

Intervenciones: Ficha técnica del ciclo evaluativo: evaluación interna retrospectiva (año 2004; 2003-2004 para fondo de ojo); tipo de datos: de proceso y resultados intermedios; dimensiones: adecuación, compe-

tencia profesional, continuidad asistencial; criterios explícitos y normativos siguiendo directrices del Proceso Asistencial Integrado de diabetes mellitus tipo 2: 1) realización de HbA1c anual; 2) HbA1c = 7% 3) realización de consejo antitabaco en fumadores; 4) tratamiento con metformina en diabéticos con sobrepeso u obesidad; 5) tratamiento con AAS si enfermedad cardiovascular; 6) determinación de microalbuminuria anual; 7) exploración anual de pies; 8) exploración bianual de fondo de ojo.

Resultados: Edad media 66.65 años, 62.5% mujeres. Cumplimiento de criterios: 1) realización HbA1c: 57.3% (47.5-67.2); 2) HbA1c ≤ 7%: 40% (27.1-52.9); 3) consejo antitabaco en fumadores: 72.7% (46.7-98.7) (no registro hábito tabáquico: 60.42%); 4) tratamiento metformina en sobrepeso u obesidad: 62.12% (50.42-73.82); 5) tratamiento AAS si enfermedad cardiovascular: 76.4% (67.9-84.9); 6) determinación microalbuminuria: 38.9% (29.1-48.7); 7) exploración de pies: 22.9% (14.5-31.3); 8) exploración fondo de ojo: 21.8% (13.6-30)

Conclusiones: Es insuficiente el cribado de complicaciones crónicas. Es mejorable la detección de pacientes diabéticos fumadores.

Palabras clave: Diabetes Mellitus tipo 2. Calidad Asistencial. Atención Primaria.

Correspondencia: Rebeca Cuenca del Moral
C. S. El Palo
Avda. Salvador Allende, 159. 29018 Málaga
E-mail: rebecuenca@hotmail.com

Recibido el 29-10-2008; aceptado para publicación el 22-12-2008
Med fam Andal 2009; 2: 119-127

SUMMARY

Title: Improving Health Care for Primary Care Patients with Type 2 Diabetes: Are Our Practices Updated?

Goal: To evaluate the quality of care provided to patients with Type 2 Diabetes in a health center and its compliance with integrated guidelines for clinical management.

Design: Descriptive retrospective. Evaluation of quality.

Setting: An urban health center.

Population and Sample: Patients diagnosed with Type 2 diabetes mellitus (n=2335). Randomized systematic sample: n=96 (alfa 0.05, precision 0.10).

Interventions: Technical record of the evaluation cycle: internal retrospective assessment (2004; 2003-2004 for thorough ophthalmological exam); type of data: guidelines and intermediate results; dimensions: compliance, professional competence, continuity of care; explicit rules and criteria to ensure compliance with integrated guidelines for clinical management of Type 2 diabetes:

- 1) do an annual A1C;
- 2) A1C \leq 7%;
- 3) provide counseling for smokers on how to quit;
- 4) treat overweight or obese diabetics with metformin;
- 5) if cardiovascular disease, treatment with ASA;
- 6) annual microalbuminuria test;
- 7) annual comprehensive diabetic foot examination;
- 8) biyearly ophthalmological exam.

Results: Average age 66.65 years, 62.5% women. Compliance with guidelines as follows:

- 1) annual A1C test: 57.3% (47.5-67.2);
- 2) A1C \leq 7%: 40% (27.1-52.9);
- 3) provide counseling for smokers on how to quit: 72.7% (46.7-98.7) (no record of smoking habit: 60.42%);
- 4) treat overweight or obese diabetics with metformin: 62.12% (50.42-73.82);
- 5) if cardiovascular disease, treatment with ASA: 76.4% (67.9-84.9);
- 6) annual microalbuminuria test: 38.9% (29.1-48.7);
- 7) annual comprehensive diabetic foot examination: 22.9% (14.5-31.3);
- 8) biyearly ophthalmological exam: 21.8% (13.6-30).

Conclusions: Chronic complications are not filtered adequately. There is room for improvement in the detection of diabetic patients who are smokers.

Key words: Type 2 diabetes mellitus, quality care, primary care.

INTRODUCCIÓN

La diabetes supone una de las principales causas de invalidez y muerte prematura en la mayoría de los países desarrollados siendo motivo de un importante deterioro en la calidad de vida de las personas afectadas (1) e incrementando significativamente los costes económicos (2). En España se estima una prevalencia superior al 6 % (3) y se prevé que las cifras de prevalencia e incidencia aumenten en los próximos años (4).

La atención primaria ha jugado un papel estratégico en la atención a las personas diabéticas asumiendo las funciones de prevención, detección precoz, seguimiento clínico, educación sanitaria y rehabilitación, así como el abordaje integral y biopsicosocial bajo las premisas de la continuidad asistencial (5-7).

Las principales modificaciones que se han incorporado en la atención al paciente diabético en la última década se resumen en el tratamiento intensivo precoz y global de los factores de riesgo cardiovascular y en el cribado de complicaciones crónicas (8).

Una de las herramientas para la mejora de la calidad son los Procesos Asistenciales Integrados, que tienen como objetivo la adecuación y actualización de la práctica clínica y la utilización más efectiva de los recursos.

El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de la asistencia que se presta a los pacientes diabéticos tipo 2 de un centro de salud, siguiendo las directrices propuestas en el Proceso Asistencial de Diabetes Mellitus tipo 2 (9).

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio se realiza en un centro de salud urbano que atiende a una población de 34.000 habitantes de nivel socioeconómico medio.

El diseño corresponde a una evaluación de calidad asistencial (ciclo evaluativo) de tipo descriptivo retrospectivo. La población de estudio fueron los pacientes de todos los cupos diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 en la historia clínica informatizada correspondiente a la codi-

ficación CIAP-2=T90 (10) a fecha de Febrero de 2005 (N=2335). Los criterios de exclusión fueron: pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 durante los años 2004 y 2005, diabetes gestacional, pacientes desplazados de otra zona básica de salud o que hayan abandonado el centro de salud, éxitus, control exclusivo en otro nivel asistencial, incapacitados, pacientes en situación terminal. Se calcula el tamaño muestral para un α de 0.05 y una potencia de 0.10 obteniendo una $n=96$. La selección de pacientes se realiza mediante muestreo probabilístico sistemático para una $K=24$ a partir del listado alfabético.

La fuente de información fue la historia clínica informatizada (Sistema Tarjetas Adscritas a la Seguridad Social: TASS).

El diseño de evaluación de calidad se realiza mediante metodología de ficha técnica, que se refleja en la tabla 1, propuesta por Palmer y adaptada por el Programa Ibérico (11).

Las variables descriptivas medidas fueron: edad, sexo, determinación de HbA1c, hábito tabáquico, sobrepeso, obesidad, tratamiento con metformina, antecedente de enfermedad cardiovascular, presencia de nefropatía diabética, presencia de lesiones compatibles con pie diabético, presencia de retinopatía diabética.

Los criterios de calidad asistencial que fueron evaluados se resumen en la tabla 2 (12). Se elaboraron siguiendo las directrices del Proceso Asistencial de Diabetes Mellitus tipo 2^o. Se evaluaban mediante porcentaje de cumplimiento con un intervalo de confianza al 95% y se presentan mediante gráfico de Pareto (13).

El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows versión 11.0 y el programa de gestión de calidad asistencial IQUAL versión 1.0.

RESULTADOS

Se estudian un total de 96 pacientes, de los cuales el 62.5% eran mujeres. La media de edad fue de 66.65 años (tabla 3).

En relación al cumplimiento de criterios de calidad (tabla 4): el 57.3% tenían al menos una determinación de HbA1c. De ellos, el 40% presentaron cifras de buen control (HbA1c <7%), el 69.1% control aceptable (HbA1c <8%) y el 30.9% mal control metabólico (HbA1c \geq 8%). El 28.3% del total de los pacientes están registrados como fumadores, no existiendo registro de este hábito en el 60.42%. La realización de consejo o intervención antibacaco se realizó en el 72.7% de los diabéticos fumadores. Un 14.6 % presentan sobrepeso y el 57.3% obesidad. El 62.12% de éstos estaban en tratamiento con metformina (tres excepciones por intolerancia o contraindicación). El 19.8% de los pacientes estudiados, presenta enfermedad cardiovascular. De ellos un 76.4% estaban en tratamiento con AAS a baja dosis (dos excepciones por alergia al AAS). El 38.9% tenían realizada al menos una determinación de microalbuminuria. Fue patológica en el 29.7%. A un 22.9% de los pacientes se les realizó exploración completa de los pies. El 13.6% presentaron lesiones de pie diabético. El 21.8% presentaban registro de exploración de fondo de ojo durante el periodo 2003-2004, de los cuales un 19% tienen retinopatía diabética.

DISCUSIÓN

La población incluida en nuestro estudio presentó características demográficas, factores de riesgo cardiovascular, complicaciones crónicas (14-19) y valores de HbA1c similares a las encontradas en estudios previos (14) (16-18)(20).

Hay que resaltar el bajo registro del hábito tabáquico constituyendo en sí misma una deficiencia en la calidad de la atención (21).

La proporción de pacientes que presentan obesidad o sobrepeso en nuestro estudio es superior a la prevalencia encontrada en la Encuesta Nutricional de Andalucía (60.6% de la población)

El hecho de que tan solo se realizara la exploración del pie al 22.9% de los pacientes puede ser causa de un infradiagnóstico de esta complicación.

Hay que destacar que en el 52.1 % de los pacientes no existía constancia de derivación al oftal-

mólogo en la historia clínica, lo cual puede ser debido al déficit de registro, a que los pacientes sean citados directamente a revisión o a que realmente no se realice. En un 26% de los pacientes existía constancia de la solicitud de derivación al oftalmólogo pero no quedaba reflejado en la historia clínica el resultado de la exploración.

En cuanto al cumplimiento de los criterios de calidad, es necesario mejorar el porcentaje de pacientes diabéticos con realización de HbA1c y con buen control metabólico, si bien hay que considerar que las guías recomiendan individualizar los criterios de control glucémico en función de la edad, la capacidad de autocuidado y la esperanza de vida y éstos son aspectos no considerados en este estudio. Un elevado número de pacientes diabéticos fumadores recibió consejo o intervención antitabaco pero dado el infrarregistro del hábito tabáquico, es posible que un número importante de pacientes diabéticos fumadores no hayan sido objeto de atención. Además es mejorable el porcentaje de pacientes en tratamiento con metformina puesto que es fármaco de primera elección y las guías de práctica clínica lo consideran un grado de recomendación A. Se puede considerar aceptable la proporción de diabéticos con antecedentes de enfermedad cardiovascular que reciben tratamiento con AAS a bajas dosis (22).

En cuanto al cribado de complicaciones crónicas, en el gráfico de Pareto (figura 1) observamos que los tres criterios juntos son responsables del 67% del déficit de calidad y por tanto deberán ser objeto prioritario de las intervenciones de mejora. Según las guías de práctica clínica, a partir de los 70 años no es necesario el cribado de nefropatía si previamente el paciente tenía una determinación de microalbuminuria normal. Este punto no ha sido valorado en nuestro estudio y puede contribuir a una disminución del grado de cumplimiento.

Entre los posibles sesgos del estudio, el primero a destacar sería la fuente de datos. No obstante, el no registro en la historia clínica informatizada, puede considerarse en sí mismo una deficiencia en la calidad con repercusiones sobre el seguimiento de los pacientes. No hemos determinado el tiempo de evolución de la diabetes que se relaciona estrechamente con el control glucémico y con la aparición de complicaciones crónicas.

Otras variables no consideradas son el tratamiento de los pacientes o el padecer otras enfermedades crónicas que pueden influir en los resultados.

Se realizó el feed-back a los profesionales del centro y se propusieron las medidas correctoras que se recogen en la tabla 5.

Para completar el ciclo evaluativo se propone realizar la reevaluación de los resultados en un posterior estudio con similar diseño y conocer así el grado de mejora alcanzado.

Las conclusiones fundamentales de nuestro estudio son: el perfil del paciente diabético en nuestro centro de salud corresponde a una mujer de 66 años, obesa, en tratamiento con metformina, con una HbA1c de 7.7%, microalbuminuria positiva y antecedente de enfermedad cardiovascular. El cribado de complicaciones crónicas es insuficiente así como la detección de aquellos diabéticos que son fumadores a nivel de atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Integral de Diabetes en Andalucía: 2003-2007. Sevilla: Consejería de Salud; 2003.
2. Gabriel Olveira-Fuster, Pilar Olvera-Márquez, Florentino Carral-Sanlaureano, Stella González-Romero, Manuel Aguilar-Diosdado, Federico Soriguer-Escofet. Excess Hospitalizations, Hospital Days, and Inpatient Costs Among People With Diabetes in Andalusia, Spain. *Diabetes Care*. 2004; 27:1904-1909.
3. Godoy A, Serrano Ríos. M. Epidemiología de la diabetes en España. Revisión crítica y nuevas perspectivas. *Med Clin (Barc)*. 1994; 102:306-315.
4. Godoy Arno A. Epidemiología y coste sanitario de la diabetes en el siglo XXI. *Educación Diabetológica Profesional*. 1999; 11:3-5.
5. Salinas-Martínez AM, Sandoval-Espinosa D, Núñez-Rocha GM, Garza-Elizondo ME, Villareal-Ríos E. Impacto de la atención ambulatoria de primer nivel de atención en la hospitalización de población asegurada con diabe-

- tes mellitus tipo 2. *Aten Primaria*. 2002; 30:611-617.
6. Grupo de Estudio de la Diabetes en la Atención primaria de Salud (GEDAPS). Diabetes mellitus tipo II en atención primaria. Situación actual y propuestas de intervenciones. *Aten Primaria*. 1995; 14: 67-73.
7. Fernández de Mendiola Espino J. Evaluación de la población diabética tipo II atendida en un equipo de atención primaria. *Aten Primaria*. 1996; 17: 435-438.
8. American Diabetes Association. Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. Clinical Practice Recommendations. *Diabetes Care*. 2004; 27(suppl 1):s15-35.
9. Diabetes Mellitus tipo 2: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2002.
10. Clasificación Internacional de la Atención Primaria CIAP-2. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. 2ª Ed. Barcelona: Ed Masson; 1999.
11. Saturno PJ, Imperatori E, Corbellá A. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica: diseño de proyecto. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.
12. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). EPC Evidence Reports. URL: disponible en <http://www.ahrq.gov/clinic/epcindex.htm/methodology>
13. Wadsworth HM, Stephens KS, Godfrey AB. "Graphical methods for quality". In: *Modern Methods for Quality Control and Improvements*. New York: John Wiley & sons; 1986. p.287-353.
14. Benítez de la Corte VM, Moreno Santos MA, Manzano Guzmán A, Gómez León VD, Lahoz Rallo B, Barros Rubio C. Impacto tras la aplicación del proceso de diabetes mellitus en la calidad de la Atención al Paciente diabético tipo 2 del Centro de Salud La Granja. *Med fam Andal*. 2005; 2: 32-40.
15. Gallego Fuentes RJ. Calidad de la asistencia al paciente con diabetes mellitus tipo II en el ámbito de una consulta de Atención Primaria. *Av Diabetol*. 2002; 18: 84-93.
16. Grupo de para el Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (GEDAPS). Atención primaria y diabetes mellitus tipo 2 en España. Un programa de mejora continua de la calidad asistencial. *Educ Diabet Prof*. 2005; 1:29-33.
17. Carral San Laureano F. Evaluación de la calidad asistencial en pacientes en pacientes con diabetes tipo 2 del Área Sanitaria Cádiz-San Fernando. *Av Diabetol*. 2005; 21: 52-57.
18. Scheid DC, McCarthy LH, Lawler FH, Hamm RM, Reilly KEH. Screening for microalbuminuria to prevent nephropathy in patients with diabetes: a systematic review of the evidence. *J Fam Pract*. 2001;50:661-668.
19. Cabezas Cerrato J. The prevalence of clinical diabetic polyneuropathy in Spain: a study in primary care and hospital clinic groups. Neuropathy Spanish Study Group of the Spanish Diabetes Society (SDS). *Diabetología*. 1998; 41:1263-9.
20. Avila Lachica L, Gómez García MC. Control de los factores de riesgo cardiovascular en los diabéticos tipo 2. Adecuación a los criterios de la asociación americana de diabetes de 1999. *Med fam Andal* 2000; 1:126-131.
21. Palmer H. Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. Práctica y Principios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
22. Esmatjesa E, Castell C, Franch J, Puigoriol E y Hernández R. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122:96-98.

Tabla 1. Ficha técnica de evaluación de calidad.

Dimensiones estudiadas	Calidad científico-técnica Continuidad asistencial Adecuación
Unidades de estudio	<i>Pacientes</i> con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en historia clínica en febrero 2005 <i>Profesionales</i> evaluados: médico/as de familia, enfermero/as <i>Periodo</i> de evaluación: año 2004 (periodo 2003-2004 para el cribaje de retinopatía)
Identificación y muestreo	Población institucional Muestreo aleatorio sistemático
Relación temporal	Retrospectivo
Tipo de datos	Proceso Resultados parciales
Fuentes de datos	Historia clínica informatizada
Tipo de revisión	Interna Cruzada
Tipos de criterios	Explícitos normativos

TABLA 2. Criterios de calidad asistencial.

CRITERIO	ACLARACIÓN	EXCEPCIÓN	FORMATO	EVIDENCIA
Todos los pacientes diabéticos tendrán como objetivo control una HbA1c < 7%	Debe registrarse la cifra de HbA1c. No se considera cumplimiento la solicitud de analítica	No existe	Nº pacientes con HbA1c < 7% / Nº pacientes con determinación anual	II
Realización de al menos una determinación anual de HbA1c en todos los pacientes diabéticos durante año 2004	Debe constar en la historia clínica la cifra de HbA1c. No se considera cumplimiento la solicitud de analítica	No existe	Nº pacientes con determinación anual de HbA1c / Nº total pacientes diabéticos	IV
Realización de consejo o intervención antitabaco al menos una vez durante el año 2004 en los pacientes diabéticos fumadores	Debe constar en historia clínica el consejo antitabaco u otro tipo de intervención antitabaco.	No existe	Nº de pacientes que reciben consejo antitabaco / Nº de diabéticos fumadores	II
Los pacientes diabéticos con sobrepeso u obesidad recibirán tratamiento con metformina	Debe constar la existencia de tratamiento con metformina en historia clínica. Se considerará sobrepeso un IMC 25-29.9 y obesidad IMC ≥30	Contra-indicación o intolerancia a metformina	Nº de pacientes en tratamiento con metformina / Nº de pacientes con sobrepeso u obesidad – pacientes con contraindicación o intolerancia	I
Los pacientes diabéticos con enfermedad cardiovascular recibirán tratamiento con AAS a bajas dosis	Debe existir registro del tratamiento con AAS a baja dosis. Se consideran enfermedades cardiovasculares las descritas en el proceso de riesgo cardiovascular.	Contra-indicación para el tratamiento con AAS	Nº de pacientes diabéticos con ECV en tratamiento con AAS / Nº de pacientes diabéticos con ECV- pacientes con contraindicación	I
Todos los pacientes diabéticos deberán tener al menos una determinación durante 2004 anual de microalbuminuria	Se considera cumplimiento el registro de las cifras de microalbuminuria o microalbuminuria +/- . No se considera cumplimiento el registro de orina normal.	Existencia de nefropatía no diabética	Nº de pacientes con determinación de microalbuminuria anual / Número total de pacientes diabéticos – pacientes con nefropatía no diabética	IV
Todos los pacientes diabéticos deben tener al menos una revisión anual de los pies durante 2004	Registro en la historia de pie normal / diabético o del resultado de inspección, pulsos periféricos, sensibilidad	Pacientes con amputación y que no están incluidos en programa de atención domiciliaria a incapacitados	Nº pacientes con al menos una exploración anual del pie / Nº total pacientes diabéticos	IV
Todos los pacientes diabéticos deben tener al menos una exploración oftalmológica en 2003 y/o 2004	Registro de no retinopatía, retinopatía diabética o fondo de ojo normal. No se considerará cumplimiento la solicitud de revisión oftalmológica	No existe	Nº pacientes con al menos una exploración biamal de la retina / total de pacientes diabéticos	II

TABLA 3: Características de la muestra de estudio.

IMC= Índice de Masa Corporal. Los Intervalos de Confianza al 95%.

EDAD (años)	66.65 ± 10.9
SEXO	Mujeres 62.5%
	Varones 37.5%
HbA1c media (%)	7.68 ± 1.54
Fumadores	28.9% (14.9 - 42.9)
Sobrepeso	14.6% (7.58 - 21.58)
Obesidad	57.3% (47.3 – 67.3)
En tratamiento con Metformina	53.1% (43.1 – 63.1)
Enfermedad cardiovascular presente	19.8% (11.8 – 27.8)
Microalbuminuria positiva	29.7% (14.7 – 44.7)
Pie diabético	13.6% (0-28)
Retinopatía diabética	19% (2.3 – 35.7)

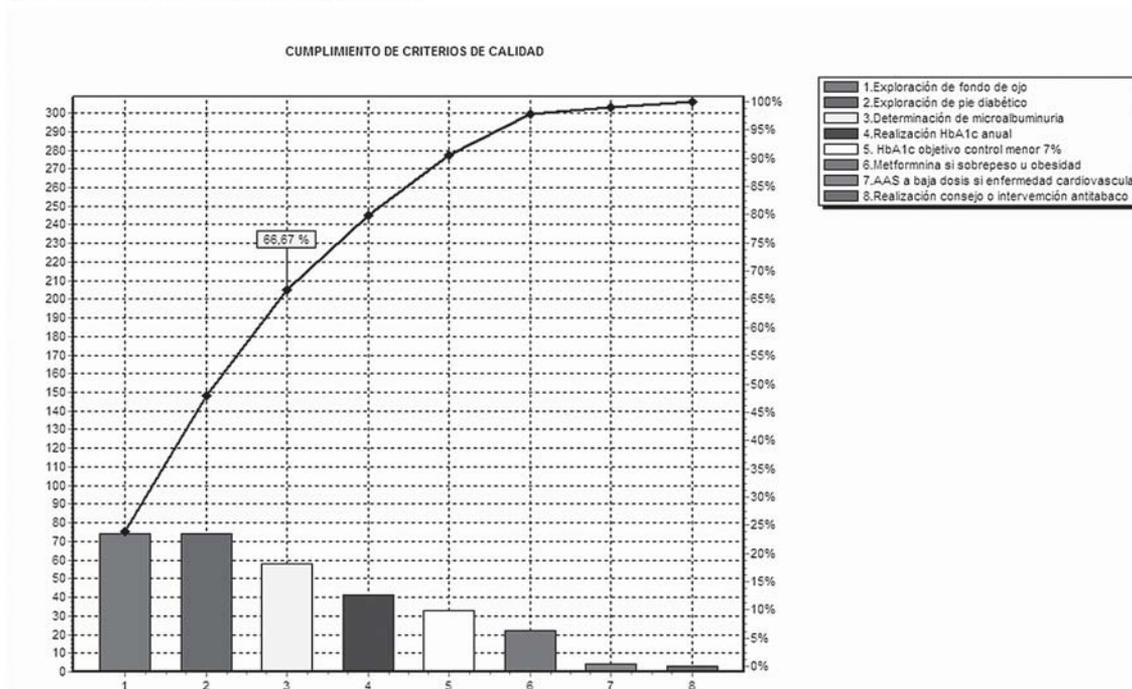
TABLA 4: Porcentajes de cumplimiento de los criterios de calidad. Intervalos de Confianza al 95%.

