

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 191 Carrera profesional. Acreditación profesional. ¿Mejoría, incentivo?

El espacio del usuario

- 195 Prescripción enfermería

Originales

- 197 Correlación entre la capacidad inspiratoria y calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
205 Hábitos de prescripción de ejercicio físico en un distrito de atención primaria urbano
216 Comparación del estado nutricional en personas mayores en la comunidad y en residencias
226 Potenciales interacciones medicamentosas clínicamente relevantes en pacientes polimedicados: papel de los hipnóticos

Artículo especial

- 234 Atención Sanitaria al Viajero Internacional

Cartas al director

- 244 Estado nutricional en una población pediátrica

Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 262 Placas eritematosas de un par de meses de evolución

Actividades Científicas

Información para los autores

Especial 19º Congreso SAMFyC



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 Continua

Pablo García López

Vocal de Relaciones Externas

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vocal provincial de Almería:

José-Pelayo Galindo Pelayo

jpelayo@larural.es

Vocal provincial de Cádiz:

M^a. José Serrano Muñoz

majsemu@hotmail.com

Vocal provincial de Córdoba:

Pilar Serrano Varo

pseval@supercable.es

Vocal provincial de Huelva:

Jesús E. Pardo Álvarez

jeparedes10@teleline.es

Vocal provincial de Jaén:

Justa Zafra Alcántara

justazafra@wanadoo.es

Vocal provincial de Málaga:

Jesús Sepúlveda Muñoz

jesemu@gmail.com

Vocal provincial de Granada:

Francisco José Guerrero García

franguerrero72@yahoo.com

Vocal provincial de Sevilla:

Leonor Marín Pérez

leonormp@samfyc.es

Patronato Fundación

Manuel Lubián López

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>

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 Villafañá. *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.*
Fermín Puertas Rodríguez. *Granada.*
Luis de la Revilla Ahumada. *Granada.*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba.*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla.*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva.*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga.*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla.*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla.*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla.*
Francisco Suárez Pinilla. *Granada.*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva.*
Isabel Toral López. *Granada.*
Jesús Torio Duránte. *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

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. 3, noviembre 2009

Sumario

Editorial

- 191 Carrera profesional. Acreditación profesional. ¿Mejoría, incentivo?

El espacio del usuario

- 195 Prescripción enfermería

Originales

- 197 Correlación entre la capacidad inspiratoria y calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?
205 Hábitos de prescripción de ejercicio físico en un distrito de atención primaria urbano
216 Comparación del estado nutricional en personas mayores en la comunidad y en residencias
226 Potenciales interacciones medicamentosas clínicamente relevantes en pacientes polimedicados: papel de los hipnóticos

Artículo especial

- 234 Atención Sanitaria al Viajero Internacional

Cartas al director

- 244 Estado nutricional en una población pediátrica

Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 262 Placas eritematosas de un par de meses de evolución

Actividades Científicas

Información para los autores

Especial 19º Congreso SAMFyC



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol. 10, Nº. 3, november 2009

Summary

Editorial

- 191 Professional development. Professional accreditation. Improvements, incentives?

The Consumer's Corner

- 195 Nurse Prescriber

Original Articles

- 197 Correlation Between Inspiratory Capacity and the Quality of Life for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
205 Habits Related to the Prescription of Physical Exercise in an Urban Primary Care District
216 A Comparison of the Nutritional Status of Home-Based Elderly and Institutional Residents
226 Clinically Relevant Potential Drug Interactions among Patients Receiving Multiple Medications: the Role of Hypnotics

Special Article

- 234 Providing Health Care to International Travellers

Letter to the editor

- 244 Nutritional Status in a Pediatric Population

Publications of Interest

Which is your Diagnosis?

- 262 Evolution of Erythematous plaques over a two-month period

Scientific Activities

Information for Authors

Special 19th Annual SAMFyC Conference

EDITORIAL

Carrera profesional. Acreditación profesional. ¿Mejoría, incentivo?

Gálvez Ibáñez M

Médico de Familia

Máster Internacional en Pedagogía Médica. Universidad de Castilla la Mancha

Tras acuerdo en mesa sectorial, en Andalucía se estableció una carrera profesional en 5 niveles, que lleva implícita la necesaria acreditación y evaluación de las competencias profesionales. Se trató, y se trata sin duda, de un paso en la dirección correcta. A la consecución de cada nivel se le asignó un determinado incremento en los emolumentos a percibir, en una cantidad, podría decirse que notoria, no baja, al menos.