CRITERIO	CUMPLIMIENTO
Todos los pacientes diabéticos tendrán una HbA1c < 7%	40% (27.1 – 52.9)
Realización de al menos una determinación anual de HbA1c en todos los pacientes diabéticos durante año 2004	57.3% (47.5 - 67.2)
Realización de consejo o intervención antitabaco al menos una vez durante el año 2004 en los pacientes diabéticos fumadores	72.7% (46.7 – 98.7)
Los pacientes diabéticos con sobrepeso u obesidad recibirán tratamiento con metformina	62.12 (50.42 – 73.82)
Los pacientes diabéticos con enfermedad cardiovascular recibirán tratamiento con AAS a bajas dosis	76.4% (67.9-84.9)
Todos los pacientes diabéticos deberán tener al menos una determinación anual durante el año 2004 de microalbuminuria	38.9% (29.1-48.7)
Todos los pacientes diabéticos deben tener al menos una revisión anual de los pies durante 2004	22.9% (14.5-31.3)
Todos los pacientes diabéticos deben tener al menos una exploración oftalmológica en 2003 y/o 2004 si bajo riesgo.	21.8% (13.6-30)

TABLA 5: Medidas correctoras propuestas.

Sistema de registro actualizado de los pacientes
Circuito de detección de enfermos que no acudan a consulta para seguimiento de diabetes mellitus
Historia clínica protocolizada
Posibilidad de planificar revisiones regulares donde se abarquen los diferentes aspectos del seguimiento del paciente
Establecer visitas periódicas de educación diabetológica
Mejorar el registro de las actividades que se realizan en el seguimiento del paciente
Formación continuada a los profesionales para adquirir los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias
Aumentar la participación de otros profesionales como enfermería
Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales. Comunicación ágil y recíproca en el seguimiento evolutivo de los pacientes
Material de apoyo en la consulta como la posibilidad de tener recordatorios específicos informatizados de periodicidad de cribado
Inclusión preferente en los grupos de deshabituación tabáquica de aquellos pacientes diabéticos que sean fumadores
Formación de los profesionales en técnicas de entrevista motivacional para abandono de hábito tabáquico

FIGURA 1. DIAGRAMA DE PARETO



ORIGINAL

La obesidad, el factor de riesgo olvidado

Gómez García MC¹, Avila Lachica L², Díaz Caro E³, Fernández Baena MA⁴

¹ Doctora en Medicina. Centro de Salud Vélez-Norte. Vélez-Málaga. Distrito Axarquía (Málaga)

² Doctor en Medicina. Consultorio de Almachar. C. S. Axarquía Oeste. Distrito Axarquía (Málaga)

³ Médico de Familia. Centro de Salud Vélez-Norte. Vélez-Málaga. Distrito Axarquía (Málaga)

⁴ Médico de Familia. Centro de Salud Vélez-Norte. Vélez-Málaga. Distrito Axarquía (Málaga)

RESUMEN

Título: la obesidad, el factor de riesgo olvidado.

Objetivos: 1. Conocer el grado de cumplimentación para el diagnóstico de sobrepeso-obesidad en nuestro Centro de Salud. 2. Conocer las intervenciones de los profesionales para su abordaje. 3. Conocer la asociación con otros factores de riesgo cardiovascular.

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Muestreo consecutivo.

Emplazamiento: Centro de salud rural con una población de 14.000 personas.

Participantes: Personas que acudieron a consulta al Centro de Salud un día determinado con al menos otra cita en el mismo año. Total de consultas médicas: 10. Citas por consulta: 35-40. Total de sujetos que acudieron a consulta: 369.

Mediciones principales: edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura (PC), factores de riesgo asociados (hipertensión, dislipemia, diabetes, tabaquismo), así como la indicación de tratamiento.

Resultados: Del total que acudieron a consulta el 59.20 % fueron mujeres. La edad media fue 54.27 ± 18.38 años. En solo el 26.40 % de las historias estaba registrado el peso, la talla en el 21.60 %, el IMC en el 20.00 % y el PC en el 1.60 %. El IMC medio fue 30.29 ± 4.20 kg / m² (28.59 ± 3.94 en mujeres y 32.12 ± 3.82 en varones).

Conclusiones: Bajo registro de medidas antropométricas, por lo que estamos infradiagnosticando un problema de alta prevalencia como es el sobrepeso-obesidad.

Palabras clave: obesidad, atención primaria, riesgo cardiometabólico.

SUMMARY

Title: obesity: an overlooked risk factor

Goals: 1) Determine the degree of our health center's compliance in diagnosing overweight/obese patients; 2) Identify what interventions professionals employ to address this issue; 3) Identify the association with other cardiovascular risk factors

Design: Cross-sectional descriptive. Consecutive sample.

Setting: A rural health center, population 14.000.

Sample: Patients who visited the health center on a single given day and who had been seen at least once that same year. Total number of doctor visits: 10. Appointments for a consultation: 35-40. Total number of subjects who visited the doctor: 369.

Correspondencia: M^ª. Carmen Gómez García
C. S. Vélez-Norte
C/. San Isidro, s/n. 29700 Vélez-Málaga (Málaga)
E-mail: carlu91@gmail.com

Recibido el 13-12-2007; aceptado para publicación el 27-03-2009
Med fam Andal 2009; 2: 128-135

Key measurements: age, sex, weight, height, body mass index (BMI), waist/hip ratio, associated risk factors (hypertension, lipid disorder, diabetes, smoking), and treatment indications.

Results: 59.20 % of all visits were made by women. The average age was 54.27 ± 18.38 years. Only 26.40 % of the clinical histories reviewed included weight measurements; 21.60 % measured height; 20.00 % measured the body mass index; and 1.60% indicated the waist/hip ratio. The average BMI was 30.29 ± 4.20 kg / m² (28.59 ± 3.94 among women and 32.12 ± 3.82 among men).

Conclusions: Low registration of anthropomorphic measurements leading to the under diagnosis of this highly prevalent condition.

Key words: obesity, primary care, cardio metabolic risk.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de grasa corporal, y un importante problema de salud debido a su alta prevalencia (14,5 %), el incremento de su incidencia (tanto en población adulta como en la infancia), su demanda asistencial creciente y sus costes (1,2). Pero además es conocido que la obesidad tiene una clara implicación en el aumento de la morbi-mortalidad, fundamentalmente a partir de sobrepeso grado II, según la clasificación de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) del año 2000 (tabla 1) (3).

Estamos asistiendo a la publicación de guías basadas en la evidencia con objetivos cada vez más estrictos y con medidas agresivas a veces desde el inicio, con el objeto de disminuir riesgos cardiovasculares, pero siempre acabamos hablando de hipertensión, dislipemia, diabetes o tabaco. Pero ¿y la obesidad?, ¿nos ocupamos del abordaje de este otro factor de riesgo?.

Es necesario considerar la obesidad como una enfermedad crónica que requiere, al igual que otros factores de riesgo, planteamiento de obje-

tivos claros y tratamiento precoz, en vez de aplazar éste hasta que aparezcan las complicaciones. La eficacia del tratamiento dependerá fundamentalmente de los cambios permanentes en los hábitos de vida relativos a la alimentación y a la actividad física, pero además existen fármacos con indicación expresa (tabla 1). Está demostrado que pequeñas reducciones de tan solo el 10 % del peso, disminuyen el riesgo cardiovascular en un 20 %.

Los objetivos que nos planteamos para este trabajo fueron:

1. Conocer el grado de cumplimentación para el diagnóstico de sobrepeso-obesidad en nuestro Centro de Salud (peso, talla, perímetro de cintura).
2. Conocer las intervenciones de los profesionales de Atención Primaria para su abordaje (indicación de medidas higiénico dietéticas y/o tratamiento farmacológico).
3. Conocer la asociación con otros factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus y tabaquismo).

Los sujetos incluidos en el estudio fueron el total de personas que acudieron a consulta médica al Centro de Salud un día determinado y si los datos antropométricos no estaban registrados en la historia del paciente, procedimos a pesar, tallar y medir su perímetro de cintura, con el fin de estimar cuantas personas sin diagnóstico de sobrepeso-obesidad, realmente lo eran.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los sujetos incluidos en el estudio fueron el total de personas que acudieron a consulta médica al Centro de Salud un día determinado (el 6 de Junio del 2006) y que tuvieran registrada al menos otra cita en el mismo año. El total de consultas médicas en nuestro Centro de Salud son 10, y la media de citas por consulta es de 35-40 en el día. El total de sujetos que acudieron a consulta ese día fueron 369. De las 369 personas solo 302 cumplían criterios de inclusión (cita previamente registrada ese mismo año)

Se trata de uno de los dos Centros de Salud de Vélez-Málaga; Vélez-Norte, de carácter rural, cuya población total adscrita es de 14.000 personas.

Se estudió: edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura (PC), factores de riesgo asociados (hipertensión (HTA), hiperlipemia (HLP), diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), tabaquismo) y por último la indicación registrada de tratamiento (tanto de medidas higiénico-dietéticas como tratamiento farmacológico).

Si los datos antropométricos no estaban registrados en la historia del paciente, procedimos a pesar, tallar y medir su perímetro de cintura, con el fin de estimar el infradiagnóstico de sobrepeso-obesidad.

El perímetro de cintura (contenido graso abdominal) se estimó con cinta métrica, a nivel umbilical o en la línea media entre los márgenes costales inferiores y las crestas iliacas, al final de haber realizado una espiración y en bipedestación.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante tablas de distribución de frecuencias. Para las cuantitativas se estimaron medias \pm desviación estándar con un intervalo de confianza del 95 %.

RESULTADOS

De las 369 personas que acudieron a consulta ese día, solo 302 cumplían criterios de inclusión (cita previamente registrada ese mismo año). El 59.20 % fueron mujeres. La edad media fue 54.27 ± 18.38 años (53.12 ± 19.39 mujeres y 55.94 ± 16.87 varones). En solo el 26.40 % de las historias estaba registrado el peso, la talla en el 21.60 %, y el IMC en el 20.00 %. El perímetro de cintura estaba registrado en tan solo el 1.60 % de las historias.

El IMC medio de los pacientes con registro en sus historias fue 30.29 ± 4.20 kg/m² (sobrepeso para las mujeres: 28.90 ± 3.94 y obesidad para los varones: 32.12 ± 3.82).

Del total de los pacientes con mediciones previas, el 5.82 % eran sobrepeso (4.85 % para mujeres y 0.97 % de varones) y el 14.56 % obesos (4.85 % para mujeres y 9.7 % de varones). La distribución para ambos sexos según el IMC registrado se refleja en la gráfica 1.

La indicación de tratamiento se registró en sólo el 28.09 ± 4.76 % de las historias. En el 17.39 % de los pacientes con sobrepeso y 21.71 % de los obesos, se registro indicación de ejercicio, y la indicación de dieta hipocalórica figuraba en el 16.00 % de las historias de pacientes con sobrepeso y en el 24 % de los pacientes con obesidad. En ningún caso hubo registro de tratamiento farmacológico.

Con respecto a la asociación con otros factores de riesgo, del total de los pacientes estudiados, eran hipertensos el 40.80 ± 4.40 %. De ellos el 7.84 % eran sobrepeso (5.88 % en mujeres y 1.96 % en varones) y el 21.56 % obesos (9.80 % en mujeres y 11.76 % en varones) (gráfica 2).

Del total de los pacientes, eran hiperlipémicos el 24.80 ± 3.86 %, de los cuales el 12.90 % de los registrados eran sobrepeso (9.67 % en mujeres y 3.22 % en varones) y el mismo porcentaje de obesos (también 9.67 % en mujeres y 3.22 % en varones) (gráfica 2).

Del total de los pacientes, eran diabéticos tipo 2 el 12.90 ± 3.01 %. De ellos eran sobrepeso un 6.25 % (todos varones) y un 18.75 % obesos (todas mujeres) (grafica 2).

Por último, el consumo de tabaco estaba registrado en un 49.53 % de las historias. El 22.43 \pm 4.03 % eran fumadores. Del total de pacientes fumadores registrados, el 4.16 % tenían sobrepeso (todas mujeres) y el 8.33 % eran obesos (todos varones)(gráfica 2).

Tras proceder a medir talla, peso, IMC y PC, a la totalidad de los pacientes que acudieron a consulta el 6 de Junio del 2006, el IMC medio fue 28.74 ± 4.98 kg/m² (sobrepeso tanto para las mujeres: 28.77 ± 5.01 como para los varones: 28.70 ± 5.00 Kg/m²). El 38.83 % eran sobrepeso (25.24 % de mujeres frente a 13.59 % de varones) y el 36.89 % obesos (20.38 % de mujeres y 15.50 % de varones). La distribución para ambos sexos según el IMC que se registraron ese día, se reflejan en la gráfica 3.

En este caso, tras el total de los registros, el 27.45 % eran sobrepeso (21.56 % en mujeres y 5.88 % en varones) y el 52.94 % obesos (33.33 % en mujeres y 19.60 % en varones) (gráfica 4).

Con respecto a la hiperlipemia, tras la medición a todos los pacientes, el 41.19 % de los dislipémicos eran sobrepeso (32.25 % en mujeres y 9.67 % en varones) y el 35.48 % obesos (22.58 % en mujeres y 12.90 % en varones) (grafica 4).

Con respecto a la diabetes, tras la medición de las medidas antropométricas a todos los pacientes, el 31.25 % de los pacientes con diabetes eran sobrepeso (12.25 % en mujeres y 18.75 % en varones) y el 37.50 % obesos (25.00 % en mujeres y 12.50 % en varones) (grafica 4).

Por último, con respecto al hábito tabáquico, el 37.50 % eran sobrepeso (25.00 % mujeres y 12.50 varones) y el 20.83 % obesos (8.33 % de mujeres y 12.50 % varones) (grafica 4).

DISCUSIÓN

Se trata de un estudio descriptivo transversal en el que el muestreo realizado no es probabilístico, pero el objetivo del estudio era conocer la disposición del médico de atención primaria ante el diagnóstico del problema "obesidad". ¿Realmente nos preocupamos en atención primaria de hacer este diagnóstico y actuar en consecuencia? ¿Ponemos el mismo interés que cuando diagnosticamos otros factores de riesgo cardiovascular?.

Existe un bajo registro de medidas antropométricas en las historias clínicas. Esto nos lleva a un infradiagnóstico de un problema de alta prevalencia como es la obesidad, que en nuestro caso pasó del 14.56 % en los casos registrados, a un 36.89 % tras el total de la medición. La prevalencia estimada por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad del año 2000 fue del 14.50 % (SEEDO) (1). Nuestros valores sin embargo están muy próximos a los registrados en poblaciones similares y cercanas a la nuestra, en la que estimaron un 38 % de sujetos con sobrepeso y un 29.2 % de sujetos con obesidad (4,5), y desafortunadamente también coinciden en la estimación de EEUU para su población en el año 2002, 35.1 % de sobrepeso y 30.6 % de obesidad (6). Andalucía se encuentra entre las regiones de España con mayor prevalencia de obesidad (7).

No existe unanimidad para el cribado de obesidad en la población general, pero el Programa

de Actividades Preventivas (PAPPS) recomienda medir peso y talla a los 20 años o en la 1ª visita y luego medición de peso cada 4 años (8). En nuestro trabajo, solo el 20.00 % de las personas con 20 o más años tenían medición de peso y talla, lo que nos indica de nuevo el abordaje inadecuado de la enfermedad, desde su cribado.

La medida antropométrica que mejor se correlaciona con el depósito de grasa visceral es la circunferencia o perímetro de la cintura, tanto en hombre ($r=0.68$) como en mujer ($r=0.65$), por lo que el perímetro de cintura debe ser utilizado como información complementaria del IMC aunque carezca de valor en $IMC > 35 \text{ Kg/m}^2$ (9). Además, a partir de sobrepeso grado II ($IMC > 27 \text{ kg/m}^2$) y conforme se incrementa el grado de obesidad, la aparición de resistencia a la insulina y comorbilidades es cada vez mayor (1,3). Existe riesgo cardiovascular aumentado si: $PC > 102 \text{ cm}$. en hombres y $> 88 \text{ cm}$. en mujeres (10). En nuestro trabajo sólo estaba registrado el PC en el 1.60 % de las historias. Este infra-registro también puede ser debido a que el médico de Atención primaria se encuentra desorientado a la hora de anotar este concepto, pues no existe lugar específico para anotar este dato en DIRAYA (nuestro programa informático).

La adecuación de la indicación de tratamiento según la SEEDO en el año 2000 fue del 16.00 % de las historias. Del total de los pacientes con sobrepeso grado I o más, en los que según las distintas guías hay que plantearse tratamiento no farmacológico con medidas higiénico-dietéticas, solo el 17.39 % tenía registro de haber recibido consejo con ejercicio físico y el 16.00 % con dieta hipocalórica, lo que nos indica probablemente un infraregistro del dato y su dificultad para darlo por escrito (1,2,11).

La indicación de pérdida de peso con medicación solo está indicada en caso de: sobrepeso II con PC de riesgo, peso inestable o FRCV asociado, si tras 6 meses de medidas H-D no consiguen pérdidas de 5-10 % (grado de recomendación A); obesidad I desde el inicio si es preciso, para conseguir pérdidas estables del 10 % (grado de recomendación A) y obesidad II igual que en obesidad grado I pero consiguiendo al menos, pérdidas estables mayores del 10 % (12, 13). El tratamiento farmacológico con sibutramina u orlistat no se indicó en ningún caso (al menos no

estaba registrado), quizás por no estar incluido en las prestaciones farmacéuticas de la Seguridad Social.

En ninguna historia constaba la derivación para cirugía bariátrica.

Sería interesante diseñar una hipótesis de estudio para observar en nuestro medio que influencia tiene el sobrepeso-obesidad en la incidencia-prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular. En la literatura está descrito que la tasa de hipertensos de incrementa un 11.00 % en los sujetos con sobrepeso y un 27.50 % en los pacientes con obesidad. También se establece que los diabéticos son un 7.10 % más frecuentes en pacientes con sobrepeso y un 19.50 % entre los pacientes con obesidad. El riesgo de presentar diabetes es 6.99 veces más alto si el IMC es > 25 kg/m² y de 4.23 veces si el IMC es > 30 kg/m² (14).

Para el abordaje integral y adecuado del paciente, al igual que con otros FRCV, debemos ser agresivos en el tratamiento de la obesidad, planteándonos objetivos claros y específicos según el grado (tabla 1).

No debemos olvidar que una de las prioridades en Atención Primaria es, además de tratar enfermedades, prevenir en la medida de lo posible la aparición de ellas, mediante educación adecuada y promoción de actividades saludables; y no es sino diagnosticando de forma precoz, como podemos hacer el abordaje de este grave y olvidado problema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conferencia de consenso. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Med Clin (Barc). 2000;115:587-597.
2. WHO Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of WHO consultation on obesity. Ginebra, 3-5 Junio, 1997. Ginebra: WHO; 1998.
3. Alamo Alonso AJ, Gonzáles Álvarez A y González Rodríguez M. Obesidad. Cad. Aten. Primaria [Guía de Fisterra] 2006; 13: 22-6.
4. Soriger F, Rojo-Martínez G, Esteva de Antonio I, Ruiz de Adana MS, Catalá M, Merelo MJ et al. Prevalence of obesity in South-east Spain and its relation with social and health factors. Eur J Epidemiol. 2004;19:33-40.
5. Luque Hernández MJ. Eficacia de una Intervención Terapéutica multifactorial sobre el exceso de peso en Atención Primaria [Tesis Doctoral]. Málaga: Departamento de Farmacología y Pediatría, Universidad de Málaga; 2006.
6. Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carrol MD, Curtin LR, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US Children, adolescents and adults, 1999-2002. JAMA. 2004;29:2847-50.
7. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majen L, Ribas Barba L, Quiles Izquierdo J, Vioque J et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. Med Clin (Barc) 2003; 120:608-12.
8. Caerio Catelao J. Actividades preventivas. Guías Clínicas 2006; 6(Suppl 12). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/actividades.asp>
9. Expert Panel on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight in adults: executive summary. Am J Clin Nutr. 1998; 68:899-917.
10. The practical guide. Identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. National Institutes of health. National health, lung and blood institute North American Association for the study of obesity. NHI Publication number 00-4084. 2000.
11. Arrizabalaga JJ, Masmiquel L, Vidal J, Calañas-Continente A, Díaz-Fernández MJ, García-Luna PP et al. Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. Med Clin (Barc) 2004; 122(Suppl 3):104-110.

12. Arterburn DE, DeLaet DE y Flum DR. Obesidad En: Evidencia Clínica Concisa. 5ª ed. Bogotá (Colombia): Grupo Editorial Legis SA; 2006. p. 89-92.
13. Snow V, Barry P, Fitterman N, Qaseem A, and Weiss K. Pharmacologic and surgical management of obesity in primary care: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Inter Med. 2005;142:525-531.
14. Lai SW, Ng KC. Overall obesity and abdominal obesity and the risk of metabolic abnormalities. Ir Med Sci. 2004;173:193-6.

Tabla 1. CLASIFICACIÓN DE OBESIDAD según IMC y TRATAMIENTO (SEEDO-2000)

	IMC (Kg/m²)	INDICACION DE TRATAMIENTO
peso normal	18.5 a 24.9	Si peso inestable*: consejos H-D
sobrepeso grado I	25.0 a 26.9	Si peso inestable, PC de riesgo o FRCV asociados: consejos H-D.
sobrepeso grado II (pre-obesidad)**	27.0 a 29.9	Si peso inestable, PC de riesgo o FRCV asociados: perder 5-10 % en 6 meses con medidas H-D. Si no: fármacos.
obesidad grado I	30.0 a 34.9	Conseguir pérdidas estables del 10%, en 6 meses: medidas H-D, terapia conductual y a veces, fármacos desde el inicio.
obesidad grado II	35.0 a 39.9	Conseguir al menos pérdidas estables del 10 % en 6 meses. Si no se consigue, derivación a unidades especializadas.
Obesidad grado III (mórbida)	40.0 a 49.9	Unidades especializadas: cirugía bariátrica
obesidad grado IV (extrema)	50.0 o más	

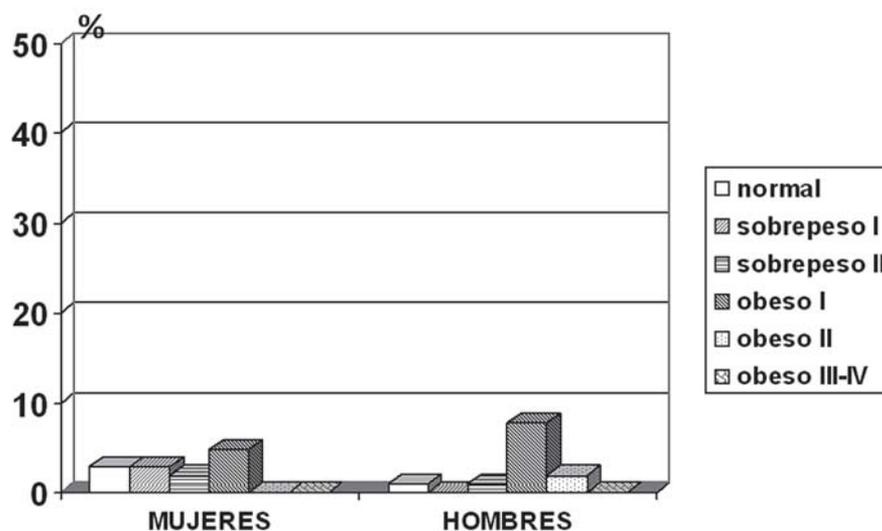
IMC: Índice de masa corporal. H-D: higiénico-dietéticos.

PC: perímetro de cintura. FRCV: factor de riesgo cardiovascular

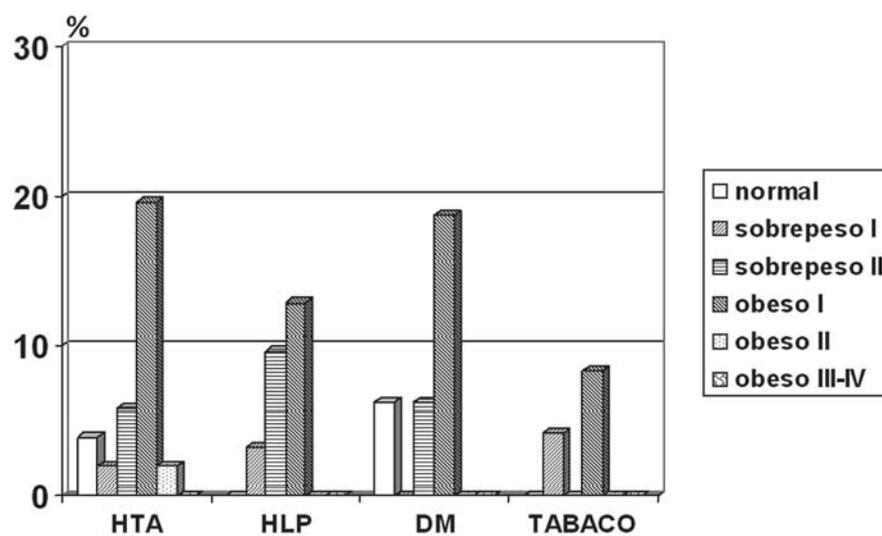
*Peso inestable: si aumento de 5 kg en menos de 1 año.

**A partir de sobrepeso grado II y conforme se incrementa el grado de obesidad, la aparición de resistencia a la insulina y comorbilidades es cada vez mayor.

Gráfica 1. Porcentaje por sexos y categorías según la clasificación SEEDO 2000, del Índice de masa corporal registrados en las historias.

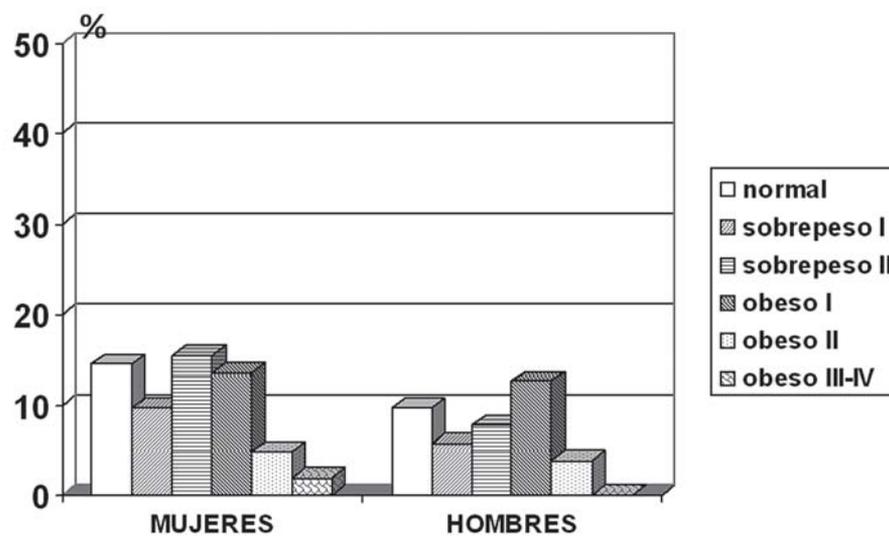


Gráfica 2. Relación de Índice de Masa Corporal por categorías, con otros Factores de Riesgo Cardiovascular registrados en las historias. Porcentajes.

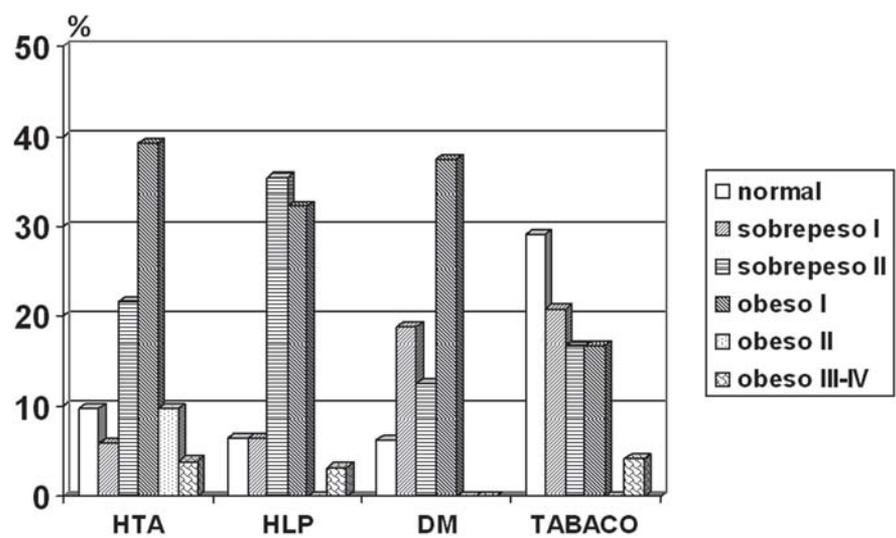


HTA: hipertensión. HLP: hiperlipemia. DM: diabetes.

Gráfica 3. Índice de masa corporal tras medición a todos los pacientes que acudieron a consulta. Porcentaje por sexos y categorías según la clasificación SEEDO 2002.



Gráfica 4. Relación de Índice de Masa Corporal por categorías, con otros Factores de Riesgo Cardiovascular, tras medición a todos los pacientes que acudieron a consulta. Porcentajes.



HTA: hipertensión. HLP: hiperlipemia. DM: diabetes.

ORIGINAL

El impacto sobre la salud de la cuidadora principal de personas mayores dependientes

De la Revilla Ahumada L¹, De los Ríos Álvarez AM², De la Revilla Negro E³, Prados Quel MA², Ruperez Larrea M⁴, Lopez de Hierro JA²

¹ Profesor Emérito del Servicio Andaluz de Salud. Presidente de Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Familia del Centro de Salud de Cartuja (Granada)

³ Profesora Asociada de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada. Enfermera de Familia del Centro de Salud de Cartuja (Granada)

⁴ Médico Residente de 4º de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Cartuja (Granada)

RESUMEN

Título: El impacto sobre la salud de la Cuidadora Principal de personas mayores dependientes.

Objetivos: Conocer los problemas de salud de la cuidadora principal (CP), y la influencia que tienen en los mismos las características sociodemográficas, el tiempo y tipo de cuidados que presta y el grado de dependencia de los pacientes.

Diseño: Estudio transversal descriptivo

Emplazamiento: Centro de Salud de Cartuja, Granada.

Población y Muestra: 105 pacientes mayores dependientes con problemas crónicos de salud y diferentes niveles de dependencia.

Intervenciones: Se analizan variables de la CP, tipo de ayudas y horas dedicados a cuidar. Se utilizan métodos estadísticos descriptivos y tablas de contingencia con los test de chi cuadrado y de Fisher.

Resultados: El 70 % de CP sufren problemas de salud, y el 44 % de pacientes presentan dependencia grave o total, relacionándose con el impacto en la salud de la cuidadora. La edad media de la CP es de 58,5 años, el 82 % son mujeres y el 65 % hijas o esposas; estas variables sociodemográficas no influyen en la aparición de afecciones somáticas o psíquicas. El 65 % de las CP realizan más de 4 actividades de ayuda y el 75 % ocupan entre 9 y 20 horas diarias a cuidar; estas dos variables influyen negativamente en la salud de la CP.

Conclusiones: 1) El impacto de cuidar ocasiona alteraciones somáticas o psíquicas en la CP y 2) los factores que más influyen en la salud de la CP son el nivel de dependencia, el número de cuidados y dedicar más de 9 horas a estas actividades.

Palabras claves: Personas mayores, dependencia, cuidadora principal.

SUMMARY

Title: The Impact of Caring for Dependent Elderly Persons on the Health of Principal Caregivers.

Goal: Learn more about the health problems affecting principal caregivers (PC). Study how social and demographic characteristics, the nature of care provided, the time dedicated to providing such care, and the degree of patients' dependency impact the principal care giver's health.

Correspondencia: Ana M^a. De los Ríos Álvarez
C. S. Cartuja
Avda. Casería del Cerro, s/n. 18013 Granada
E-mail: anamdelosrios@yahoo.es

Recibido el 10-11-2008; aceptado para publicación el 21-05-2009
Med fam Andal 2009; 2: 136-144

Methodology: Cross-sectional descriptive study.

Setting: Cartuja Health Center, Granada.

Population and Sample: 105 dependent elderly patients with chronic health problems and differing degrees of dependency.

Interventions: An analysis was done using the following variables: PC, type of assistance provided, and number of hours dedicated to care provision. Descriptive statistical methods were used, as well as contingency tables and the chi squared test.

Results: 70% of the PC have health problems and 44% of the patients they cared for were severely or totally dependent, resulting in an impact on the caregiver's health. The PC's average age is 58.5, 82% are women and 65% are daughters or wives. These socio-demographic variables have no influence on the appearance of somatic or psychological problems. 65% of PC carry out more than four support activities and 75% spend between 9 and 20 hours a day providing care; these two variables have a negative influence on the PC's health.

Conclusions: 1) The impact of providing care leads to somatic or psychological problems in the PC. 2) Factors with the greatest impact on the PC's health are: degree of dependency, number of support activities provided, and dedicating more than nine hours to those activities.

Key words: Elderly persons, dependency, principal caregiver.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las personas mayores dependientes son atendidas en su domicilio merced a distintos recursos informales. La cuidadora principal (CP), el mayor exponente de este tipo de recursos, es la persona encargada de prestar ayuda ante las demandas por necesidades básica e instrumentales de la vida diaria del paciente, durante gran parte del día y sin recibir retribución económica alguna. Por desgracia el impacto de cuidar influye negativamente sobre la vida de la cuidadora, tanto en sus actividades laborales, como en la economía del hogar y, espe-

cialmente, sobre la limitación del tiempo para dedicarse a si misma, así como para las relaciones familiares y sociales. Pero, sobre todo, es importante destacar que un número significativo de CP sufren problemas de salud y este hecho tiene una relevancia especial debido a que, por una parte, las enfermedades influyen negativamente sobre su calidad de vida y bienestar personal, y, por otra, a que afecta de forma notable en el desempeño de su rol de cuidadora.

Existen estudios (1,2,3) que hacen referencia a la aparición, en la CP, de síntomas físicos o al empeoramiento de enfermedades crónicas previas.

Pero es en las cuidadoras mayores, donde existe un mayor riesgo de sufrir problemas físicos de salud y una mayor mortalidad. Se piensa que estos hechos podrían deberse a los siguientes factores: el estrés mantenido a lo largo del tiempo, las elevadas demandas de cuidados físicos y una mayor vulnerabilidad biológica (4). La morbilidad psíquica que afecta a la CP ha sido investigada también (5,6,7), comprobando que un porcentaje alto de cuidadoras mostraban ansiedad, depresión y otras alteraciones emocionales, que estaban claramente relacionadas con el trabajo de cuidar.

Diversas investigaciones (8,9) han podido demostrar la relación de los problemas de salud de la cuidadora principal con su edad, el tiempo que llevan cuidando, el grado de apoyo social que reciben, y con la discapacidad y el grado de dependencia de la persona a la que cuidan.

Este trabajo tiene los siguientes objetivos: 1) determinar cuales son los problemas somáticos y psíquicos que sufre la CP y 2) conocer de qué manera influye en la aparición de los problemas de salud de la CP, el grado de dependencia de los pacientes, las características sociodemográficas de la CP, el tipo de cuidados que presta y tiempo dedicado a cuidar.

SUJETOS Y METODOS

Se presenta un estudio descriptivo transversal, que incluye 105 pacientes del Programa de Atención domiciliaria y Atención Familiar en Perso-

nas Mayores (10) procedentes de 3 consultas en el Centro de Salud de Cartuja (Granada).

Los datos para el estudio se obtuvieron de la revisión de los protocolos de los enfermos incluidos en dicho Programa.

Se entiende por personas mayores dependientes a las que tiene mas de 65 años y que, debido a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Las variables del estudio son:

1. En relación con la persona mayor dependiente:

a) Problemas crónicos de salud.

Se recogen las patologías mas importantes de cada paciente crónico.

b) Grado de dependencia.

Para valorar la dependencia se utilizó el índice de Katz (11). Atendiendo a la gravedad de la dependencia se clasificaron los pacientes en cuatro apartados: dependencia ligera (nivel B del índice de Katz), moderado (nivel C), grave (niveles D-E-F del índice) y total (nivel G) (12).

2. En relación con la cuidadora principal

a) Problemas de salud.

Los problemas de salud que la CP refería y que tenían relación con el trabajo de cuidar, se recogieron del protocolo del Programa. En el protocolo están separadas las afecciones somáticas de las psíquicas y además se especifican las manifestaciones clínicas y su relación con el trabajo de cuidar.

b) Características sociodemográficas.

Se recogieron los datos de edad, genero, parentesco (esposa/o, hija/o, otros) y convivencia en el mismo hogar con el paciente.

c) Tipos de cuidados que presta.

En el trabajo de cuidar pueden ofertarse cinco tipos de tareas:

1-Ayudas a las actividades de la vida diaria, en la que se incluyen la asistencia para la alimentación, vestido, aseo y para la movilidad dentro del domicilio, entre otras.

2- Ayuda instrumental, comprende las actividades de preparar la comida, realizar tareas domesticas, hacer recados, comprar y otras gestiones.

3- Atención a la enfermedad, se refiere a la administración de medicamentos, prestar los cuidados indicados por el médico y realizar curas.

4- Cuidados de rehabilitación incluye ejercicio de fisioterapia y actividades para facilitar la recuperación de funciones vitales.

5- Cuidados de promoción, se refiere a tareas encaminadas a promover hábitos de vida saludables.

Se han agrupado las CP de acuerdo con el número y tipo de tarea realizadas en dos apartados, **Grupo A:** realizan las cinco actividades señaladas más arriba o cuatro actividades (siempre se incluyen las tareas 1ª, 2ª y 3ª más una de la 4ª o la 5ª). **Grupo B:** se ocupan de tres o dos actividades (siempre de la 2ª, asociada a una o dos de las tareas 3ª, 4ª ó 5ª)

d) Tiempo diario dedicado a cuidar

Se ha distribuido el tiempo diario que las cuidadoras dedicaban a las tareas de cuidado en dos grupos, las que dedicaban de 2 a 8 horas diarias y las que ocupaban de 9 a 20 horas al día.

Por ultimo, se han estudiado la relación de los problemas de salud de la cuidadora principal, con del grado de dependencia del paciente mayor y con los datos sociodemográficos, tipo de ayudas que presta y tiempo diario dedicado a cuidar, de la cuidadora principal.

Para el análisis de los datos se ha utilizado métodos estadísticos descriptivos, comparación de muestras independientes y tablas de contingencia.

cia con el test de chi cuadrado y el test exacto de Fisher.

RESULTADOS

El 74 % de los pacientes estudiados tenían más de un problema de salud, siendo la presencia de tres o cuatro patologías la acumulación de afecciones más frecuente. Los problemas clínicos más relevantes, por orden de frecuencia, han sido: Accidente Cerebrovascular, EPOC, Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Insuficiencia Cardíaca, Osteoartritis, Enfermedad de Parkinson, Cáncer, Artritis Reumatoide, Déficit sensoriales (ceguera/sordera), Arteriosclerosis Obliterante, Infarto de Miocardio.

1. Impacto sobre la salud de la cuidadora principal.

El 70,5 % de las cuidadoras principales referían distintos problemas de salud (tabla 1), de ellas a 25 (33,78 %) sufrían afecciones físicas y 49 (66,22 %) psíquicas (tabla 2), destacando como los más frecuentes del primer grupo los síntomas osteoarticulares y entre los segundos la depresión y ansiedad.

2. Grado de dependencia del paciente y la relación con los problemas de salud de la cuidadora principal.

El 64 % de las personas mayores estudiadas presentaban un grado de dependencia grave o total. Comprobamos que un mayor grado de dependencia daba lugar a un mayor impacto sobre la salud de la cuidadora principal (tabla 3).

3. Características sociodemográficas de la cuidadora principal y la relación con los problemas de salud.

La edad media de la cuidadora principal fue de 58,5 años. En relación con el género destaca que el 82 % de las cuidadoras eran mujeres; en cuanto al parentesco el mayor número de cuidadoras eran esposas (42 %) o hijas (45 %); por último, en lo referente a si la CP convivía en el mismo hogar que el paciente comprobamos que la mayoría de los casos compartían el mismo hogar.

La edad, el grado de parentesco o el hecho de convivir en el mismo hogar no influyen sobre la salud de la CP; por el contrario, en cuanto al género, el hecho de ser mujer propicia que la CP tenga más problemas de salud (tabla 4).

4. Relación entre el tipo de ayudas que presta y los problemas de salud de la cuidadora principal.

Apreciamos que 65 (61,9%) de las CP realizaban cinco o cuatro tipos de actividades, de entre las que se encontraban siempre las ayudas para realizar actividades básicas de la vida diaria y las instrumentales (Grupo A). Cuarenta (38 %) de las cuidadoras se ocupaban de tres o dos trabajos (Grupo B).

Se constató que aquellas cuidadoras principales que tenían mayor número de tareas de cuidar (grupo A) presentaban más problemas de salud (tabla 5).

5. Relación entre las horas dedicadas a cuidar y los problemas de salud de la cuidadora principal.

La mayoría de las cuidadoras principales (71,4 %) dedicaban más de nueve horas al día en el cuidado de las personas mayores dependientes.

En cuanto a la relación entre el tiempo dedicado a cuidar y la aparición de manifestaciones clínicas en la cuidadora principal comprobamos que el ocuparse más de nueve horas diarias ocasionaba mayores problemas de salud (tabla 5).

DISCUSIÓN

El cuidar a personas mayores dependientes tiene un alto coste para la cuidadora principal porque la necesidad de entregarse de forma total a las tareas de cuidar le obliga a abandonar sus proyectos personales y le reduce sus posibilidades de tener una vida familiar y social. El hecho de cuidar, aparte de actuar de forma negativa sobre la vida laboral, la economía familiar y las relaciones sociales interviene sobre el estado de salud de la CP. Conviene pues destacar que el hecho de cuidar puede afectar de forma negativa a su salud, empeorando la calidad de vida y

bienestar, por lo que podemos considerar que el trabajo de cuidar es un factor de riesgo potencial para la salud de las personas que cuidan. Pero también es necesario recordar que su estado de salud influye sobre su rol de cuidadora, puesto que una persona enferma difícilmente puede ejercer su función de forma adecuada, así Almberg (13) apreció que los problemas de salud de la CP, con mucha frecuencia motivaban un abandono de los cuidados y una disminución en su calidad. Es significativo que las personas que cuidan a los mayores dependientes muestran una salud precaria en muchas ocasiones. Así nosotros hemos apreciado que 70,5 % de las cuidadoras referían manifestaciones clínicas que relacionaban con el esfuerzo de cuidar. Este porcentaje es similar al observado por Santiago Navarro (14) y Comós Llover (15) y algo superior al comunicado por García-Calvente (8).

El impacto en la salud produjo manifestaciones somáticas en el 33,3 % de las cuidadoras, este porcentaje es inferior al apreciado por otros investigadores (8, 16,17). Apreciamos como otros autores (7 y 14) que las quejas más frecuentes fueron las manifestaciones osteoarticulares y los dolores generalizados; llama la atención que el 21,3 % de las CP padecían cansancio o astenia; este malestar inespecífico puede deberse, como sugiere García-Calvente (8), al tipo de trabajo que desarrollan y a la sobrecarga que esta actividad les genera.

El impacto negativo en la esfera psíquica se apreció en el 66 %, de las cuidadoras, duplicando el porcentaje de casos que se quejaban de síntomas físicos. Referían insomnio e irritabilidad pero, sobre todo, ansiedad y depresión. Comprobamos que tenemos más casos de cuidadoras con trastornos del estado de ánimo tipo depresivo que con ansiedad, a diferencia de lo observado por Moral Serrano G(18), Rubio Montañes (19) y Comós Llover (14) que refieren mas cuidadoras con ansiedad que con depresión.

Con la intención de conocer qué variables pueden intervenir en la aparición de problemas de salud hemos estudiado en el paciente el grado y gravedad de la dependencia y en la cuidadora el perfil sociodemográfico, el tipo de cuidados prestados y el tiempo dedicado a cuidar.

La importancia que tiene la situación de dependencia ha ocasionado que sean múltiples las dis-

ciplinas y los profesionales que se han ocupado de su estudio, lo que ha dado lugar a diferentes definiciones, clasificaciones y métodos de valoración. A nuestro juicio existen dos elementos interrelacionados que marcan las peculiaridades de la dependencia, uno la supeditación para realizar actividades básicas de la vida diaria y otro la necesidad de contar con la ayuda de otra persona para efectuar esas actividades, lo que le hace dependiente de una persona de su entorno. Precisamente el grado o gravedad de la dependencia requerirá un menor o mayor apoyo de la cuidadora.

Apreciamos que todos los pacientes de este estudio eran dependientes y requerían de ayuda informal, pero nos llamaba la atención que el 64,7 % de las personas mayores sufrían una dependencia grave o total. Si bien estos porcentajes son muy parecidos a los observados por Ubiergo (20) y Rubio Montañes (19) en sus estudios.

Al relacionar los problemas de salud con el grado de dependencia, hemos apreciado que el mayor nivel de dependencia ocasionaba un mayor impacto sobre la salud de la CP, se comprende que un mayor nivel y gravedad de la dependencia, al producir una mayor carga de trabajo, debe ocasionar más problemas de salud en la cuidadora. Los resultados de Moral Serrano (18) y Comós Llover (15) son muy parecidos, al observar también que un mayor nivel de dependencia originaba en la personas que cuidan mas manifestaciones clínicas, sobre todo ansiedad.

En nuestro estudio, el perfil de la cuidadora principal es el de una mujer, cuya edad media es de 58,5 años, familiar cercano del enfermo, sobre todo, hija o esposa y que conviven en el mismo hogar, perfil que no difiere de los descritos en otros estudios similares (15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24).

Al analizar la posible relación entre los problemas de salud y las características sociodemográficas de la cuidadora, apreciamos, en lo referente al sexo, que las mujeres aquejaban mas manifestaciones clínicas que los hombres pero este dato tiene, a nuestro juicio poco valor, por el bajo número de varones de muestra serie. En cuanto a la edad apreciamos que los problemas de salud eran similares en todos los grupos etarios. Por el contrario, García-Calvente (8) apreció que

el impacto negativo sobre la salud era mayor en la cuidadoras con edades comprendidas entre los 50 y 64 años. Tampoco apreciamos que el grado de parentesco y la convivencia en el hogar, tuvieran que ver con la aparición de problemas de salud en la CP.

El trabajo que realiza la red informal de cuidados supone garantizar la atención integral a todas las necesidades primarias de la persona a la que cuida (21, 25, 26). Conviene destacar que todas las cuidadoras realizan, en mayor o menor medida, las funciones correspondientes a la asistencia en el cuidado personal (ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales (hacer las comidas, los trabajos domésticos).

Las características del trabajo de cuidar y las condiciones de su desarrollo son factores que pueden afectar a la salud de la CP. En efecto, al relacionar este trabajo con sus problemas de salud, constatamos que aquellas que tenían mayor número de tareas de cuidar sufrían un mayor impacto negativo sobre su salud. Ahora bien, es posible que estas diferencias se deben más que al número, al tipo de tareas realizadas, ya que el grupo con menos trabajo no ayudaba a realizar las actividades básicas de la vida diaria, es decir, asistencia para el aseo, vestirse, alimentarse, lo que supone una menor carga de trabajo.

Uno de los rasgos que mejor define la prestación de cuidados informales es el carácter de dedicación continua y disponibilidad permanente por parte de la cuidadora. Estas jornadas de trabajo "continuo e interminable", tienen que ver, en parte, con el tipo de cuidados, así, según refiere García-Calvente (8) son las actividades de la vida diaria y las de vigilancia las que requieren mayor dedicación de tiempo. Hemos comprobado que la mayoría de las CP (71,4 %) dedicaban más de nueve horas al día en su cuidado. Este tiempo de dedicación tan elevado también lo apreciaron Badia Llach (16) y Ubierno (20) en las cuidadoras de personas con enfermedades neurodegenerativas. Es posible que en nuestros casos, al tratarse de personas mayores dependientes que requerían mucha atención personal e instrumental, necesitaran mayor número de horas al día para cuidarlas. Es conveniente destacar que en las CP de este estudio el hecho de dedicarse a cuidar más de 9 horas diarias, es

decir tener una dedicación plena a jornada completa, es un factor que interviene negativamente sobre su salud.