Se le concedió el nivel III, a todos aquellos que cumplieron el único mérito de llevar un determinado número de años trabajando para la institución, con la consiguiente mejora retributiva.

Como se decía al principio, las cantidades asignadas al paso de cada nivel podrían calificarse de, al menos como no desalentadoras, y en opinión de muchos, aún como estimulantes.

Pero la realidad es que tras algunos años de experiencia pocos, muy pocos, son los profesionales que optan a la acreditación profesional, a pesar de los estímulos económicos, y en el último año, el SAS incluye este punto en los acuerdos de gestión, como mecanismo para estimular dicha acreditación. Sorprende, y no se dispone de explicaciones compartidas, el bajo número de profesionales que de *motu proprio*, y a pesar de los estímulos económicos, emprenden el camino de la acreditación.

A continuación se presentan algunas reflexiones compartidas entre algunos profesionales que sí han optado al proceso de acreditación.

Lo primero que cabe hacer es reconocer que el proceso en sí –incluso para médicos con muchos años de atención en un mismo cupo– puede llevar a un mejor conocimiento de sus pacientes y

en algunos casos conllevar reflexiones útiles sobre su práctica profesional. Si además se espera que al final del proceso los ingresos económicos, y tal vez también el reconocimiento profesional se verán incrementados, pues nada que objetar.

Para los profesionales a quienes se le asignó el nivel III con el solo mérito del tiempo trabajado, podríamos decir, y fácilmente puede escucharse a algunos implicados, que se trató de un regalo y en la práctica de un desincentivo para involucrarse en sucesivos ascensos en la carrera profesional.

A continuación se aportan algunas consideraciones, no sobre las ideas que inspiran el proceso de acreditación, sino sobre su plasmación práctica y que tal vez estuvieran entre las razones que explican el desinterés, cuando no el franco rechazo a iniciar el proceso, aún a pesar de un supuesto estímulo económico motivador.

a.- Sobre la revisión de historias clínicas y la herramienta para ello.

A día de hoy, en pleno S. XXI resulta de todo punto de vista inconcebible que para aportar los datos que se solicitan, se obligue al profesional a sacar ¡uno a uno! ¡a mano! ¡en papel! los datos de sus pacientes para luego ser volcados en la aplicación informática en red (precisa de conexión a internet) creada ex profeso para el proceso de acreditación. No todos los centros disponen de conexión a internet, casi ningún médico de familia dispone en su horario laboral de tiempo para sacar los datos de sus historias clínicas ni mucho menos para introducirlos en la aplicación para la acreditación, habitualmente en su propia casa, los fines de semana, con su pro-

pio ordenador y su propia conexión a internet. Cuestión diferente puede ser para los tutores de residentes de tercer y/o cuarto año de Medicina de Familia. Pero el proceso de acreditación no se diseñó sólo para tutores.

Lo anterior nos conduce a otra reflexión, a otra explicación: la herramienta informática DIRAYA es una tortura cotidiana para los profesionales, sus aportaciones son evidentes, pero su mal funcionamiento, su desorganizada estructura es algo que ha sido puesto de manifiesto en reiteradas ocasiones por los profesionales ante la administración sanitaria. Precisa de múltiples mejoras para hacerla atractiva, para hacerla sentir útil. Algunos grupos de pacientes son fácilmente identificables a través de DIRAYA en aras a ser aportados como evidencias en el proceso de acreditación, otros no, y esto exige pasar la consulta ¡con un papel al lado! apuntado aquellos datos que tal te puedan servir para ser aportados.

Como alternativa se propone que los datos clínicos deben ser recogidos por la propia administración, por los evaluadores, desde DIRAYA. No hay que obligar al profesional a aportar cómo está la hemoglobina glicosilada de sus pacientes diabéticos, el número de pacientes en situación de IT por lumbalgia con menos de 15 días de duración, los fumadores que abandonan el hábito de fumar, etc, etc, cuando estos datos podrían ser rescatados de las historias clínicas por cualquier evaluador.

DIRAYA debe ser útil para los profesionales en su práctica cotidiana y para los evaluadores. **No se debe disociar el proceso de evaluación y la herramienta de evaluación.** Deben estar en consonancia, apuntar en la misma dirección, ser sinérgicos. ¿Para cuándo la CIPSAP-2 definida para la codificación de motivos de consulta en nuestra historia clínica electrónica? La nuestra debe ser de las pocas en el mundo que no la contempla, con la farragosidad e imprecisión consecuente.

b.- Algunos objetivos son imposibles de cumplir o extraordinariamente difíciles de constatar.