En conclusión, los datos del presente estudio han evidenciado 1) que el impacto de cuidar sobre la salud de la cuidadora ocasiona manifestaciones somáticas y sobre todo alteraciones psíquicas, especialmente depresión y ansiedad y 2) que los factores que se relacionan con la mala salud de la cuidadora principal son: a) el nivel de dependencia de las personas mayores, a mayor nivel y gravedad de dependencia mayor impacto negativo sobre la salud, b) las características del trabajo de cuidar puesto que el número elevado de tareas de cuidar y ayudar a realizar las actividades básicas de la vida diaria facilitan la aparición de problemas de salud y c) el dedicarse a cuidar más de nueve horas interviene negativamente sobre su salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosenman L, Le Brocque R, Carr S. The impact of caring upon the health of older women. *Aust J Public Health*. 1994; 18: 440-444.
2. Perez JM, Abanto J, Labarta J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Aten Primaria*. 1996; 18: 194-202.
3. Haley WE, Levine EG, Brown SJ, Berry JW, Hughes GH. Psychological, social and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *J Am Geriatr Soc*. 1987; 23:405-413.
4. García - Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Maroto Navarro C. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004; 18: 83-92.
5. Cochrane JJ, Goering PN, Rogers P. The mental health of informal caregivers in Ontario. *Am J Public Health*. 1997; 87:1002-1007.
6. Zunzunegui MV, Yacer a, Béland F, Séller I. El apoyo familiar y la religión como factores protectores de la depresión en cuidadores de personas mayores con incapacidad. *Gac Sanit*. 1999; 13:9031.

7. Molina Linde JM, Romero Coteló J, Romero Rodríguez Y, Rodríguez Sañudo RM, Gálvez Mateos R. Alteraciones emocionales del cuidador del enfermo oncológico terminal. *Med Pal.* 2005; 12:83-87.
8. García - Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Gutierrez Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999.
9. Pearlin LI. The careers of caregivers. *Gerontologist.* 1991; 32:647-653.
10. De la Revilla L. Programa y protocolo de la atención familiar en personas mayores. En: De la Revilla L, editor. *Atención domiciliaria y atención familiar en personas mayores. Vol I.* Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 2003.
11. Álvarez M, De Alaiz AT, Brun E, Cabañeros JJ, Calzon M, Cosío I. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Primaria.* 1992; 10: 812-815.
12. Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
13. Almqvist B, Grastrom M, Winblad B. Caring for a demented elderly person burden and burnout among caregiving relatives. *J Adv Nurs.* 1997; 25: 109-116.
14. Santiago Navarro P, Lopez Mederos O, Lorenzo Riera A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio *Aten Primaria.* 1999; 24: 404-410.
15. Camós Llover L, Casas Tantiña C, Rovira Font M. Ansiedad en los cuidadores principales de personas mayores. *Enferm Clín.* 2005; 15: 251-256.
16. Badia Llach X, Lara Suriñac N, Roset Gamisans M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria.* 2004; 34:170-177.
17. Valles Fernández MN, Gutierrez Cillan V, Luquin Jauría AM, Martín Gil MA, Lopez de Castro F. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Aten Primaria.* 1998; 22:481-485.
18. Moral Serrano MS, Juan Ortega J, Lopez Maoses MJ, Pellicer Magroner P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria.* 2003; 32: 77-83.
19. Rubio Montañés ML, Sánchez Ibáñez A, Ibáñez Estella JA, Galve Royo F, Martí Telens N, Mariscal Bernal J. Perfil medicosocial crucial. ¿Se trata de un paciente oculto? *Aten Primaria.* 1995; 16: 181-185.
20. Ubiergo Ubiergo MC, Regoyos Ruiz S, Vico Gavilan MV, Reyes Molina R. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. *Enferm Clínica.* 2005; 15:199-205.
21. Mateo Rodríguez I, Millan Carrasco A, Garcia Calvente MM, Gutierrez Cuadra P, Gonzalo Jiménez E, Lopez Fernández LA. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Aten Primaria.* 2000; 26:139-144.
22. Blanco Toro L, Librada Florez S, Rocafort Gil J, Cabo Domínguez R, Galea Marin T, Alonso Prado ME. Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Med Pal.* 2007; 14: 164-168.
23. Alonso Babarro A, Garrido Barral A, Díaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria.* 2004; 33: 61-66 .
24. Regueiro Martínez AA, Gómara Vallabona SM, Ferreiro Cruz MC, Perez Vazquez A. El cuidador principal de nuestros ancianos dependientes. *Salud Rural* 2006; 23:39-46.
25. García - Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004; 18: 132-139.
26. Miguel JA, Sancho M, Abellán A, Rodríguez V. La atención formal e informal en España. En: *Las personas mayores en España.* Madrid: IMSERSO; 2000.

Tabla 1. Impacto sobre la salud de la cuidadora principal (n°:105)

	Numero	%
Sin impacto sobre la salud	31	29,5
Con impacto sobre la salud	74	70,5
Total	105	100
- Con síntomas físicos	25	33,78
- Con síntomas psíquicos	49	66,22
	74	100

Tabla 2. Manifestaciones clínicas de la cuidadora principal (n°:74)

Síntomas físicos (n: 25)	%
Síntomas osteoarticulares	28
Dolores generalizados	23
Cansancio o astenia	21,3
Molestias digestivas	14,2
Cefalea	12,8
Anorexia	10,4
Mareos	7,5
Síntomas psíquicos (n: 49)	%
Depresión	41
Ansiedad	34,6
Tristeza	21,4
Insomnio	17
Irritabilidad	15,2

Tabla 3. Grado de dependencia del paciente y su relación con los problemas de salud de la cuidadora principal (n°:105).

DEPENDENCIA	SIN PROBLE. SALUD	CON PROBLE. SALUD	SE	
LIGERA	15 (14,3%)	12 (11,4%)	3 (3%)	NS
MODERADA	22 (21%)	4 (4%)	18 (17%)	NS
GRAVE	49 (46,7%)	10 (9,5%)	39 (37%)	p< 0,005
TOTAL	19 (18%)	5 (5%)	14(13%)	p< 0,005

Tabla 4. Características sociodemográficas de la cuidadora principal y su relación con los problemas de salud de la CP (nº: 105).

CARACTERISTICAS	TOTAL	SIN PROBLE. SALUD	CON PROBLE. SALUD	SE
Género				
Hombre	19 (18%)	10 (9.5%)	9 (8.5%)	p = 0,005
Mujer	85 (82%)	21 (20%)	65 (62%)	
Edad				
17-48 a.	35 (33.3 %)	13 (12,3%)	22 (21%)	NS
50-65 a.	32 (30.5 %)	8 (7.5 %)	24 (23%)	
66-88 a.	38 (36.2%)	10 (9.5%)	28 (26.7%)	
Parentesco				
Cónyuge	44 (42 %)	14 (13.3%)	30 (28.6%)	NS
Hijo/a	47 (45%)	12 (11.4%)	35 (33.3%)	
Otros	14 (13%)	5 (4.8%)	9 (8.6%)	
Conviviente				
Si	86 (82%)	26 (25%)	60 (57%)	NS
No	19 (18%)	5 (5%)	14 (13%)	

Tabla 5. Actividades y tiempo dedicado a cuidar de la CP y su relación con los problemas de salud de la CP (nº: 105).

	TOTAL	SIN PROBL. SALUD	CON PROBL. SALUD	SE
Actividades CP				
Grupo A (*)	65 (61,9%)	15 (23%)	50 (77%)	p< 0.005
Grupo B (**)	40 (38,1)	16 (40%)	24 (64%)	NS
Horas dedicadas a cuidar				
2-8 horas	30 (28,6%)	15 (50%)	15 (50%)	NS
9-20 horas	75 (71.4%)	16 (21,3%)	59 (78,7%)	p< 0,005

(*) Realizan cinco o cuatro actividades, (**) se ocupan de tres o dos actividades

ORIGINAL

Programa coordinado de uso racional del medicamento entre atención primaria y atención hospitalaria

Bonillo García MA¹, Montoro Ruiz R¹, Moreno García M², Espínola García E³, Calleja Hernández MA⁴, García Salmerón A⁵

¹ Médico de Familia, UGC Gran Capitán. D. S. Granada

² Médico Residente MFyC, UGC Gran Capitán. D. S. Granada

³ Farmacéutica, D. S. Granada

⁴ Director de la UGC Farmacia, Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

⁵ Farmacéutico, Hospital Universitario San Cecilio (Granada)

RESUMEN

Título: Programa coordinado de uso racional del medicamento entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Objetivos: 1) Evaluar el impacto del programa coordinado de Uso Racional del Medicamento (URM) de un Distrito de Atención Primaria (AP) y sus dos Hospitales (H) de referencia en la evolución de los Indicadores de Calidad de la Prescripción (ICP) comunes. 2) Conocer las intervenciones realizadas en URM en AP y Hospital.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Zona Básica de Salud (ZBS) urbana (298.000 habitantes) y dos hospitales de referencia (9 y 6 Centros de Salud respectivamente).

Población y muestra: Las prescripciones en recetas de todos los médicos de la ZBS (211) y de los dos hospitales de referencia (983).

Intervenciones: Las variables estudiadas tras la puesta en marcha del programa, desde enero de 2004 a diciembre de 2007, fueron los ICP comunes en AP y Hospital (% Principio Activo -PA-, % Novedades Terapéuticas No Recomendadas -NTNR-, % DDD Simvastatina /total de estatinas, % DDD Ibuprofeno+Diclofenaco/total DDD AINEs, % DDD Omeprazol/total DDD grupo de fármacos IBP, % DDD Metformina, Glibenclamida, Glipizida y Gliclazida/total antidiabéticos y % DDD Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina y Citalopram/total de antidepresivos) y la fuente de datos: Microestategy.

Resultados: Se observa una mejora del objetivo para todas las variables excepto para el indicador de antidepresivos que empeora (H1= -3.35%, AP/H1= -2.72%; H2= -7.49%, AP/H2= -4.61%). El indicador que muestra un crecimiento mayor es la prescripción por PA (H1= 33.02%, AP/H1= 17.75%; H2= 31.33%, AP/H2= 17.73%).

Conclusiones:

1) La monitorización de ICP contribuye a la adecuación de uso, disminuye la variabilidad y mejora efectividad y eficiencia.

2) Los Programas coordinados de URM AP/Hospital mejoran los objetivos de ICP en ambos.

3) Los Programas de URM en los hospitales contribuyen a mejorar los ICP en AP.

Palabras clave: Primary Health Care, Qualitative Indicators, Prescriptions.

Correspondencia: M^a. Ángeles Bonillo García
UGC Gran Capitán. Distrito Sanitario Granada
C/. Gran Capitán, 10. 18002 Granada
E-mail: mariaa.bonillo.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 08-03-2009; aceptado para publicación el 17-06-2009
Med fam Andal 2009; 2: 145-152

SUMMARY

Title: A Coordinated Program between Primary and Specialized Care Levels for the Rational Use of Drugs.

Goal: 1) Evaluate the impact of a coordinated program for the rational use of drugs (URM) in a primary care district (AP) and in two hospitals of reference (H) based on the evolution of commonly applied prescription quality indicators (ICP); 2) Study the URM interventions employed in AP and H.

Methodology: Descriptive observational study.

Setting: A basic urban health zone (ZBS) with a population of 298,000 and two hospitals of reference (with 9 and 6 health centers, respectively).

Population and sample: The drugs prescribed by all doctors in the ZBS (211) and the two reference hospitals (983).

Interventions: The program, conducted from January 2004 to December 2007, studied the following variables: prescription quality indicators (ICP) common to both the AP and the H levels (% active ingredient - PA-; % of non-recommended therapeutic innovations -NTNR; % DDD *simvastatin*/total statins; % DDD Ibuprophen+ Diclofenac/total DDD non-steroidal anti-inflammatory drugs; % DDD Omeprazole/total DDD proton pump inhibitors; % DDD Metformin, (Glibenclamide, Glipizide and Gliclazide/total drugs for treating diabetes and % DDD Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline and Citalopram/total of antidepressants) and the data source: *Microestategy*.

Results: Improvement was found in the goal for all variables except the indicator for antidepressants, which worsened (H1= -3.35%, AP/H1= -2.72%; H2 = -7.49%, AP/H2= -4.61%). The indicator showing the largest growth is the prescription by AP (H1= 33.02%, AP/H1= 17.75%; H2= 31.33%, AP/H2= 17.73%).

Conclusions:

- 1) Monitoring prescription quality indicators can contribute to a more adequate use of drugs, decreases variability and improves effectiveness and efficiency.
- 2) Coordinated URM programs between AP/H can improve ICP goals at both levels.
- 3) URM in hospitals can help improve ICP in AP.

Key words: Primary Health Care, Qualitative Indicators, Prescriptions.

INTRODUCCIÓN

Muchos son los factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de primaria (1,2,3). Por un lado, están los que dependen del propio profesional (formación, edad, sexo, situación laboral...) y, por otro, los que dependen de las características de la población atendida (nivel socio-cultural, pluripatología...) y de las políticas en materia de farmacia de la administración sanitaria (4): sistema de financiación de la prestación farmacéutica, indicadores de farmacia ligados a incentivos... El uso racional del medicamento comienza por la prescripción ética del médico para mantener una voluntad de ser efectivo y resolver el caso clínico concreto, y también la voluntad de ser eficiente con los recursos empleados; sin ambos no se podrá racionalizar la prescripción. La relación médico-industria farmacéutica (5,6,7,8,9), el efecto negativo de la información comercial con la calidad de la prescripción y la falta de cultura de evaluación hacen el resto.

El uso racional del medicamento constituye un objetivo básico y prioritario de nuestra organización sanitaria (10,11). Muchos de los indicadores de calidad de la prescripción son comunes en Atención Primaria y Atención Hospitalaria del Sistema Sanitario Público Andaluz (12,13). La medida y monitorización de estos indicadores debe contribuir a la mejora y adecuación del uso de los medicamentos, en consonancia con las actuaciones en materia de seguridad del paciente y de las estructuras organizativas creadas para la gestión de la calidad en los centros asistenciales (gestión por procesos, gestión clínica, acreditaciones...) en un intento de favorecer las mejores prácticas, disminuir la variabilidad y mejorar la efectividad de las actuaciones y su eficiencia.

El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de la implantación de un programa coordinado de uso racional del medicamento y analizar la evolución de los indicadores comunes de calidad de la prescripción tras las intervenciones realizadas en el Distrito Sanitario Granada y sus dos hospitales de referencia: Hospital Universitario "Virgen de las Nieves" (HUVN) y Hospital Universitario "San Cecilio" (HUSC).

SUJETOS Y MÉTODOS

Se estudiaron las prescripciones realizadas en recetas por 211 Médicos de Familia y Pediatras del Distrito Sanitario Granada (Zona Básica de Salud "Granada") y 983 Facultativos Especialistas de Área del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves" (HUVN) y del Hospital Universitario "San Cecilio" (HUSC) durante los años 2004 a 2007, periodo que coincide con la implantación de Programas de Uso racional del Medicamento en ambos hospitales.

El Distrito Sanitario Granada está compuesto por una sola Zona Básica de Salud del mismo nombre que es urbana, tiene una población asignada de 298.000 habitantes y está compuesta por 15 Centros de Salud, constituidos todos como Unidades de Gestión Clínica (UGC), con la peculiaridad de tener dos hospitales de referencia diferentes (HUVN y HUSC) para 9 y 6 Centros de Salud respectivamente.

Se realizó un estudio observacional descriptivo. Los datos de los indicadores de calidad de la prescripción se obtuvieron de las recetas facturadas durante el periodo comprendido entre los años 2004-2007 procedentes del Distrito Sanitario Granada y sus dos hospitales de referencia. El sistema de información de farmacia de Andalucía permite obtener información fiable y exhaustiva del proceso de prescripción con un alto nivel de desagregación. Cuando una receta es emitida, dispensada y facturada, el sistema permite conocer los datos del médico, paciente, centro de salud, distrito u hospital desde el que se ha realizado la prescripción, así como el medicamento prescrito, grupo terapéutico, principio activo, dosis diaria definida (DDD), envases, costes... Una vez construidos los indicadores de calidad se diseñan herramientas de medida desde la aplicación Microstrategy que permiten determinar el nivel obtenido y comparar resultados.

Las variables estudiadas fueron los indicadores de calidad de la prescripción comunes en Atención Primaria y Atención Hospitalaria durante el periodo de estudio:

- % Prescripción por Principio Activo (PA)
- % Novedades Terapéuticas No Recomendadas (NTNR)

- % DDD Simvastatina /total de estatinas
- % DDD Ibuprofeno+Diclofenaco/total DDD AINEs
- % DDD Omeprazol/total DDD grupo de fármacos IBP
- % DDD Metformina, Glibenclamida, Glipizida y Gliclazida/total antidiabéticos
- % DDD Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina y Citalopram/total de antidepresivos de 2ª generación)

Las principales intervenciones coordinadas realizadas entre el Distrito Sanitario Granada y sus dos hospitales de referencia fueron las siguientes:

- Reuniones periódicas e información personalizada trimestral a los facultativos y mensual a las UGC/Servicios.
- Boletines farmacoterapéuticos con justificación de indicadores.
- Incorporación en los objetivos de las UGC/Servicios de indicadores sintéticos de calidad de la prescripción.
- Proyectos de renovación de visado de recetas sin consulta en el hospital.
- Incorporación del impacto en AP como criterio fundamental de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) para la incorporación de fármacos en la guía farmacológica del hospital (GFH)
- Participación de profesionales de las UGC de Farmacia en los grupos de implantación y desarrollo de procesos asistenciales integrados (PAIs)
- Proyecto de dispensación al alta.
- Implantación de programas de equivalentes terapéuticos.
- Promoción de la prescripción por principio activo.

– Sesiones clínicas de farmacia en todos los centros centrándose en los puntos débiles.

– Formación, puesta en marcha y seguimiento de la prescripción electrónica: Receta XXI.

– Comunicación de alertas de la Agencia Española del Medicamento en relación a aspectos relacionados con la seguridad del paciente y los medicamentos.

RESULTADOS

El estudio de la evolución de los indicadores comunes (TABLA-1), tras las intervenciones coordinadas entre atención primaria y atención hospitalaria, nos muestra que la diferencia de porcentajes mejoró en la obtención del objetivo para todas las variables al final del periodo estudiado excepto para el indicador de antidepresivos (GRÁFICO-1) que ha descendido. El indicador que ha mostrado un crecimiento mayor ha sido la prescripción por PA (GRÁFICO-2).

En cuanto a NTNR (GRÁFICO-3), en ambos hospitales existe un descenso en 2006 con posterior aumento en 2007 a diferencia de atención primaria que mantiene una tendencia descendente. El indicador de Simvastatina (GRÁFICO-4) tiende al incremento en primaria a diferencia de los dos hospitales en los que desciende, si bien en uno de ellos se acerca al valor alcanzado en primaria. La prescripción de AINES de elección (GRÁFICO-5) aumenta en primaria mientras que disminuye en ambos hospitales. Se mantiene una tendencia ascendente para Omeprazol (GRÁFICO-6) tanto en primaria como en ambos hospitales, mientras que para los antidiabéticos de elección (GRÁFICO-7) en primaria aumentan y en ambos hospitales disminuyen.

DISCUSIÓN

La información sobre programas de coordinación terapéutica entre Atención Primaria y Atención especializada es escasa (14,15). El análisis de la prescripción a pacientes remitidos del hospital a primaria, y viceversa, pone de manifiesto

una serie de problemas que pueden limitar la continuidad asistencial en detrimento de los pacientes y de los profesionales sanitarios.

Un estudio reciente realizado en nuestro país (16) cuantificó y evaluó las prescripciones derivadas desde un hospital a los médicos de familia de su área de influencia e identificó, entre otros problemas, los relacionados con la falta de información para el seguimiento de los pacientes y desacuerdos en la selección de fármacos entre los médicos de familia y los hospitalarios. Se concluyó que era necesario aumentar la relación entre los médicos de ambos ámbitos para establecer acuerdos sobre la selección de fármacos para el tratamiento de enfermedades frecuentes y el seguimiento de los pacientes. Algunos autores señalan que el conocido término “prescripción inducida” podría ser equivalente a “mala coordinación”.

El Servicio Andaluz de Salud, viene utilizando desde hace unos años una serie de indicadores cualitativos de prescripción, con los que se construye un índice sintético. Este índice está compuesto por varios indicadores unitarios que analizan el porcentaje de prescripción de fármacos en base a evidencias de eficacia, seguridad y coste-efectividad de los grupos farmacológicos de mayor impacto; y son múltiples los factores que explican la variabilidad del mismo en la prescripción de los médicos de atención primaria (17).

El modelo de Unidades de Gestión Clínica, con objetivos de URM ligados a incentivos, implica coordinar y motivar para conseguir unos objetivos relacionados con la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas; de esta forma se estimula la responsabilidad de los profesionales de los equipos de atención primaria y se potencian aspectos como efectividad y eficiencia.

La creación de comisiones entre servicios de farmacia hospitalarios y de atención primaria, la incorporación de farmacéuticos a los grupos de implantación y desarrollo de procesos asistenciales integrados y la implantación de la cultura de evaluación con reuniones periódicas médicos-farmacéuticos (18,19,20) deben ser instrumentos útiles para mejorar los flujos de información y que faciliten el consenso en el tratamiento de las enfermedades más prevalentes.

Con las limitaciones propias de la escasez de estudios sobre programas coordinados de URM entre primaria y hospital, podríamos decir que de nuestra experiencia se podrían destacar las siguientes conclusiones:

- 1) La monitorización de los indicadores de calidad de la prescripción de los programas de URM contribuye a la adecuación de su utilización, disminuye la variabilidad y mejora la efectividad de las actuaciones y su eficiencia.
- 2) Los programas coordinados de URM entre Atención Primaria y Hospital con la puesta en marcha de intervenciones conjuntas, mejoran la tendencia en la consecución de objetivos de los indicadores de calidad de la prescripción.
- 3) La implantación de programas de URM en los hospitales coincide con una mejora en los indicadores de calidad de la prescripción en Atención Primaria.

Si hasta ahora la adecuación de la prescripción se ha basado en criterios de calidad de la prescripción medida mediante índices sintéticos o de grupos de medicamentos específicos, presente y futuro nos llevan hacia la adecuación según indicaciones y condiciones de uso con la que probablemente los clínicos se identificarán más y mejor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caamaño F, Figueras A, Gestal-Otero JJ. Condicionantes de la prescripción en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 27: 43-48.
2. Abánades Herranz JC, Cabedo García V, Cunillera Grañó R, García Díez JJ, Liliñ Garajo L, Martín Bun, M et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. *Aten Primaria*. 1998; 22: 391-398.
3. Federman AD, Halm EA, Siu AL. Use of generic cardiovascular medications by elderly Medicare beneficiaries receiving generalist or cardiologist care. *Med Care*. 2007; 45: 107-8.
4. Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. 29/2006 de 26 de julio. *Boletín oficial del estado* 2006; 178: 28122-165.
5. Galán Herrera S, Delgado Marroquín MT, Altisent Trota R. Elaboración de un cuestionario para el estudio de la relación entre el médico y la industria farmacéutica. *Aten Primaria*. 2004; 34:87-91.
6. Galán Herrera S, Delgado Marroquín MT, Altisent Trota R. Análisis de la relación entre el médico de atención primaria y la industria farmacéutica. *Aten Primaria*. 2004; 34: 231-47.
7. Martín Moreno S. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. *Med Clin (Barc)*. 2001; 116: 299-306.
8. Altisent R. La relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2003; 32:106-9.
9. Melguizo Jiménez M. Hacia un nuevo modelo de relación: médicos de familia/industria farmacéutica. *Aten Primaria*. 1997; 19: 334-336.
10. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del Uso Racional de Medicamentos: documentos centrales. Ginebra: OMS; 2002.
11. Blackburn E. Bioethics and the political distortion of biomedical science. *N Engl J Med*. 2004; 350: 1379-80
12. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud 2005-2008. URL: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud
13. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Contrato Programa de los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud 2005-2008. URL: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud
14. Fernández Liz E, Luque Mellado FJ. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. *Aten Primaria*. 2007; 39: 15-21.

15. Varroud-Vial M. Cooperation between general practitioners and diabetologists and clinical audit improve the management of type 2 diabetic patients. *Diabetes Metab.* 1999 Mar;25(1):55-63.

16. Fernández Liz E, Rodríguez Cumplido D, Diogène Fadini E. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitari Vall d'Hebron. *Aten Primaria.* 2004; 33: 118-125.

17. Atienza Martín FJ, Baz Montero S, Pedregal González M, Ordóñez Soto AS, Molina Fernández E, Atienza Amores MR. Factores relacionados con la variabilidad de un índice sintético cualitativo de prescripción farmacológica

en médicos de atención primaria. *Med fam Andal.* 2008; 9: 79-86

18. Casado Buendía S, Sagardui Villamar JK, Lacalle Rodríguez Labajo M. Sustitución de medicamentos de marca por genéricos en la consulta de atención primaria. *Aten Primaria.* 2002; 30: 343-349.

19. García Perez MA, Fernández Rodríguez MC. El malestar del médico ante algunas aplicaciones del control de costes: ¿es una muestra de inmadurez? *Aten Primaria.* 2003; 31: 389-93.

20. Gervas J. Médicos y Farmacéuticos: la necesidad de coordinarse para evitar la morbilidad y mortalidad sanitariamente evitable. *Pharm Care Esp.* 2003; 5: 245-246.

TABLA-1 Porcentajes alcanzados de los indicadores comunes en Atención Primaria y Hospitales (2004-2007)

INDICADORES	ATENCIÓN PRIMARIA CON REFERENCIA HVVN				ATENCIÓN PRIMARIA CON REFERENCIA HCUSC				HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES				HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
% PA	61,01%	69,23%	75,28%	79,76%	64,77%	71,37%	74,78%	82,50%	10,73%	16,80%	32,32%	43,75%	15,27%	26,82%	35,46%	46,58%
% NTNR	1,24%	1,41%	1,42%	1,07%	1,29%	1,62%	1,76%	1,27%	3,41%	3,36%	2,33%	2,89%	4,15%	4,00%	3,05%	3,90%
%DDD SIMVASTATINA	32,99%	36,87%	40,29%	40,99%	28,75%	33,20%	39,80%	42,25%	28,79%	24,43%	13,42%	28,57%	18,13%	23,45%	22,73%	40,36%
%DDD AINES	51,91%	58,05%	60,94%	62,53%	48,92%	53,60%	56,84%	60,29%	34,21%	40,78%	56,75%	44,57%	31,84%	40,17%	52,00%	45,52%
%DDD IEP	84,85%	86,41%	87,94%	87,81%	83,40%	85,42%	86,98%	88,28%	70,18%	70,04%	70,33%	75,26%	68,80%	73,34%	71,49%	75,55%
%DDD ADOS	60,81%	64,41%	67,76%	71,27%	55,52%	59,91%	63,28%	67,51%	42,00%	44,24%	58,67%	52,93%	32,80%	33,65%	41,44%	39,23%
%DDD ISRS	66,33%	63,64%	63,32%	63,61%	65,08%	61,76%	62,37%	60,47%	57,31%	53,30%	48,84%	53,96%	53,34%	46,20%	41,25%	45,65%

GRÁFICO-1 Evolución del indicador de ISRS en Atención Primaria según el hospital de referencia.

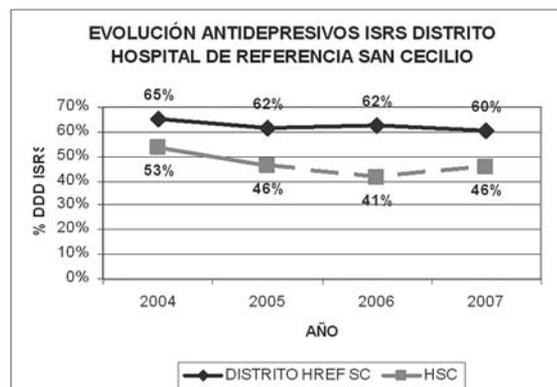
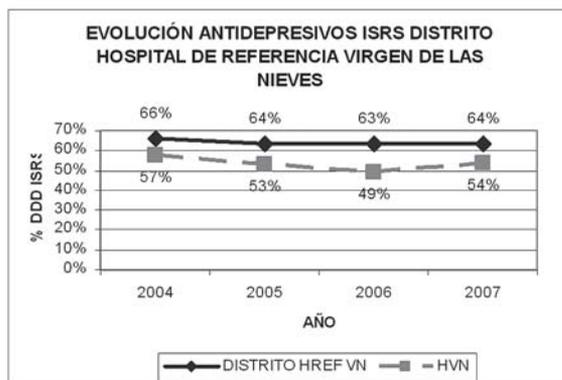


GRÁFICO-2 Evolución del indicador de PA en Atención Primaria según el hospital de referencia.

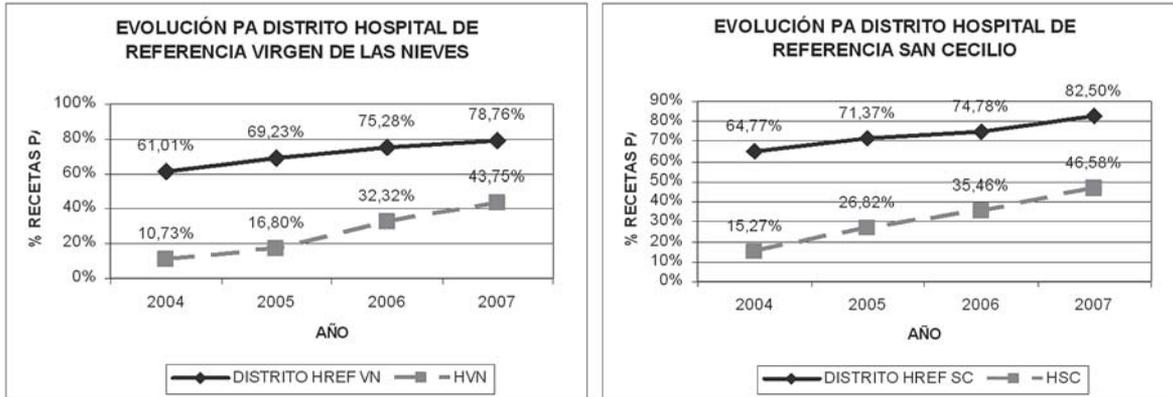


GRÁFICO-3 Evolución del indicador de NTNR en Atención Primaria según el hospital de referencia.

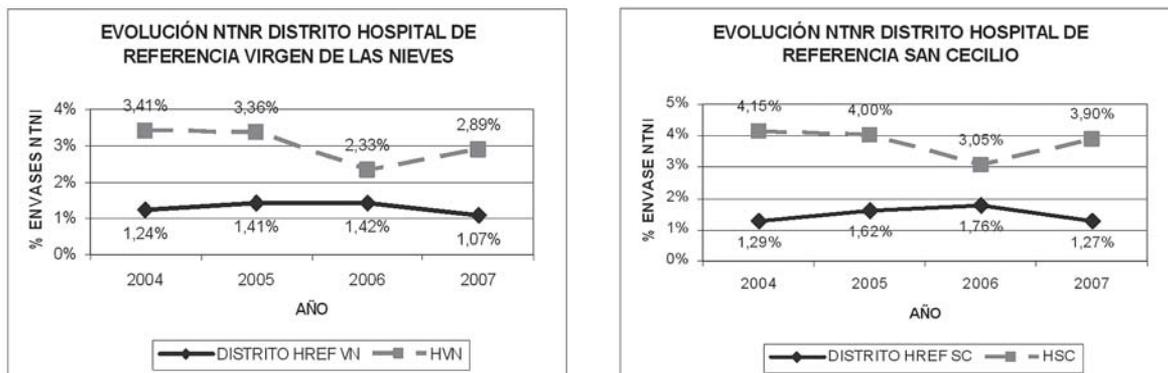


GRÁFICO-4 Evolución del indicador de Simvastatina en Atención Primaria según el hospital de referencia.

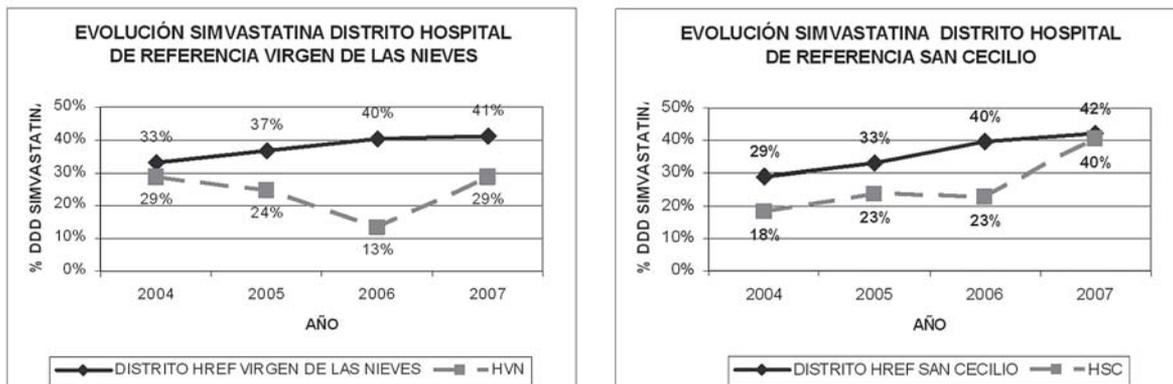


GRÁFICO-5 Evolución del indicador de AINES en Atención Primaria según el hospital de referencia.

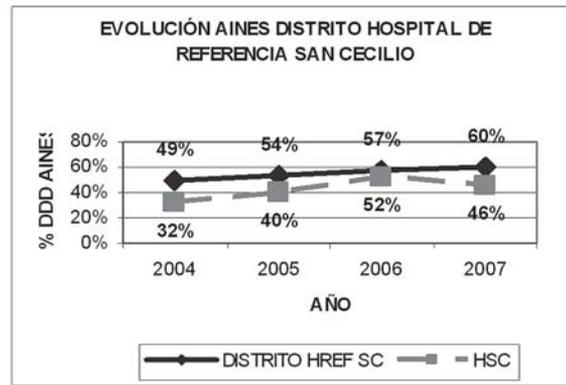
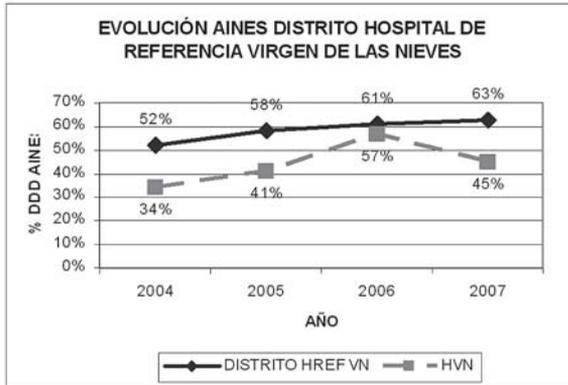


GRÁFICO-6 Evolución del indicador de Omeprazol en Atención Primaria según el hospital de referencia.

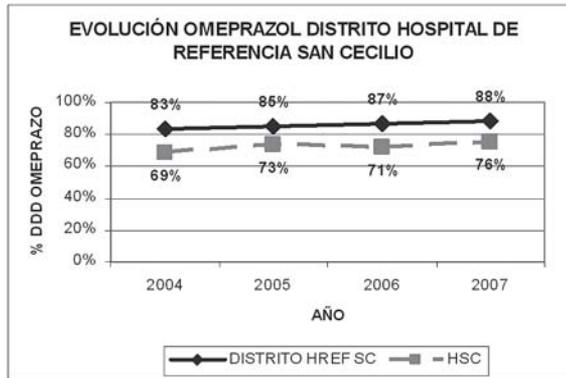
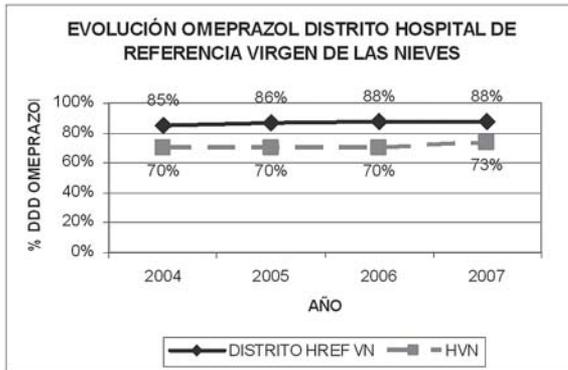
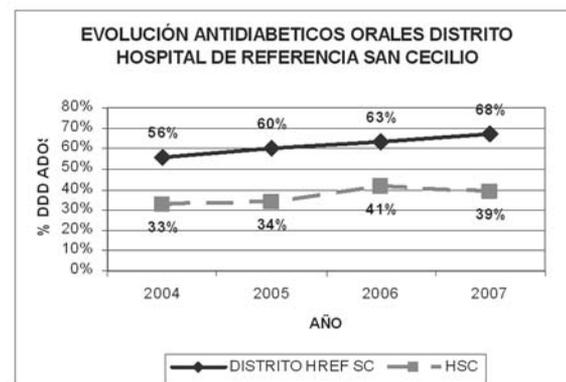
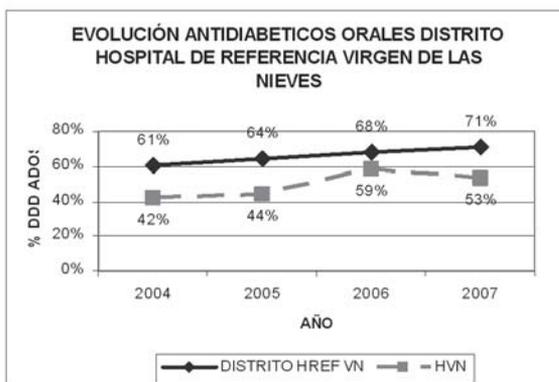


GRÁFICO-7 Evolución del indicador de Antidiabéticos en Atención Primaria según el hospital de referencia.



ARTÍCULO ESPECIAL

Diseño de una página Web para un centro de salud

Alcalde Pérez AJ¹, Mesa Gallardo MI²

¹ *Enfermero de familia. Unidad de Gestión Clínica de Bollullos Par del Condado (Huelva)*

² *Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica de Bollullos Par del Condado (Huelva)*

INTRODUCCIÓN

Internet ha supuesto una revolución en la forma en que las personas se comunican y obtienen información. La versatilidad, la fiabilidad en la transmisión de la información, la rapidez de la transmisión y la economía de esfuerzo son propiedades que han favorecido que Internet se haya convertido en un instrumento que proporciona acceso a la información general de una forma rápida y barata.

En la actualidad son muchas las personas que buscan información sobre salud en Internet. Pacientes, profesionales sanitarios, usuarios del sistema sanitario están interesados en conocer datos sobre salud. Información sobre prevención, diagnóstico precoz, pruebas diagnósticas, tratamiento, evolución de las enfermedades...

Internet nos permite mejorar la comunicación entre profesionales, facilitar información a los ciudadanos, tener acceso a información científica, nos aporta herramientas de búsqueda, facilita la formación continuada, nos da un acceso más rápido al Sistema Sanitario.

La generalización del acceso a Internet aporta nuevas posibilidades como medio complementario de intervención en la atención sociosanitaria.

En la actualidad existen algunas páginas diseñadas en los Centro de Salud españoles por los propios profesionales sanitarios.

La existencia de una página web de Centro de Salud puede favorecer la participación de los ciudadanos en las actividades sanitarias. Permite a los ciudadanos tener un espacio accesible para poder realizar sus preguntas y sus sugerencias. Les permite conocer más nuestro trabajo y nuestros medios y ayudarnos a mejorar la atención sanitaria.

Internet nos permite tener mejor informados a los ciudadanos, formarles e informarles, y les da mayor libertad a la hora de tomar decisiones, con mayor responsabilidad sobre su propia salud. Tener acceso a una página web de su Centro de Salud les da la posibilidad de obtener información sanitaria fiable. El gran desarrollo de páginas médicas en Internet hace difícil para los ciudadanos conocer cuales proporcionan una información fiable. La situación mejora cuando la información es enfocada por los profesionales sanitarios que les atienden habitualmente.

Una página web de Centro de Salud nos da una imagen de mayor transparencia y credibilidad ante los ciudadanos.

OBJETIVO

El objetivo de diseñar una página web fue crear un instrumento que nos permitiese informar y formar a los ciudadanos. Poner información más al alcance de los ciudadanos, no solo sobre salud, sino también sobre organización y acceso al Sistema Sanitario. La página también permite

Correspondencia: Antonio José Alcalde Pérez
UGC Bollullos Par del Condado
C/. Nerva, s/n. 21710 Bollullos Par del Condado (Huelva)
E-mail: antonioalcalde@telefonica.net
Web: www.centrodesaluddebollullos.es

Med fam Andal 2009; 2: 153-159

compartir información entre los profesionales sanitarios y no sanitarios y poner a su alcance herramientas para facilitar el acceso a la información médica, a la formación y al desarrollo de una red de comunicación entre profesionales y ciudadanos como es la existencia de un foro.

CÓMO SE HIZO

Para hacer nuestra página creíamos que era necesario seguir un orden lógico con el que el resultado final fuese el esperado.

Este orden consta de lo siguiente (Tabla nº 1):

1) Recopilación de información, ideas y sugerencias.

Para la realización de la página Web lo primero que hicimos fue reunirnos los profesionales del Centro de Salud, recopilar información, valorar las utilidades que debería tener una página Web y las necesidades que con esta página podíamos suplir en nuestro quehacer diario. Se fue recopilando toda la información necesaria. Se hicieron propuestas, se dieron ideas y sugerencias por parte de todos los miembros del equipo.

2) Realización de un boceto en papel, que sería la estructura básica de nuestra página.

Una vez que habíamos pensado qué queríamos poner en la web tuvimos que hacer un boceto en el que partiendo de los 6-7 temas principales se fuesen desglosando los distintos submenús. Como la idea inicial era que la página fuese dirigida especialmente a los ciudadanos de nuestra Zona Básica de Salud, tenía que ser sencilla en cuanto a la búsqueda de información y navegación, así para llegar a cualquier enlace solo sería necesario 2 o 3 clic de ratón. Posteriormente pensamos que la web sería más completa si poníamos información para profesionales y así lo hemos hecho.

3) Diseño de la página en html.

La presentación de la página, que sirve de introducción a las distintas secciones, está hecha en Flash, dándole un aspecto más elegante y servir de cierto reclamo al visitante, pero el

mayor volumen de la misma está en html. No pretendemos que este trabajo sea un manual de html, tan solo decir que para facilitarnos el trabajo hicimos una página inicial mediante un programa editor de html con textos y fondo lo suficientemente contrastados para que la lectura fuese fácil y cómoda. Pusimos los enlaces internos en la parte izquierda de la pantalla y los externos en la derecha. Todos estos enlaces están relacionados con el tema según la sección en la que nos encontremos. En la parte superior hay una presentación en Flash de fotografías de las distintas secciones de nuestro Centro de Salud. Una vez diseñada esta primera página nos sirvió de ayuda para realizar el resto. En total en la Web hay más de 215 páginas (archivos html).

4) Alojamiento de la página en un servidor.

Cuando la mayor parte de la página estuvo finalizada el siguiente paso era ponerla en Internet para que todos los ciudadanos pudiesen acceder a ella. Para ello compramos un dominio .es que fuese muy fácil de recordar (centrodesaluddebollulos.es) y un hosting. Ya tan solo nos faltaba subirla al servidor. Para ello, usando un programa cliente FTP, y tras identificarnos con nombre de usuario, contraseña y nombre del Host subimos la web y lo que hacía unos meses era solo una idea hoy es una realidad.

5) Posicionamiento en buscadores.

El último paso fue lo que se denomina posicionamiento en buscadores. Así, tras introducir los meta tags en nuestra página inicial, a los pocos días de estar la web funcionando estaba posicionada en los principales buscadores (Google, Yahoo y Lycos) entre las tres primeras páginas.

La compra del dominio (centrodesaluddebollulos.es) y el hosting han sido financiados por el personal del Centro de Salud.

No existe ninguna fuente de financiación externa y por tanto tampoco existen conflictos de interés.

No existen patrocinadores.

La información de esta web sirve para apoyar y no para reemplazar la relación de un ciudadano con su médico/enfermero.

Tampoco aparecen datos personales de ciudadanos. Hemos sido respetuosos con la intimidad en la realización de esta página. En la web nos comprometemos a respetar los requerimientos legales de privacidad de información personal y médica aplicados en nuestro país.

En todas las secciones se puede leer la Política de Privacidad y Confidencialidad, aviso legal y Política Editorial.

Además existe la dirección física y electrónica de contacto para que cualquier ciudadano pueda ponerse en contacto con nosotros.

Para la realización de la página web hemos dedicado aproximadamente 3 meses de trabajo con una media de 3 horas diarias.

DE QUÉ CONSTA

Según recogemos en el anterior punto nº uno, tras reunirnos los distintos profesionales de nuestro Centro de Salud, pensamos que la página debería tener 6 bloques principales, los cuales se irían desglosando de forma sencilla para que la navegación por los distintos menús fuese cómoda.

Esta presentación de temas principales la hemos hecho en flash para que tuviese un diseño más atractivo y así reclamar un poco la atención del visitante (Imagen 1).

Estos temas principales son:

- Atención al ciudadano.
- Medicina de familia y pediatría
- Enfermería
- Videos de interés sanitario
- Forma joven
- Salud pública

1. Atención al ciudadano.

En esta sección dedicada especialmente a los ciudadanos de nuestra zona básica de salud hemos puesto en la parte izquierda de la pantalla todos aquellos temas que creemos le pueden ser de utilidad y en la derecha algunos enlaces a páginas externas. Desde todas las páginas se puede pedir cita para el médico de cabecera, ver los videos de interés sanitario y las fotografías de nuestro Centro de salud. En la imagen nº 2 se pueden apreciar todos los enlaces internos hacia los distintos temas relacionados con el ciudadano (Imagen 2).

2. Medicina de Familia y Pediatría.

En esta página hay multitud de enlaces que pueden ser de interés para el Médico de familia.

Se pueden consultar los horarios de las consultas, información médica de interés para profesionales sanitarios y para los ciudadanos. Existen también enlaces de páginas de contenido más bien útil para sanitarios como son Material en la consulta, Medicamentos, Búsquedas en Internet de información sanitaria, Sociedades Médicas más importantes y enlaces de páginas de Formación para personal sanitario.

Estos enlaces se van actualizando periódicamente.

Existe también un enlace con las otras secciones de la página.

En la columna de la derecha existe una sección que es solo para los profesionales del Centro, a la que solo se puede acceder con nombre de usuario y contraseña. Utilizamos esa sección para la información privada de nuestra Unidad Clínica. Nos permite estar informados desde cualquier sitio y tener acceso a documentación, calendarios de guardias, plantillas, estadísticas sobre los procesos con los que trabajamos y otra información de interés para los profesionales de nuestro Centro.

3. Enfermería.

En esta sección de la Web se pueden encontrar temas de gran utilidad para este colectivo. La apariencia es similar al resto de la página y también la distribución de los enlaces. Así en la par-

te izquierda de la pantalla se mantienen enlaces internos y en la derecha están los que nos comunican con otras páginas de interés para enfermería. Dentro de los enlaces que están en la misma web destacan todos los diagnósticos NANDA clasificados por orden alfabético, temas sobre enfermería comunitaria de enlace, mas de 30 documentos de interés de muy diversos temas, educación maternal, como registrar un informe de condiciones de salud, todos los test e índices necesarios para hacer una valoración de enfermería, distintos trabajos de formación continuada que hemos realizado los profesionales del Centro y por ultimo una sección de contactar o buzón de sugerencias donde cualquier ciudadano se puede poner en contacto con sus profesionales del Centro.

4. Videos de interés sanitario.

En la actualidad en esta sección hay 38 videos distribuidos en 7 temas principales. Estos temas son: emergencia sanitaria (061), diabetes, Salud Responde, salud bucodental, tabaquismo, gripe y alimentación andaluza. Esta sección de videos, así como el resto de las secciones, se ira ampliando poco a poco con nuevas actualizaciones.

5. Forma Joven.

Realizar esta sección fue uno de los motores de esta página.

Está orientada a los jóvenes y tiene información sobre temas como tabaquismo, sexualidad, alimentación, alcohol, drogas, psicología del adolescente y ayuda a estudiar.

Existe un Foro en el que para participar solo hay que darse de alta. Permite a los jóvenes y ciudadanos en general ponerse en contacto con nosotros de una forma cómoda y actual. Se puede hacer preguntas de forma personalizada y serán contestados por personal sanitario cualificado para ello.

El Foro está clasificado por temas donde los jóvenes participan.

En la columna de la derecha de esta sección existen enlaces con páginas webs de interés para jóvenes como son el Instituto Andaluz de la Juventud, la Concejalía de Juventud y otras. Tam-

bién se puede pedir cita y tener acceso a videos de interés sanitario (Imagen 3).

6. Salud pública.

El último gran bloque está destinado a Salud Pública. En esta sección en primer lugar se definen cuales son las funciones del veterinario y la farmacéutica de nuestro Centro. También existen bastantes enlaces de temas relacionados con la salud pública, como son la inspección de alimentos, enfermedades transmisibles por animales, multitud de documentos de interés, tabaquismo (incluida toda la cartelería existente con posibilidad de imprimirlas), educación para la salud, control de legionella, etc.

En la página principal de cada una de las seis secciones de las que consta nuestra web, aparece un icono en un lugar bien visible desde donde se puede acceder a los comunicados de nuestro Centro de Salud que creemos son importantes para los ciudadanos de nuestra zona básica de salud.

PROGRAMAS USADOS

En la tabla nº 2 se pueden ver cuales han sido los principales programas que hemos usado para diseñar las distintas secciones de nuestra página.

ACLARACIÓN DE TÉRMINOS DE USO INFORMÁTICO

· **Hosting:** Palabra inglesa que significa el alojamiento web. Es el servicio que provee a los usuarios de Internet un sistema para poder almacenar información, imágenes, vídeo, o cualquier contenido accesible vía Web

· **Cliente FTP:** Es un programa que usa el protocolo FTP (protocolo de transferencia de archivos) para transferir archivos desde el ordenador personal hasta el servidor donde hemos alojado nuestra Web

· **HTML:** Siglas de HyperText Markup Language (*Lenguaje de Marcas de Hipertexto*), es un lenguaje para la construcción de páginas webs. Es

usado para describir la estructura y el contenido en forma de texto, así como para complementar el texto con objetos tales como imágenes.

· **Meta tags:** Son unos caracteres pertenecientes al HTML que se deben de escribir dentro de la página de inicio y que lo podemos definir como líneas de código que indican a los buscadores que lo indexan por qué términos debe ser encontrada la página. Dependiendo de la utilización, caracterización y objetividad de dichos meta, se puede conseguir una excelente posición en el listado resultante de una búsqueda.

· **Flash:** Es un programa de edición multimedia con varias finalidades, como crear animaciones, contenido multimedia, juegos, etc. Los archivos de Flash aparecen muy a menudo como animaciones en páginas Web y sitios Web multimedia.

· **Host:** Puede ser un ordenador, un servidor de archivos, un dispositivo de almacenamiento por red, etc.

· **Dominio:** Es un nombre base que agrupa a un conjunto de equipos o dispositivos y que permite proporcionar nombres de equipo más fácilmente recordables en lugar de una dirección IP numérica. Permiten a cualquier servicio (de red) moverse a otro lugar diferente en la topología de Internet, que tendrá una dirección IP diferente. Los dominios van separados por un punto.

CONCLUSIONES

Desde que la página web fue colocada en Internet hace dos meses ha tenido más de 4.000 visitas, algunas incluso desde Suiza, Chile, México y Perú.

Actualmente estamos en proceso de acreditación.

Hemos conseguido mejorar la comunicación con los ciudadanos y estar más cerca y accesibles para ellos.

Esperamos que nuestra web sea de utilidad como medio educativo e informativo.

Los profesionales de nuestro Centro de Salud hemos conseguido tener un sistema que nos permita comunicarnos y tener al alcance de varios clics de ratón información sobre nuestra organización interna e incluso sobre la evolución de los distintos objetivos de nuestra UGC.

La evaluación de la calidad y la efectividad de la educación sanitaria a través de una página web constituyen un reto metodológico de gran importancia que debería ser abordado de forma prioritaria en los próximos años.

Desde aquí nos gustaría plantearnos diferentes retos, como podían ser un trabajo de investigación para llegar a conocer la efectividad real que esta Web puede tener sobre la educación sanitaria de nuestra población.

Tabla 1. Como se hizo.

1. Recopilación de información, ideas y sugerencias
2. Realización de un boceto en papel, que es la estructura básica de nuestra página
3. Diseño de la página en html
4. Alojamiento de la página en un servidor
5. Posicionamiento en buscadores

Imagen nº 1. Pantalla de inicio de la Web.



Imagen 3. Pantalla inicial de la sección Forma Joven



Imagen 2. Enlaces internos de la sección Atención al ciudadano

Inicio
Tfno. URGENCIAS
Datos del Centro de Salud
Cita sin demora
Cita previa
Cita por internet o Salud R.
Cita a especialista
Receta XXI
Receta con visado
Altas hospitalarias
Primeros auxilios
Horarios del mostrador
Enfermeros por cupos
Horario de médicos
Horario de enfermeros
Cartera de servicios
Educación maternal
Control de niño sano
Vacunas infantiles
Salud escolar
Tarjeta gran discapacitado
Carnet manipuladores
Odontología
Salud bucodental
Rehabilitación
Radiografías
Citología
Planificación familiar
Cirugía Menor
Retinografías
Espirometrías
Forma joven
Tercera edad
Ola de calor
Compañías privadas
Saber más sobre
Cuidadoras
CONTACTAR

Tabla 2. Programas usados.

Editor de html.
Editor de Flash
Editor de fotografías
Editor de video
Editor de texto
Programa para convertir texto (doc) a PDF
Programa para convertir fotografías (jpg) a video (mpg)
Programa para comprimir videos
Programa para pasar video (mpg) a flash (swf)
Programa cliente FTP

CARTAS AL DIRECTOR

Butilescopolamina

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente que manifestó un efecto secundario del bromuro de butilescopolamina, debido a una indicación incorrecta del mismo.

Se trata de un varón de 79 años de edad, hipertenso y diabético en tratamiento con Val-sartán/Hidroclorotiazida 80/12,5mg y Metformina 850mg. También entre sus antecedentes, hernia hiato (2007), varices en miembros inferiores y con una herniorrafia inguinal derecha. En seguimiento por la consulta de urología desde 2003 por hiperplasia benigna de próstata (HBP), habiendo seguido varios tratamientos, en la actualidad, con Tamsulosina 0,4mg. Intolerancia a Cleboprida/Simetacona.

Acudió a urgencias con malestar general, palpitations y síndrome miccional, sin fiebre. En la exploración se constatan constantes normales (Tensión Arterial 148/88 mmHg, temperatura 37°, saturación de oxígeno 96% y 96 latidos por minuto). El resto de la exploración con auscultación cardiopulmonar y abdominal normal, sin hallazgos significativos. Se realiza analítica de orina, constatándose infección urinaria leve. Se le da de alta con el siguiente tratamiento domiciliario: Líquidos abundantes, Cefuroxima-axetilo 500mg/12 horas una semana, bromuro de butilescopolamina / 8horas si dolor y paracetamol 1gr/ 8horas si fiebre.

Paciente regresa 4 días más tarde con dolor abdominal y disminución generalizada de la micción. A la exploración se constata globo vesical, que se resuelve tras sondar urinariamente al paciente y obtener 2400cc de orina. Se realizó analítica que mostró una función renal conservada, un hemograma normal y una orina también normal. Se dio de alta al paciente sin sonda, con suspensión absoluta del bromuro de butilescopolamina, y continuación hasta terminar su pauta antibiótica prescrita con anterioridad.

A propósito de este caso hacemos una breve revisión de indicaciones y contraindicaciones de un fármaco tan usado en la práctica diaria como es el bromuro de butilescopolamina. Se trata de un alcaloide sintético con Nitrógeno cuaternario, anticolinérgico, antagonista de los receptores muscarínicos. Su principal indicación es como espasmolítico, en dolores tipo cólico, generalmente abdominales (intestinales, biliares y urinarios). Nos encontramos con tres formas de presentación: ampolla, comprimido y supositorio, comercializadas por una única casa farmacéutica. Sin embargo, debido precisamente a su acción, nos encontramos unas contraindicaciones claras, que en ocasiones no se tienen presentes: glaucoma de ángulo estrecho no tratado, hipertrofia prostática, retención urinaria por cualquier patología uretroprostática, estenosis mecánicas del tracto gastrointestinal, estenosis de píloro, íleo paralítico, taquicardia, megacolon, miastenia grave. Así como hipersensibilidad conocida al principio activo o a alguno de sus componentes. En el caso que presentamos, se obvió el antecedente de HBP del paciente, indicándose este fármaco como espasmolítico para los dolores cólicos derivados de la infección urinaria, con la consecuencia de una retención aguda de orina, que se encuentra descrito como efecto adverso frecuente (>1%, <10%).

Como conclusión recordamos la necesidad de revisar ocasionalmente las indicaciones y contraindicaciones de los fármacos de uso frecuente en nuestra práctica diaria, pues podemos encontrarlos fácilmente y precisamente por ese uso frecuente, con casos como el descrito.

Bibliografía:

1. Medimecum. Guía de terapia farmacológica. España: Adis internacional; 2008.
2. Flórez J. Farmacología Humana. 2ª ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1994.
3. http://www.buscapina.es/es/Main/buscopan/product_range/ficha_tecnica/index.jsp
4. <http://www.vademecum.es/index.cfm>

Galicia Puyol S¹, Álvarez de Cienfuegos Rodríguez AJ², Tevar Sánchez MI²

¹ Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia

² Reumatólogo. Hospital Vega Baja, Orihuela

soniagalpuy@yahoo.es

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de enero al 31 de marzo de 2009)

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 enero y el 31 de marzo de 2009, 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.

Atlas SJ, Grant RW, Ferris TG, Chang Y, Barry MJ. Patient-physician connectedness and quality of primary care. *Ann Intern Med.* 2009;150:325-335 [S,I]

An PG, Rabatin JS, Manwell LB, Linzer M, Brown RL, Schwartz MD; MEMO Investigators. Burden of difficult encounters in primary care: data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 410-414 [T,I]

Bellón JA, Rodríguez A. ¿Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores? *Aten Primaria.* 2008; 40: 591-593 [AO,I]

Luciano JV, Serrano A. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria.* 2008;40: 631-632 [AO,I]

Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care.* 2009; 27: 31-40 [M,I]

March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M, Prieto MA, Danet A. Mapa emocional de equipos de atención primaria en Andalucía. *Aten Primaria.* 2009; 41: 69-73 [T,I]

Borrell F. Equipos de salud: ¿problema o solución? *Aten Primaria.* 2009; 41: 73-75 [AO,I]

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

US Preventive Services Task Force. Aspirin for the prevention of cardiovascular disease: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009; 150: 396-404 [M,II]

Wolff T, Miller T, Ko S. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2009; 150: 405-410 [M,II]

Mehta SR. Aspirin for prevention and treatment of cardiovascular disease. *Ann Intern Med.* 2009; 150: 414-416 [AO,I]

Cook NR, Obarzanek E, Cutler JA, Buring JE, Rexrode KM, Kumanyika SK, et al; Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Joint effects of sodium and potassium intake on subsequent cardiovascular disease: the Trials of Hypertension Prevention follow-up study. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 32-40 [EC,I]

Tsutsumi A, Kayaba K, Kario K, Ishikawa S. Prospective study on occupational stress and risk of stroke. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 56-61 [S,I]

- Alpérovitch A, Lacombe JM, Hanon O, Dartigues JF, Ritchie K, Ducimetière P, et al. Relationship between blood pressure and outdoor temperature in a large sample of elderly individuals: the Three-City study. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 75-80 [S,I]
- Gislason GH, Rasmussen JN, Abildstrom SZ, Schramm TK, Hansen ML, Fosbøl EL, et al. Increased mortality and cardiovascular morbidity associated with use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in chronic heart failure. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 141-149 [S,I]
- Pagoto S, Ockene J. Windows of opportunity for smoking and weight loss counseling. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 217-218 [AO,I]
- Salize HJ, Merkel S, Reinhard I, Twardella D, Mann K, Brenner H. Cost-effective primary care-based strategies to improve smoking cessation: more value for money. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 230-235; discussion 235-236 [EC,I]
- Keenan PS. Smoking and weight change after new health diagnoses in older adults. *Arch Intern Med.* 2009; 69: 237-242 [T,I]
- Ingelsson E, Massaro JM, Sutherland P, Jacques PF, Levy D, D'Agostino RB, et al. Contemporary trends in dyslipidemia in the Framingham Heart Study. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 279-286 [T,I]
- Christen WG, Glynn RJ, Chew EY, Albert CM, Manson JE. Folic acid, pyridoxine, and cyanocobalamin combination treatment and age-related macular degeneration in women: the Women's Antioxidant and Folic Acid Cardiovascular Study. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 335-341 [EC,I]
- Versmissen J, Oosterveer DM, Yazdanpanah M, Defesche JC, Basart DC, Liem AH, et al. Efficacy of statins in familial hypercholesterolaemia: a long term cohort study. *BMJ.* 2008; 337: 2423 [S,I]
- Brunner E, Iso H. Fish oil and secondary prevention of cardiovascular disease. *BMJ.* 2008; 337: 2541 [AO,I]
- McManus RJ, Glasziou P, Hayen A, Mant J, Padfield P, Potter J, et al. Blood pressure self monitoring: questions and answers from a national conference. *BMJ.* 2008; 337: 2732 [R,I]
- Atar D. New definition of myocardial infarction. *BMJ.* 2008; 337: 3078 [AO,I]
- Giles MF. Risk of stroke and lifestyle. *BMJ* 2009 ;338:14 [AO,I]
- Briffa T, Hickling S, Knuiman M, Hobbs M, Hung J, Sanfilippo FM, et al. Long term survival after evidence based treatment of acute myocardial infarction and revascularisation: follow-up of population based Perth MONICA cohort, 1984-2005. *BMJ.* 2009; 338: 36 [S,I]
- Karthikeyan G, Eikelboom JW. Treatment of intermittent claudication. *BMJ.* 2009; 338: 46 [AO,I]
- Scott IA. Evaluating cardiovascular risk assessment for asymptomatic people. *BMJ.* 2009; 338: 2844 [AO,II]
- Neil A, Humphries SE. Statins and familial hypercholesterolaemia. *BMJ.* 2009; 338: 3041 [AO,I]
- Ghali WA, Rodondi N. HDL cholesterol and cardiovascular risk. *BMJ.* 2009; 338: 3065 [AO,I]
- De Ruijter W, Westendorp RG, Assendelft WJ, den Elzen WP, de Craen AJ, le Cessie S, et al. Use of Framingham risk score and new biomarkers to predict cardiovascular mortality in older people: population based observational cohort study. *BMJ.* 2009; 338: 3083 [S,II]
- Schillaci G, Pirro M, Mannarino E. Assessing cardiovascular risk: should we discard diastolic blood pressure? *Circulation.* 2009; 119: 210-212 [R,II]
- Franklin SS, Lopez VA, Wong ND, Mitchell GF, Larson MG, Vasan RS, et al. Single versus combined blood pressure components and risk for cardiovascular disease: the Framingham Heart Study. *Circulation.* 2009; 119: 243-250 [S,II]
- Schmieder RE, Philipp T, Guerediaga J, Gorostidi M, Smith B, Weissbach N, et al. Long-term antihypertensive efficacy and safety of the oral direct renin inhibitor aliskiren: a 12-month randomized, double-blind comparator trial with hydrochlorothiazide. *Circulation.* 2009; 119: 417-425 [EC,II]
- Prevention of atrial fibrillation: report from a national heart, lung, and blood institute workshop. *Circulation.* 2009; 119: 606-618 [R,II]
- Steinberger J, Daniels SR, Eckel RH, Hayman L, Lustig RH, McCrindle B, et al; American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. Progress and challenges in metabolic syndrome in children and adolescents: a scientific statement from the American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation.* 2009; 119: 628-647 [M,II]
- Corti R, Flammer AJ, Hollenberg NK, Lüscher TF. Cocoa and cardiovascular health. *Circulation.* 2009; 119: 1433-1441 [R,I]
- Dagenais GR, St-Pierre A, Gilbert P, Lamarche B, Després JP, Bernard PM, et al. Comparison of prognosis for men with type 2 diabetes mellitus and men with cardiovascular disease. *CMAJ.* 2009; 180: 40-47 [S,I]
- Flegel K, Magner P. Get excess salt out of our diet. *CMAJ.* 2009; 180: 263-265 [AO,I]
- Dorian P. Effective and efficient use of implantable defibrillators: sometimes it's over when it's over. *CMAJ.* 2009; 180: 599-600 [AO,I]
- Setoguchi S, Nohria A, Rassen JA, Stevenson LW, Schneeweiss S. Maximum potential benefit of implantable defibrillators in preventing sudden death after hospital admission because of heart failure. *CMAJ.* 2009; 180: 611-616 [S,I]
- Skyler JS, Bergenstal R, Bonow RO, Buse J, Deedwania P, Gale EA, et al; American Diabetes Association; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA diabetes trials: a position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *Diabetes Care.* 2009; 32: 187-192 [M,II]

- Pou KM, Massaro JM, Hoffmann U, Lieb K, Vasan RS, O'Donnell CJ, et al. Patterns of abdominal fat distribution: the Framingham Heart Study. *Diabetes Care*. 2009; 32: 481-485 [T,I]
- Carmo GA, Mandil A, Nascimento BR, Arantes BD, Bittencourt JC, Falqueto EB, et al. Can we measure the ankle-brachial index using only a stethoscope? A pilot study. *Fam Pract*. 2009; 26: 22-26 [T,I]
- Calvert MJ, Shankar A, McManus RJ, Ryan R, Freemantle N. Evaluation of the management of heart failure in primary care. *Fam Pract*. 2009; 26: 145-153 [S,II]
- Antoniades C, Antonopoulos AS, Tousoulis D, Marinou K, Stefanadis C. Homocysteine and coronary atherosclerosis: from folate fortification to the recent clinical trials. *Eur Heart J*. 2009; 30: 6-15 [R,I]
- Palatini P, Visentin P, Dorigatti F, Guarnieri C, Santonastaso M, Cozzio S, et al. HARVEST Study Group. Regular physical activity prevents development of left ventricular hypertrophy in hypertension. *Eur Heart J*. 2009; 30: 225-232 [S,I]
- Wachtell K. Prevention of congestive heart failure in high risk patients. *Eur Heart J*. 2009; 30: 638-639 [AO,I]
- Stone GW. Ischaemia versus bleeding: the art of clinical decision-making. *Lancet*. 2009; 373: 695-696 [AO,I]
- Schnabel RB, Sullivan LM, Levy D, Pencina MJ, Massaro JM, D'Agostino RB Sr, Newton-Cheh C, et al. Development of a risk score for atrial fibrillation (Framingham Heart Study): a community-based cohort study. *Lancet*. 2009; 373: 739-745 [S,I]
- Brekke M, Gjelsvik B. Secondary cardiovascular risk prevention—we can do better. *Lancet*. 2009; 373: 873-875 [AO,I]
- Parati G, Pickering TG. Home blood-pressure monitoring: US and European consensus. *Lancet*. 2009; 373: 876-878 [AO,I]
- Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U; EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*. 2009; 373: 929-940 [T,I]
- Alonso I, Valdivielso P, Zamudio MJ, Sánchez MA, Pérez F, Ramos H, et al. Rentabilidad del índice tobillo-brazo para la detección de enfermedad arterial periférica en población laboral de la Junta de Andalucía en Málaga. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 7-11 [T,I]
- Llisterri JL, Cea-Calvo L, Marti-Canales JC, Lozano JV, Aznar J, Redon J. Prevalencia del síndrome metabólico en la población española de 60 años o más. Estudio de base poblacional PREV-ICTUS. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 172-179 [T,I]
- Mediavilla JD, Jimenez-Alonso J. Variabilidad de la presión arterial. ¿Un factor de riesgo vascular que considerar? *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 184-185 [AO,I]
- Cano-De la Cuerda R, Aguila-Maturana AM, Miangolarra-Page JC. Efectividad de los programas de ejercicio físico en los pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 188-194 [R,I]
- Rodilla E, Costa JA, Perez-Lahiguera F, Baldo E, Gonzalez C, Pascual JM. Uso de espirolactona o doxazosina en pacientes con hipertensión arterial refractaria. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62: 158-166 [S,I]
- Edvardsson I, Lendahls L, Håkansson A. When do adolescents become smokers? Annual seven-year population-based follow-up of tobacco habits among 2000 Swedish pupils—an open cohort study. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27: 41-46 [S,I]
- Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Alvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Semergen*. 2009; 35: 66-85 [M,II]

DIABETES

- Havas S. The ACCORD Trial and control of blood glucose level in type 2 diabetes mellitus: time to challenge conventional wisdom. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 150-154 [AO,I]
- Kooy A, de Jager J, Lehert P, Bets D, Wulffelé MG, Donker AJ, et al. Long-term effects of metformin on metabolism and microvascular and macrovascular disease in patients with type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 616-625 [EC,I]
- Loke YK, Singh S, Furberg CD. Long-term use of thiazolidinediones and fractures in type 2 diabetes: a meta-analysis. *CMAJ*. 2009; 180: 32-39 [M,II]
- Dagenais GR, St-Pierre A, Gilbert P, Lamarche B, Després JP, Bernard PM, et al. Comparison of prognosis for men with type 2 diabetes mellitus and men with cardiovascular disease. *CMAJ*. 2009; 180: 40-47 [S,I]
- Singh SR, Ahmad F, Lal A, Yu C, Bai Z, Bennett H. Efficacy and safety of insulin analogues for the management of diabetes mellitus: a meta-analysis. *CMAJ*. 2009; 180: 385-397 [M,II]
- Cameron CG, Bennett HA. Cost-effectiveness of insulin analogues for diabetes mellitus. *CMAJ*. 2009; 180: 400-407 [CE,II]
- Reaven GM. Is diagnosing metabolic syndrome a uniquely simple way to predict incident type 2 diabetes mellitus? *CMAJ*. 2009; 180: 601-602 [AO,I]
- Skyler JS, Bergenstal R, Bonow RO, Buse J, Deedwania P, Gale EA, et al; American Diabetes Association; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA diabetes trials: a position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *Diabetes Care*. 2009; 32: 187-192 [M,II]
- Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al; American Diabetes Association; European Association for Study of Diabetes. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32: 193-203 [M,III]
- Chan JC, Gagliardino JJ, Baik SH, Chantelot JM, Ferreira SR, Hancu N, et al; IDMP5 Investigators. Multifaceted

- determinants for achieving glycemic control: the International Diabetes Management Practice Study (IDMPS). *Diabetes Care*. 2009; 32: 227-233 [T,II]
- Ralston JD, Hirsch IB, Hoath J, Mullen M, Cheadle A, Goldberg HI. Web-based collaborative care for type 2 diabetes: a pilot randomized trial. *Diabetes Care*. 2009; 32: 234-239 [EC,I]
- Davidson MB. How our current medical care system fails people with diabetes: lack of timely, appropriate clinical decisions. *Diabetes Care*. 2009; 32: 370-372 [AO,I]
- Vaghela P, Ashworth M, Schofield P, Gulliford MC. Population intermediate outcomes of diabetes under pay-for-performance incentives in England from 2004 to 2008. *Diabetes Care*. 2009; 32: 427-429 [S,II]
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2009. *Diabetes Care*. 2009; 32: S13-S61 [M,II]
- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2009;32:S62-S67 [M,III]
- Biderman A, Noff E, Harris SB, Friedman N, Levy A. Treatment satisfaction of diabetic patients: what are the contributing factors? *Fam Pract*. 2009; 26: 102-108 [T,II]
- Hirsch IB. Sliding scale insulin—time to stop sliding. *JAMA*. 2009; 301: 213-214 [AO,I]
- Cano-De la Cuerda R, Aguila-Maturana AM, Miangolarra-Page JC. Efectividad de los programas de ejercicio físico en los pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 188-194 [R,I]
- Conget I, Giménez M. Nuevos tratamientos de la diabetes mellitus tipo 2. Mucho ruido y algunas nueces. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 217-218 [AO,II]
- CÁNCER.** Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.
- Hundt S, Haug U, Brenner H. Comparative evaluation of immunochemical fecal occult blood tests for colorectal adenoma detection. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 162-169 [T,I]
- Wolff T, Tai E, Miller T. Screening for skin cancer: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 194-198 [M,I]
- Petitti DB, Teutsch SM, Barton MB, Sawaya GF, Ockene JK, DeWitt T; U.S. Preventive Services Task Force. Update on the methods of the U.S. Preventive Services Task Force: insufficient evidence. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 199-205 [M,I]
- Sequist TD, Zaslavsky AM, Marshall R, Fletcher RH, Ayanian JZ. Patient and physician reminders to promote colorectal cancer screening: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 364-371 [EC,I]
- Giraldez MD ¿Qué estrategia de cribado debe recomendarse a los familiares de un paciente diagnosticado de cáncer colorrectal? *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 57-58 [R,I]
- Andreu M, Marzo M, Mascort J, Quintero E, Garcia-Alfonso P, Lopez-Ibor C, et al. Prevención del cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 137-139 [AO,I]
- Barry MJ. Screening for prostate cancer—the controversy that refuses to die. *N Engl J Med*. 2009; 360: 1351-1354 [AO,I]
- Aabom B, Pfeiffer P. Why are some patients in treatment for advanced cancer reluctant to consult their GP? *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27: 58-62 [C,I]
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Sorrell MF, Belongia EA, Costa J, Gareen IF, Grem JL, Inadomi JM, et al. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: management of hepatitis B. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 104-110 [M,II]
- Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Hopkins R Jr, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee, American College of Physicians. Screening for HIV in health care settings: a guidance statement from the American College of Physicians and HIV Medicine Association. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 125-131 [M,II]
- Grupo de Trabajo de Tuberculosis de las Sociedades Científicas; Comunidades Autónomas; Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45: 139-144 [R,II]
- Cohen S, Doyle WJ, Alper CM, Janicki-Deverts D, Turner RB. Sleep habits and susceptibility to the common cold. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 62-67 [QE,I]
- Tratamiento de la pediculosis capilar: preparados con dimeticona. *Bol Ter Andal*. 2008; 24: 22-24 [R,I]
- Huss A, Scott P, Stuck AE, Trotter C, Egger M. Efficacy of pneumococcal vaccination in adults: a meta-analysis. *CMAJ*. 2009; 180: 48-58 [M,II]
- Croxtall JD, Plosker GL. Sertaconazole: a review of its use in the management of superficial mycoses in dermatology and gynaecology. *Drugs*. 2009; 69: 339-359 [R,I]
- de Diego C, Vila-Córcoles A, Ochoa O, Rodriguez-Blanco T, Salsench E, Hospital I, et al; EPIVAC Study Group. Effects of annual influenza vaccination on winter mortality in elderly people with chronic heart disease. *Eur Heart J*. 2009; 30: 209-216 [S,I]
- Li J, De A, Ketchum K, Fagnan LJ, Haxby DG, Thomas A. Antimicrobial prescribing for upper respiratory infections and its effect on return visits. *Fam Med*. 2009; 41: 182-187 [T,I]
- Neumark T, Brudin L, Engstrom S, Molstad S. Trends in number of consultations and antibiotic prescriptions for respiratory tract infections between 1999 and 2005 in primary healthcare in Kalmar County, Southern Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27: 18-24 [S,I]
- ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA**
- Farre R. Telemedicina y enfermedades respiratorias durante el sueño: perspectivas de futuro. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45: 105-106 [AO,I]
- Sanchez-Bahillo M, Garcia-Marcos L, Perez-Fernandez V, Martinez-Torres AE, Sanchez-Solis M. Evolución de la mortalidad por asma en España, 1960–2005. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45: 123-128 [T,I]

- García-Aymerich J, Agustí A, Barberá JA, Belda J, Ferrero E, Ferrer A et al. La heterogeneidad fenotípica de la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45: 129-138 [R,I]
- Singh S, Amin AV, Loke YK. Long-term use of inhaled corticosteroids and the risk of pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 219-229 [M,I]
- Peters M. Single-inhaler combination therapy for maintenance and relief of asthma: a new strategy in disease management. *Drugs*. 2009; 69: 137-150 [R,I]
- White P. Prevalence of COPD in primary care: no room for complacency. *Fam Pract*. 2009; 26: 1-2 [AO,I]
- Gingter C, Wilm S, Abholz HH. Is COPD a rare disease? Prevalence and identification rates in smokers aged 40 years and over within general practice in Germany. *Fam Pract*. 2009; 26: 3-9 [T,I]
- Albers M, Schermer T, Molema J, Kloek C, Akkermans R, Heijdra Y, et al. Do family physicians' records fit guideline diagnosed COPD? *Fam Pract*. 2009; 26: 81-87 [T,I]
- Lipworth BJ, Williamson PA. Beta blockers for asthma: a double-edged sword. *Lancet*. 2009; 373: 104-105 [AO,I]
- Wenzel SE. Eosinophils in asthma—closing the loop or opening the door? *N Engl J Med*. 2009; 360: 1026-1028 [AO,I]
- Fanta CH. Asthma. *N Engl J Med*. 2009; 360: 1002-1014 [R,I]
- Casaburi R, ZuWallack R. Pulmonary rehabilitation for management of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2009; 360: 1329-1335 [R,I]
- Schatz M. Is maternal asthma a life or death issue for the baby? *Thorax*. 2009; 64: 93-95 [AO,I]
- SALUD MENTAL.** Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).
- Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R, Pizarro-Paixa I, Gomez-Lus S. Influencia de la morbilidad y uso de recursos en pacientes que demandan atención por trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2008; 40: 603-610 [S,I]
- Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R, Rejas-Gutierrez J. Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2009; 41: 77-84. [S,I]
- Brunner E, Iso H. Fish oil and secondary prevention of cardiovascular disease. *BMJ*. 2008; 337: 2541 [AO,I]
- Burns A, Iliffe S. Dementia. *BMJ*. 2009; 338: 75 [R,I]
- Kendall T, Pilling S, Tyrer P, Duggan C, Burbeck R, Meader N, et al; Guideline Development Groups. Borderline and antisocial personality disorders: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2009; 338: 93 [M,I]
- Burns A, Iliffe S. Alzheimer's disease. *BMJ*. 2009; 338: 158 [R,I]
- van Weel C, van Weel-Baumgarten E, van Rijswijk E. Treatment of depression in primary care. *BMJ*. 2009; 338: 934 [AO,I]
- Dennis CL. Preventing and treating postnatal depression. *BMJ*. 2009; 338: 2975 [AO,I]
- Licht-Strunk E, Van Marwijk HW, Hoekstra T, Twisk JW, De Haan M, Beekman AT. Outcome of depression in later life in primary care: longitudinal cohort study with three years' follow-up. *BMJ*. 2009; 338: 3079 [S,I]
- Gibbons R, Mann JJ. Proper studies of selective serotonin reuptake inhibitors are needed for youth with depression. *CMAJ*. 2009; 180: 270-271 [AO,I]
- Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ*. 2009; 180: 291-297 [M,II]
- Benasayag R ¿Cuándo y por qué puede ser útil la psicoterapia en los trastornos funcionales digestivos? *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 59-60 [R,I]
- Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EM, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2009; 58: 367-378 [M,I]
- Roy-Byrne P, Veitengruber JP, Bystritsky A, Edlund MJ, Sullivan G, Craske MG, et al. Brief intervention for anxiety in primary care patients. *J Am Board Fam Med*. 2009; 22: 175-186 [R,II]
- Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA*. 2009; 301: 198-209 [M,I]
- Hawton K, Saunders KE. Psychiatric service development and suicide. *Lancet*. 2009; 373: 99-100 [AO,I]
- Alcohol misuse needs a global response. *Lancet*. 2009; 373: 433 [AO,I]
- Vallejo J. ¿Fármacos en la depresión menor? *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 142-143 [AO,I]
- Vidal A, Gomez-Gil E, Sans M, Portella MJ, Salmero M, Pique JM, et al. El papel de la ansiedad y la depresión en las recidivas de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 298-302 [S,I]
- Schneeweiss S, Avorn J. Antipsychotic agents and sudden cardiac death—how should we manage the risk? *N Engl J Med*. 2009; 360: 294-296 [AO,I]
- SALUD LABORAL**
- Tsutsumi A, Kayaba K, Kario K, Ishikawa S. Prospective study on occupational stress and risk of stroke. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 56-61 [S,I]
- March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M, Prieto MA, Danet A. Mapa emocional de equipos de atención primaria en Andalucía. *Aten Primaria*. 2009; 41: 69-73 [T,I]
- ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES**
- Christen WG, Glynn RJ, Chew EY, Albert CM, Manson JE. Folic acid, pyridoxine, and cyanocobalamin combination treatment and age-related macular degeneration in women: the Women's Antioxidant and Folic Acid Cardiovascular Study. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 335-341 [EC,I]

- Ford ES, Li C, Zhao G, Pearson WS, Mokdad AH. Hypertriglyceridemia and its pharmacologic treatment among US adults. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 572-578 [T,I]
- Fiehn C. The future of folic acid antagonist therapy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2009; 60: 1-4 [AO,I]
- Richette P, Ravaud P, Conrozier T, Euller-Ziegler L, Mazières B, Maugars Y, et al. Effect of hyaluronic acid in symptomatic hip osteoarthritis: A multicenter, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2009; 60: 824-830 [EC,I]
- Burns A, Iliffe S. Alzheimer's disease. *BMJ.* 2009; 338: 158 [R,I]
- Deighton C, O'Mahony R, Tosh J, Turner C, Rudolf M; Guideline Development Group. Management of rheumatoid arthritis: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2009; 338: 702 [M,II]
- McCallum IJ, Ong S, Mercer-Jones M. Chronic constipation in adults. *BMJ.* 2009; 338: 831 [R,I]
- Koes BW. Corticosteroid injection for rotator cuff disease. *BMJ.* 2009; 338: 2599 [AO,I]
- Kelly JD, Fawcett DP, Goldberg LC. Assessment and management of non-visible haematuria in primary care. *BMJ.* 2009; 338: 3021 [R,I]
- Ekeberg OM, Bautz-Holter E, Tveitå EK, Juel NG, Kvalheim S, Brox JI. Subacromial ultrasound guided or systemic steroid injection for rotator cuff disease: randomised double blind study. *BMJ.* 2009; 338: 3112 [EC,I]
- Koch HJ, Jürgens TP. Antidepressants in long-term migraine prevention. *Drugs.* 2009; 69: 1-19 [R,I]
- Stein MA, Kanner AM. Management of newly diagnosed epilepsy: a practical guide to monotherapy. *Drugs.* 2009; 69: 199-222 [R,I]
- Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Hervas AJ, Viña LM, Ferrus JA, et al. Guía de practica clínica sobre el manejo de la rectorragia (actualización 2007). *Gastroenterol Hepatol.* 2008; 31: 652-657 [M,II]
- Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Hervas AJ, Viña LM, Ferrus JA, et al. Guía de practica clínica sobre el manejo de las hemorroides y la fisura anal (actualización 2007). *Gastroenterol Hepatol.* 2008; 31: 668-681 [M,II]
- Benasayag R. ¿Cuándo y por qué puede ser útil la psicoterapia en los trastornos funcionales digestivos? *Gastroenterol Hepatol.* 2009; 32: 59-60 [R,I]
- Sanchez J. ¿Cuál es actualmente el tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* de primera elección: la terapia triple (inhibidores de la bomba de protones [IBP], amoxicilina y claritromicina) o la terapia secuencial (IBP y amoxicilina durante 5 días, seguido de IBP, claritromicina y metronidazol durante otros 5 días)? *Gastroenterol Hepatol.* 2009; 32: 68-69 [R,I]
- Perona M. ¿La fibra mejora o empeora el síndrome del intestino irritable? *Gastroenterol Hepatol.* 2009; 32: 118-119 [AO,I]
- Ponce M. Ante un paciente con síntomas típicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y sin síntomas de alarma, ¿cuál es la dosis y la duración más apropiada del tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones que nos permitirá concluir si r? *Gastroenterol Hepatol.* 2009; 32: 126-127 [AO,I]
- Fernandez-Bañares F. ¿Existe la diarrea funcional? ¿Qué pruebas hay que realizar para llegar a otros diagnósticos? *Gastroenterol Hepatol.* 2009; 32: 164-166 [AO,I]
- Fass R, Sifrim D. Management of heartburn not responding to proton pump inhibitors. *Gut.* 2009; 58: 295-309 [R,I]
- Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EM, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut.* 2009; 58: 367-378 [M,I]
- Greenwood JL. The complexity of weight loss counseling. *J Am Board Fam Med.* 2009; 22: 113-114 [AO,I]
- Phelan S, Nallari M, Darroch FE, Wing RR. What do physicians recommend to their overweight and obese patients? *J Am Board Fam Med.* 2009; 22: 115-122 [T,I]
- Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA.* 2009; 301: 198-209 [M,I]
- van Zanten SV. Dyspepsia and reflux in primary care: rough DIAMOND of a trial. *Lancet.* 2009; 373: 187-188 [AO,I]
- van Marrewijk CJ, Mujakovic S, Fransen GA, Numans ME, de Wit NJ, Muris JW, et al. Effect and cost-effectiveness of step-up versus step-down treatment with antacids, H2-receptor antagonists, and proton pump inhibitors in patients with new onset dyspepsia (DIAMOND study): a primary-care-based randomised controlled trial. *Lancet.* 2009; 373: 215-225 [EC,I]
- Kochen MM, Blozik E, Scherer M, Chenot JF. Imaging for low-back pain. *Lancet.* 2009; 373: 436-437 [AO,I]
- Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2009; 373: 463-472 [M,I]
- López A. Ácido úrico, por todos apreciado y por nadie acogido. *Med Clin (Barc).* 2009; 132: 16-17 [AO,I]
- Alvarez JM, González FJ, Valdés L. Diagnóstico de la embolia pulmonar. *Med Clin (Barc).* 2009; 132: 24-29 [R,I]
- Vidal A, Gómez-Gil E, Sans M, Portella MJ, Salmero M, Pique JM, et al. El papel de la ansiedad y la depresión en las recidivas de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Med Clin (Barc).* 2009; 132: 298-302 [S,I]
- Ferrer A, Estrada MD, Borrás A, Espallargues M. Guía para la indicación de la densitometría ósea en la valoración del riesgo de fractura y en el control evolutivo de la osteoporosis. *Med Clin (Barc).* 2009; 132: 428-436 [M,II]
- Schneeweiss S, Avorn J. Antipsychotic agents and sudden cardiac death—how should we manage the risk? *N Engl J Med.* 2009; 360: 294-296 [AO,I]
- Sacks FM, Bray GA, Carey VJ, Smith SR, Ryan DH, Anton SD, et al. Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *N Engl J Med.* 2009; 360: 859-873 [EC,I]
- Katan MB. Weight-loss diets for the prevention and treatment of obesity. *N Engl J Med.* 2009; 360: 923-925 [AO,I]

MEDIOS DIAGNÓSTICOS

Hundt S, Haug U, Brenner H. Comparative evaluation of immunochemical fecal occult blood tests for colorectal adenoma detection. *Ann Intern Med.* 2009; 150: 162-169 [T,I]

Carmo GA, Mandil A, Nascimento BR, Arantes BD, Bittencourt JC, Falqueto EB, et al. Can we measure the ankle-brachial index using only a stethoscope? A pilot study. *Fam Pract.* 2009; 26: 22-26 [T,I]

Graser A, Stieber P, Nagel D, Schäfer C, Horst D, Becker CR, et al. Comparison of CT colonography, colonoscopy, sigmoidoscopy and faecal occult blood tests for the detection of advanced adenoma in an average risk population. *Gut.* 2009; 58: 241-248 [S,I]

Kochen MM, Blozik E, Scherer M, Chenot JF. Imaging for low-back pain. *Lancet.* 2009; 373: 436-437 [AO,I]

Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2009; 373: 463-472 [M,I]

Alonso I, Valdivielso P, Zamudio MJ, Sánchez MA, Pérez F, Ramos H, et al. Rentabilidad del índice tobillo-brazo para la detección de enfermedad arterial periférica en población laboral de la Junta de Andalucía en Málaga. *Med Clin (Barc).* 2009; 132: 7-11 [T,I]

Álvarez JM, González FJ, Valdes L. Diagnóstico de la embolia pulmonar. *Med Clin (Barc).* 2009; 132: 24-29 [R,I]

Ferrer A, Estrada MD, Borrás A, Espallargues M. Guía para la indicación de la densitometría ósea en la valoración del riesgo de fractura y en el control evolutivo de la osteoporosis. *Med Clin (Barc).* 2009; 132: 428-436 [M,II]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Brunner E, Iso H. Fish oil and secondary prevention of cardiovascular disease. *BMJ.* 2008; 337: 2541 [AO,I]

Cattaneo A. Promoting breast feeding in the community. *BMJ.* 2009; 338: 2657 [AO,I]

Steinberger J, Daniels SR, Eckel RH, Hayman L, Lustig RH, McCrindle B, et al; American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. Progress and challenges in metabolic syndrome in children and adolescents: a scientific statement from the American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation.* 2009; 119: 628-647 [M,II]

Gibbons R, Mann JJ. Proper studies of selective serotonin reuptake inhibitors are needed for youth with depression. *CMAJ.* 2009; 180: 270-271 [AO,I]

Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ.* 2009; 180: 291-297 [M,II]

Scott DA. The landscape of child maltreatment. *Lancet.* 2009; 373: 101-102 [AO,I]

Hyder AA, Peden M, Krug E. Child health must include injury prevention. *Lancet.* 2009; 373: 102-103 [AO,I]

Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet.* 2009; 373: 167-180 [R,II]

Edvardsson I, Lendahls L, Håkansson A. When do adolescents become smokers? Annual seven-year population-based follow-up of tobacco habits among 2000 Swedish pupils—an open cohort study. *Scand J Prim Health Care.* 2009; 27: 41-46 [S,I]

Schatz M. Is maternal asthma a life or death issue for the baby? *Thorax.* 2009; 64: 93-95 [AO,I]

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

Grossman D. Should the contraceptive pill be available without prescription? Yes. *BMJ.* 2008; 337: 3044 [AO,I]

Jarvis S. Should the contraceptive pill be available without prescription? No. *BMJ.* 2008; 337: 3056 [AO,I]

Gekas J, Gagné G, Bujold E, Douillard D, Forest JC, Reinharz D, et al. Comparison of different strategies in prenatal screening for Down's syndrome: cost effectiveness analysis of computer simulation. *BMJ.* 2009; 338: 138 [CE,I]

Dennis CL. Preventing and treating postnatal depression. *BMJ.* 2009; 338: 2975 [AO,I]

Gastaminza G, Algorta J. Estudio descriptivo de las recomendaciones anticonceptivas en los ensayos clínicos presentados en España. ¿Es necesario un debate? *Med Clin (Barc).* 2009; 132: 70-74 [T,I]

ANCIANOS

Alpérovitch A, Lacombe JM, Hanon O, Dartigues JF, Ritchie K, Ducimetière P, et al. Relationship between blood pressure and outdoor temperature in a large sample of elderly individuals: the Three-City study. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 75-80 [S,I]

Gopinath B, Rochtchina E, Wang JJ, Schneider J, Leeder SR, Mitchell P. Prevalence of age-related hearing loss in older adults: Blue Mountains Study. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 415-416 [T,I]

Bejarano F, Piñol JI, Mora N, Claver P, Brull N, Basora J. Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2008; 40: 617-621 [T,I]

Morgan S. Readmissions as a result of adverse drug reactions in older people. *BMJ.* 2009; 338: 2436 [AO,I]

Zhang M, Holman CD, Price SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. *BMJ.* 2009; 338: 2752 [S,I]

- Licht-Strunk E, Van Marwijk HW, Hoekstra T, Twisk JW, De Haan M, Beekman AT. Outcome of depression in later life in primary care: longitudinal cohort study with three years' follow-up. *BMJ*. 2009; 338: 3079 [S,I]
- de Ruijter W, Westendorp RG, Assendelft WJ, den Elzen WP, de Craen AJ, le Cessie S, et al. Use of Framingham risk score and new biomarkers to predict cardiovascular mortality in older people: population based observational cohort study. *BMJ*. 2009; 338: 3083 [S,II]
- Martinez-Martin P, Fernandez-Mayoralas G, Frades-Payo B, Rojo-Perez F, Petidier R, Rodriguez-Rodriguez V. Validación de la Escala de Independencia Funcional. *Gac Sanit*. 2009; 23: 49-54. [T,I]
- de Diego C, Vila-Córcoles A, Ochoa O, Rodriguez-Blanco T, Salsench E, Hospital I, et al; EPIVAC Study Group. Effects of annual influenza vaccination on winter mortality in elderly people with chronic heart disease. *Eur Heart J*. 2009; 30: 209-216 [S,I]
- Vasco B. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en el anciano. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 423-424 [AO,I]
- Iinattiniemi S, Jokelainen J, Luukinen H. Falls risk among a very old home-dwelling population. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27: 25-30 [S,I]
- URGENCIAS Y EMERGENCIAS**
- Dorian P. Effective and efficient use of implantable defibrillators: sometimes it's over when it's over. *CMAJ*. 2009; 180: 599-600 [AO,I]
- Setoguchi S, Nohria A, Rassen JA, Stevenson LW, Schneeweiss S. Maximum potential benefit of implantable defibrillators in preventing sudden death after hospital admission because of heart failure. *CMAJ*. 2009; 180: 611-616 [S,I]
- TERAPÉUTICA.** Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.
- Crowther MA, Ageno W, Garcia D, Wang L, Witt DM, Clark NP, et al. Oral vitamin K versus placebo to correct excessive anticoagulation in patients receiving warfarin: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 293-300 [EC,I]
- Gislason GH, Rasmussen JN, Abildstrom SZ, Schramm TK, Hansen ML, Fosbøl EL, et al. Increased mortality and cardiovascular morbidity associated with use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in chronic heart failure. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 141-149 [S,I]
- Singh S, Amin AV, Loke YK. Long-term use of inhaled corticosteroids and the risk of pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 219-229 [M,I]
- Ford ES, Li C, Zhao G, Pearson WS, Mokdad AH. Hypertriglyceridemia and its pharmacologic treatment among US adults. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 572-578 [T,I]
- Kooy A, de Jager J, Lehert P, Bets D, Wulffelé MG, Donker AJ, et al. Long-term effects of metformin on metabolism and microvascular and macrovascular disease in patients with type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 616-625 [EC,I]
- Fiehn C. The future of folic acid antagonist therapy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2009; 60: 1-4 [AO,I]
- Richette P, Ravaud P, Conrozier T, Euler-Ziegler L, Mazières B, Maugars Y, et al. Effect of hyaluronic acid in symptomatic hip osteoarthritis: A multicenter, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*. 2009; 60: 824-830 [EC,I]
- Versmissen J, Oosterveer DM, Yazdanpanah M, Defesche JC, Basart DC, Liem AH, et al. Efficacy of statins in familial hypercholesterolaemia: a long term cohort study. *BMJ*. 2008; 337: 2423 [S,I]
- Madhok V, Falk G, Fahey T, Sullivan FM. Prescribe prednisolone alone for Bell's palsy diagnosed within 72 hours of symptom onset. *BMJ*. 2009; 338: 255 [R,I]
- Collier J. Doctors, patients, and the pharmaceutical industry. *BMJ*. 2009; 338: 443 [AO,I]
- Morgan S. Readmissions as a result of adverse drug reactions in older people. *BMJ*. 2009; 338: 2436 [AO,I]
- Koes BW. Corticosteroid injection for rotator cuff disease. *BMJ*. 2009; 338: 2599 [AO,I]
- Zhang M, Holman CD, Price SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. *BMJ*. 2009; 338: 2752 [S,I]
- White A, Cummings M. Does acupuncture relieve pain? *BMJ*. 2009; 338: 2760 [AO,I]
- Neil A, Humphries SE. Statins and familial hypercholesterolaemia. *BMJ*. 2009; 338: 3041 [AO,I]
- Ekeberg OM, Bautz-Holter E, Tveitå EK, Juel NG, Kvalheim S, Brox JJ. Subacromial ultrasound guided or systemic steroid injection for rotator cuff disease: randomised double blind study. *BMJ*. 2009; 338: 3112 [EC,I]
- Madsen MV, Gøtzsche PC, Hróbjartsson A. Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. *BMJ*. 2009; 338: 3115 [M,I]
- Seguridad de AINEs tradicionales y COXIB: puesta al día. *Bol Ter Andal*. 2008; 24: 21-23 [R,I]
- Schmieder RE, Philipp T, Guerediaga J, Gorostidi M, Smith B, Weissbach N, et al. Long-term antihypertensive efficacy and safety of the oral direct renin inhibitor aliskiren: a 12-month randomized, double-blind comparator trial with hydrochlorothiazide. *Circulation*. 2009; 119: 417-425 [EC,II]
- Loke YK, Singh S, Furberg CD. Long-term use of thiazolidinediones and fractures in type 2 diabetes: a meta-analysis. *CMAJ*. 2009; 180: 32-39 [M,II]
- Gibbons R, Mann JJ. Proper studies of selective serotonin reuptake inhibitors are needed for youth with depression. *CMAJ*. 2009; 180: 270-271 [AO,I]
- Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ*. 2009; 180: 291-297 [M,II]

- Singh SR, Ahmad F, Lal A, Yu C, Bai Z, Bennett H. Efficacy and safety of insulin analogues for the management of diabetes mellitus: a meta-analysis. *CMAJ*. 2009; 180: 385-397 [M,II]
- Cameron CG, Bennett HA. Cost-effectiveness of insulin analogues for diabetes mellitus. *CMAJ*. 2009; 180: 400-407 [CE,II]
- Lazzaroni M, Porro GB. Management of NSAID-induced gastrointestinal toxicity: focus on proton pump inhibitors. *Drugs*. 2009; 69: 51-69 [R,I]
- Peters M. Single-inhaler combination therapy for maintenance and relief of asthma: a new strategy in disease management. *Drugs*. 2009; 69: 137-150 [R,I]
- Stein MA, Kanner AM. Management of newly diagnosed epilepsy: a practical guide to monotherapy. *Drugs*. 2009; 69: 199-222 [R,I]
- Croxtall JD, Plosker GL. Sertaconazole: a review of its use in the management of superficial mycoses in dermatology and gynaecology. *Drugs*. 2009; 69: 339-359 [R,I]
- Mosshammer D, Lorenz G, Meznaric S, Schwarz J, Muche R, Mörike K. Statin use and its association with musculoskeletal symptoms—a cross-sectional study in primary care settings. *Fam Pract*. 2009; 26: 88-95 [T,I]
- Rahmner PB, Gustafsson LL, Larsson J, Rosenqvist U, Tomson G, Holmström I. Variations in understanding the drug-prescribing process: a qualitative study among Swedish GPs. *Fam Pract*. 2009; 26: 121-127 [C,II]
- Nardulli G, Lanas A. Riesgo de hemorragia digestiva con aspirina y antiagregantes plaquetarios. *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 36-43. [AO,I]
- Sánchez J. ¿Cuál es actualmente el tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* de primera elección: la terapia triple (inhibidores de la bomba de protones [IBP], amoxicilina y claritromicina) o la terapia secuencial (IBP y amoxicilina durante 5 días, seguido de IBP, claritromicina y metronidazol durante otros 5 días)? *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 68-69 [R,I]
- Ponce M. Ante un paciente con síntomas típicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y sin síntomas de alarma, ¿cuál es la dosis y la duración más apropiada del tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones que nos permitirá concluir si r? *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 126-127 [AO,I]
- Lanas A. ¿Debe erradicarse *H. pylori* en pacientes que van a recibir tratamiento prolongado con AINE? *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 173-174 [AO,I]
- Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA*. 2009; 301: 198-209 [M,I]
- Lipworth BJ, Williamson PA. Beta blockers for asthma: a double-edged sword. *Lancet*. 2009; 373: 104-105 [AO,I]
- Vallejo J. ¿Fármacos en la depresión menor? *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 142-143 [AO,I]
- Conget I, Giménez M. Nuevos tratamientos de la diabetes mellitus tipo 2. Mucho ruido y algunas nueces. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 217-218 [AO,II]
- Vieta A, Badia X. Desigualdades en la financiación de medicamentos entre comunidades autónomas en España. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 364-368 [M,II]
- Schneeweiss S, Avorn J. Antipsychotic agents and sudden cardiac death—how should we manage the risk? *N Engl J Med*. 2009; 360: 294-296 [AO,I]
- Rodilla E, Costa JA, Perez-Lahiguera F, Baldo E, Gonzalez C, Pascual JM. Uso de espironolactona o doxazosina en pacientes con hipertensión arterial refractaria. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62: 158-166 [S,I]
- Zwisler JE, Larsen J, Gram LF. When to stop? *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27: 1-3 [AO,I]

ENTREVISTA CLINICA

An PG, Rabatin JS, Manwell LB, Linzer M, Brown RL, Schwartz MD; MEMO Investigators. Burden of difficult encounters in primary care: data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 410-414 [T,II]

Pantilat SZ. Communicating with seriously ill patients: better words to say. *JAMA*. 2009; 301: 1279-1281 [AO,I]

ATENCION FAMILIAR

Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27: 31-40 [M,II]

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

Gomez G, Barrueco M, Aparicio I, Maderuelo JA, Torrecilla M. Programa de prevención del tabaquismo en alumnos de enseñanza secundaria. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45: 16-23 [T,II]

Hernández N, Palacios L, Gens M, Angles MT. ¿Tenemos en cuenta los derechos del paciente y la ética de la organización en la asistencia diaria? *Aten Primaria*. 2009; 41: 113-115 [AO,I]

Fernandez MI, Rebagliato O, de Gispert B, Roig H, Artigas J, Bonay B, et al. Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. *Aten Primaria*. 2008; 40: 611-616 [T,I]

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

Higginson JD. Perspective: limiting resident work hours is a moral concern. *Acad Med*. 2009; 84: 310-314 [AO,II]

Drain PK, Holmes KK, Skeff KM, Hall TL, Gardner P. Global health training and international clinical rotations during residency: current status, needs, and opportunities. *Acad Med*. 2009; 84: 320-325 [R,II]

González P, Serrano M, Pastushenko J, Altisent R. ¿Cómo enseñar bioética en el pregrado? Reflexiones sobre experiencias docentes. *Aten Primaria*. 2009; 41: 103-108 [AO,I]

Pardell H. Sobre la regulación de la profesión médica. Situación actual y perspectivas de futuro en España. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 18-23 [AO,II]

Nolla M. ¿Qué hacemos mal? *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 394-399 [R,II]

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Tannen RL, Weiner MG, Xie D. Use of primary care electronic medical record database in drug efficacy research on cardiovascular outcomes: comparison of database and randomised controlled trial findings. *BMJ*. 2009; 338: 81 [T,I]

Watts G. Beyond the impact factor. *BMJ*. 2009; 338: 553 [AO,I]

Gisbert JP, Panes J. Publicación científica, indicadores bibliométricos e índice h de Hirsch. *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 140-149 [R,II]

Monleon-Getino T, Barnadas-Molins A, Roset-Gamisans M. Diseños secuenciales y análisis intermedio en la investigación clínica: tamaño frente a dificultad. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 437-442 [R,I]

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS

Oxman AD, Glasziou P, Williams JW Jr. What should clinicians do when faced with conflicting recommendations? *BMJ*. 2008; 337: 2530 [AO,II]

PREVENCIÓN

Sorrell MF, Belongia EA, Costa J, Gareen IF, Grem JL, Inadomi JM, et al. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: management of hepatitis B. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 104-110 [M,II]

Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Hopkins RJr, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee, American College of Physicians. Screening for HIV in health care settings: a guidance statement from the American College of Physicians and HIV Medicine Association. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 125-131 [M,II]

Hundt S, Haug U, Brenner H. Comparative evaluation of immunochemical fecal occult blood tests for colorectal adenoma detection. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 162-169 [T,I]

Wolff T, Tai E, Miller T. Screening for skin cancer: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 194-198 [M,I]

Petitti DB, Teutsch SM, Barton MB, Sawaya GF, Ockene JK, DeWitt T; U.S. Preventive Services Task Force. Update on the methods of the U.S. Preventive Services Task Force: insufficient evidence. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 199-205 [M,I]

US Preventive Services Task Force. Aspirin for the prevention of cardiovascular disease: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 396-404 [M,II]

Wolff T, Miller T, Ko S. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 405-410 [M,II]

Mehta SR. Aspirin for prevention and treatment of cardiovascular disease. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 414-416 [AO,I]

Gomez G, Barrueco M, Aparicio I, Maderuelo JA, Torrecilla M. Programa de prevención del tabaquismo en alumnos de enseñanza secundaria. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45: 16-23 [T,I]

Grupo de Trabajo de Tuberculosis de las Sociedades Científicas; Comunidades Autónomas; Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45: 139-144 [R,II]

Cook NR, Obarzanek E, Cutler JA, Buring JE, Rexrode KM, Kumanyika SK, et al; Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Joint effects of sodium and potassium intake on subsequent cardiovascular disease: the Trials of Hypertension Prevention follow-up study. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 32-40 [EC,I]

Sequist TD, Zaslavsky AM, Marshall R, Fletcher RH, Ayanian JZ. Patient and physician reminders to promote colorectal cancer screening: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 364-371 [EC,I]

Popkin BM. Reducing meat consumption has multiple benefits for the world's health. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 543-545 [AO,I]

Giles MF. Risk of stroke and lifestyle. *BMJ*. 2009; 338: 14 [AO,I]

Gekas J, Gagné G, Bujold E, Douillard D, Forest JC, Reinharz D, et al. Comparison of different strategies in prenatal screening for Down's syndrome: cost effectiveness analysis of computer simulation. *BMJ*. 2009; 338: 138 [CE,I]

Grey JE, Healy B, Harding K. Antibiotic prophylaxis for minor dermatological surgery in primary care. *BMJ*. 2009; 338: 2749 [AO,I]

Heal CF, Buettner PG, Cruickshank R, Graham D, Browning S, Pendergast J, et al. Does single application of topical chloramphenicol to high risk sutured wounds reduce incidence of wound infection after minor surgery? Prospective randomised placebo controlled double blind trial. *BMJ*. 2009; 338: 2812 [EC,I]

Schillaci G, Pirro M, Mannarino E. Assessing cardiovascular risk: should we discard diastolic blood pressure? *Circulation*. 2009; 119: 210-212 [R,II]

Franklin SS, Lopez VA, Wong ND, Mitchell GF, Larson MG, Vasan RS, Levy D. Single versus combined blood pressure components and risk for cardiovascular disease: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2009; 119: 243-250 [S,II]

Prevention of atrial fibrillation: report from a national heart, lung, and blood institute workshop. *Circulation*. 2009; 119: 606-618 [R,II]

Huss A, Scott P, Stuck AE, Trotter C, Egger M. Efficacy of pneumococcal vaccination in adults: a meta-analysis. *CMAJ*. 2009; 180: 48-58 [M,II]

Flegel K, Magner P. Get excess salt out of our diet. *CMAJ*. 2009; 180: 263-265 [AO,I]

- Reaven GM. Is diagnosing metabolic syndrome a uniquely simple way to predict incident type 2 diabetes mellitus? *CMAJ*. 2009; 180: 601-602 [AO,I]
- Koch HJ, Jürgens TP. Antidepressants in long-term migraine prevention. *Drugs*. 2009; 69: 1-19 [R,I]
- Antoniades C, Antonopoulos AS, Tousoulis D, Marinou K, Stefanadis C. Homocysteine and coronary atherosclerosis: from folate fortification to the recent clinical trials. *Eur Heart J*. 2009; 30: 6-15 [R,I]
- de Diego C, Vila-Córcoles A, Ochoa O, Rodríguez-Blanco T, Salsench E, Hospital I, et al; EPIVAC Study Group. Effects of annual influenza vaccination on winter mortality in elderly people with chronic heart disease. *Eur Heart J* 2009; 30: 209-216 [S,I]
- Palatini P, Visentin P, Dorigatti F, Guarnieri C, Santonastaso M, Cozzio S, et al; HARVEST Study Group. Regular physical activity prevents development of left ventricular hypertrophy in hypertension. *Eur Heart J*. 2009; 30: 225-232 [S,I]
- Wachtell K. Prevention of congestive heart failure in high risk patients. *Eur Heart J*. 2009; 30: 638-639 [AO,I]
- Vergara M, Benach J, Martínez JM, Buxo M, Yasui Y. La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001). *Gac Sanit*. 2009; 23: 16-22 [T,I]
- Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Hervas AJ, Viña LM, Ferrus JA, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la rectorragia (actualización 2007). *Gastroenterol Hepatol*. 2008; 31: 652-657 [M,II]
- Giraldez MD. ¿Qué estrategia de cribado debe recomendarse a los familiares de un paciente diagnosticado de cáncer colorrectal? *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 57-58 [R,I]
- Andreu M, Marzo M, Mascort J, Quintero E, García-Alfonso P, López-Ibor C, et al. Prevención del cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 137-139 [AO,I]
- Lanas A. ¿Debe erradicarse *H. pylori* en pacientes que van a recibir tratamiento prolongado con AINE? *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 173-174 [AO,I]
- Graser A, Stieber P, Nagel D, Schäfer C, Horst D, Becker CR, et al. Comparison of CT colonography, colonoscopy, sigmoidoscopy and faecal occult blood tests for the detection of advanced adenoma in an average risk population. *Gut*. 2009; 58: 241-248 [S,I]
- Hyder AA, Peden M, Krug E. Child health must include injury prevention. *Lancet*. 2009; 373: 102-103 [AO,I]
- Cummings JH, Mann JI, Nishida C, Vorster HH. Dietary fibre: an agreed definition. *Lancet*. 2009; 373: 365-366 [AO,I]
- Alonso I, Valdivielso P, Zamudio MJ, Sánchez MA, Pérez F, Ramos H, et al. Rentabilidad del índice tobillo-brazo para la detección de enfermedad arterial periférica en población laboral de la Junta de Andalucía en Málaga. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 7-11 [T,I]
- Vasco B. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en el anciano. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 423-424 [AO,I]
- Ferrer A, Estrada MD, Borrás A, Espallargues M. Guía para la indicación de la densitometría ósea en la valoración del riesgo de fractura y en el control evolutivo de la osteoporosis. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 428-436 [M,II]
- Brekke M, Gjelsvik B. Secondary cardiovascular risk prevention—we can do better. *Lancet*. 2009; 373: 873-875 [AO,I]
- Barry MJ. Screening for prostate cancer—the controversy that refuses to die. *N Engl J Med*. 2009; 360: 1351-1354 [AO,I]

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD

- Hundt S, Haug U, Brenner H. Comparative evaluation of immunochemical fecal occult blood tests for colorectal adenoma detection. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 162-169 [T,I]
- Atlas SJ, Grant RW, Ferris TG, Chang Y, Barry MJ. Patient-physician connectedness and quality of primary care. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 325-335 [S,I]
- Calvert MJ, Shankar A, McManus RJ, Ryan R, Freemantle N. Evaluation of the management of heart failure in primary care. *Fam Pract* 2009; 26: 145-153 [S,II]

BIOÉTICA

- Gonzalez P, Serrano M, Pastushenko J, Altisent R. ¿Cómo enseñar bioética en el pregrado? Reflexiones sobre experiencias docentes. *Aten Primaria*. 2009; 41: 103-108 [AO,I]
- Hernández N, Palacios L, Gens M, Angles MT. ¿Tenemos en cuenta los derechos del paciente y la ética de la organización en la asistencia diaria? *Aten Primaria*. 2009; 41: 113-115 [AO,I]

PLANIFICACION / GESTIÓN

- Bellón JA, Rodríguez A. ¿Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores? *Aten Primaria*. 2008; 40: 591-593 [AO,I]
- Luciano JV, Serrano A. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria*. 2008; 40: 631-632 [AO,I]
- Borrell F. Equipos de salud: ¿problema o solución? *Aten Primaria*. 2009; 41: 73-75 [AO,I]
- Hernández N, Palacios L, Gens M, Angles MT. ¿Tenemos en cuenta los derechos del paciente y la ética de la organización en la asistencia diaria? *Aten Primaria*. 2009; 41: 113-115 [AO,I]
- Bevan G. Have targets done more harm than good in the English NHS? No. *BMJ*. 2009; 338: 3129 [AO,I]
- Gubb J. Have targets done more harm than good in the English NHS? Yes. *BMJ*. 2009; 338: 3130 [AO,I]
- Vaghela P, Ashworth M, Schofield P, Gulliford MC. Population intermediate outcomes of diabetes under pay-for-performance incentives in England from 2004 to 2008. *Diabetes Care*. 2009; 32: 427-429 [S,II]
- Vergara M, Benach J, Martínez JM, Buxo M, Yasui Y. La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas

pequeñas de España (1990-2001) Gac Sanit. 2009; 23: 16-22. [T,I]

Inoriza JM, Coderch J, Carreras M, Vall-llosera L, Garcia-Goñi M, Lisbona JM, et al. La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. Gac Sanit. 2009; 23: 29-37. [T,I]

Vieta A, Badia X. Desigualdades en la financiación de medicamentos entre comunidades autónomas en España. Med Clin (Barc). 2009; 132: 364-368 [M,II]

Nolla M. ¿Qué hacemos mal? Med Clin (Barc). 2009; 132: 394-399 [R,II]

INFORMÁTICA

Farre R. Telemedicina y enfermedades respiratorias durante el sueño: perspectivas de futuro. Arch Bronconeumol. 2009; 45: 105-106 [AO,I]

OTRAS

Madhok V, Falk G, Fahey T, Sullivan FM. Prescribe prednisolone alone for Bell's palsy diagnosed within 72 hours of symptom onset. BMJ. 2009; 338: 255 [R,I]

Grey JE, Healy B, Harding K. Antibiotic prophylaxis for minor dermatological surgery in primary care. BMJ. 2009; 338: 2749 [AO,I]

Heal CF, Buettner PG, Cruickshank R, Graham D, Browning S, Pendergast J, et al. Does single application of topical chloramphenicol to high risk sutured wounds reduce incidence of wound infection after minor surgery? Prospective randomised placebo controlled double blind trial. BMJ. 2009; 338: 2812 [EC,I]

Norton C, Grieve A, Vance M. Nurse delivered endoscopy. BMJ. 2009; 338: 3049 [AO,I]

Rios JJ, Cudos S, Gonzalez-Beato MJ. Eritema nudoso. Med Clin (Barc). 2009; 132: 75-79 [R,I]

Serrano-Gallardo P, Lizan-Tudela L, Diaz-Olalla JM, Otero A. Valores poblacionales de referencia de la versión española de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida en población adulta urbana. Med Clin (Barc). 2009; 132: 336-343 [T,I]

Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 10, Núm. 1)
(Med fam Andal 2009; 10:63)

Respuestas razonadas

a) Chancro Sifilítico (correcta): Infección de transmisión sexual con un período de incubación de 9 a 90 días. La sífilis primaria se inicia con la aparición de un chancro que se sitúa en el punto de penetración del *Treponema pallidum*.

Típicamente es una úlcera única, indurada, elevada, redondeada, rojiza, limpia, e indolora. Se acompaña de adenopatías regionales, duras, no dolorosas y móviles.

La clínica orienta el diagnóstico. El diagnóstico de certeza se realiza mediante el examen en campo oscuro de una preparación en fresco de una toma de exudado de la base de la úlcera. Se aconseja realizar 3 tomas de tres días y no admite transporte. El *treponema* no se cultiva. El diagnóstico de presunción es posible con la serología, que incluye pruebas no treponémicas (VDRL; RPR) que se positivizan a la 3ª o 4ª semana de la aparición del chancro y que deben confirmarse con pruebas treponémicas (TPI; FTA-ABS; TPFA) más específicas y que se positivizan a partir de la 2ª semana de aparición del chancro, en el caso de FTA-ABS.

b) Chancro blando o Chancroide: Infección de transmisión sexual originada por *Haemophilus ducreyi*. Endémica en regiones tropicales y subtropicales. Puede observarse de forma esporádica en población con mayor actividad sexual y promiscuidad. Puede presentarse como única o múltiples úlceras muy dolorosas, de consistencia blanda, sucias, de aspecto necrótico y maloliente. Pueden acompañarse de adenopatías múltiples, dolorosas, que tienden a la abscesificación.

c) Herpes genital: Infección de transmisión sexual producida por el virus del herpes simple tipo 2, y en menor proporción (15%) por el tipo 1. Tanto la primoinfección como las recurrencias pueden ser asintomáticas, o aparecen múltiples vesículas que evolucionan a úlceras dolorosas, que a su vez evolucionan a costras, y finalmente curan. Se pueden acompañar de adenopatías inguinales dolorosas y de síntomas generales, como fiebre y afectación del estado general. Las recidivas suelen ser más leves y de menor duración.

d) Linfogramuloma venéreo: Su prevalencia sólo es alta en Regiones tropicales y subtropicales. Más frecuente en hombres y claramente relacionada con la promiscuidad sexual y bajo nivel socioeconómico. Infección de transmisión sexual originada por serotipos L1, L2 y L3 de *Chlamydia Trachomatis*. Tras un período de incubación de 4 a 20 días se manifiesta por una úlcera indolora que en 2 a 4 días cura sin dejar cicatriz. En una segunda fase, tras dos o tres semanas se presenta una linfadenitis regional con nódulos confluentes y posibles síntomas generales.

e) Granuloma inguinal: Es también típica de áreas tropicales y subtropicales. Considerada infección de transmisión sexual causada por *Calymmatobacterium granulomatis*. La lesión inicial es una pápula, que luego se ulcera, y da lugar a un granuloma indoloro y blando. La infección se hace crónica con aparición de nuevos granulomas en región inguinal.

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

- **XXIX Congreso semFYC Barcelona'08**
Barcelona, 25-27 de Noviembre, 2009
Secretaría técnica: semFYC Congresos, Carrer del Pi, 11 2ªPl., of.13
08002 Barcelona
Telf.: 93 317 71 29
Fax: 93 318 69 02
E-mail: congresos@semfyc.es
- **Jornadas de actualización semFYC-IFN**
Sevilla, 8-9 de Octubre, 2009
Secretaría técnica: semFYC Congresos, Carrer del Pi, 11 2ªPl., of.13
08002 Barcelona
Telf.: 93 317 71 29
Fax: 93 318 69 02
E-mail: congresos@semfyc.es
- **XVI 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 Publicaciones SAMFyC, Revista.
- 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 veintiocho 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 e ir a Publicaciones SAMFyC, Revista, normas)

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 correspon-

dientes 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.

Se remitirá una copia impresa (acompañada de la carta de presentación del trabajo, datos de los autores -con profesión y centro de trabajo-, dirección de correspondencia) y una grabación en CD.

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 es 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 trabajo al

quehacer profesional de los médicos de familia.

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.

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

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 soporte electrónico (CD) 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 (check list) 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: **DNI:** - LETRA

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.