Pedir que un buen número de pacientes bronquíticos crónicos o diabéticos fumadores hayan dejado de fumar en ¡el último año! es algo muy, muy difícil de conseguir cada año y muy difícil

de consignar o de encontrar en nuestra historia clínica electrónica, en especial porque el hábito tabáquico es considerado en DIRAYA una sola vez, no se pueden anotar las recaídas, los ceses, nuevas recaídas etc. Para los que lo diseñaron, fumar es una variable dicotómica si/no a lo largo de la vida. No hay un lugar específico para anotar las variaciones en el hábito.

En opinión de algunos evaluados, dado que lo que se mide no es actividad sino registro, unido a la dificultad de su registro, el enunciado del objetivo anterior, junto con su muy alto grado de exigencia, es una invitación a, digamos, hacer constar datos discutibles.

c.- En relación con el punto anterior ¿se ha considerado alguna comprobación entre registros y práctica real? ¿Se encuestará/ visitará/ llamará a una muestra de pacientes para comprobar lo que está registrado?.

d.- *Dime como me evalúas y te diré como me comporto.*

En ocasiones la consecución de un objetivo es más cuestión de "arte" que de buena práctica. Si la duración de las bajas laborales por lumbalgia deben ser inferiores a 15 días, pues a aquellas que se sospechan que pueden ser de mayor duración se les asigna una codificación relacionada con el diagnóstico, pero no exactamente al código lumbalgia, algo que permite el tener en APS un sistema de codificación diseñado para hospitales.

Siendo los objetivos de evaluación correctos, la manera de medir su consecución en la mayoría de las ocasiones cobra una importancia capital, pues induce el comportamiento del evaluado, no siempre en la dirección de la consecución del objetivo.

Como alternativa en este caso concreto: CIPSAP-II definida como sistema de codificación en APS en consonancia con lo que se hace en el mundo.

e.- Ponderación de algunos tiempos.

Si bien es cierto que la enunciación de un correcto, consensuado, objetivo evaluador pone al evaluado en el camino de su consecución (y si el objetivo era correcto, el camino le acercará a lo

esperado), también es cierto que el enunciado de cada una de las partes del objetivo cobra importancia. Así por ejemplo, solicitar una comunicación internacional en los últimos ¡dos años! solo invita de nuevo "al arte". Es conocido que llevar un posters a un congreso, digamos, hispano luso -ya es internacional- organizado por sociedades científicas de menor exigencia, es tarea bien sencilla. Profesionales con una alta trayectoria internacional pueden quedar excluidos sólo por el hecho de no tener ninguna comunicación internacional, precisamente, en los dos últimos años.

Como alternativa se plantea ampliar el lapso de tiempo a 5 años y/o aumentar el nivel de exigencia en cuanto a los congresos internacionales a admitir como garantes.

f.- Evaluación bidireccional.

Sin duda es una excelente práctica. Pero que la misma persona que te acompaña en el proceso de evaluación, la que te va a evaluar, te pida antes de evaluarte tu evaluación hacia ella y hacia el proceso, es algo altamente cuestionable. ¿Qué debe decir una persona crítica con el proceso? ¿se sentirá coaccionado, o no?

g.- *El que evalúa también se evalúa.*

DIRAYA, la herramienta para la evaluación, los que plantearon como única alternativa el papel y lápiz para extraer de una herramienta informática y luego volcar en otra herramienta informática, en el S. XXI también quedan evaluados en el proceso de evaluación.

h.- *Lo que no se evalúa se devalúa .*

Este es uno de los miedos mas compartidos por los expertos en Pedagogía y Evaluación. Los procesos de evaluación son armas poderosas, inducen comportamientos, y los inducen hacia los objetivos prefijados, contables, e inducen a tomar los caminos prefijados también en el proceso de evaluación. Conociendo de antemano, por imposible, que no toda expresión de la buena práctica profesional debe ser objeto de medida ¿es toda medible, cómo? debe extremarse la precaución para no dejar fuera elementos o concepciones fundamentales, que de otro modo se dejan aparcados en la mente del evaluado.

El modelo actual focaliza, enfatiza, tal vez en exceso una visión sobre un grupo de pacientes, ¡que selecciona el propio evaluado! ¿sesgo de selección?

Se propone ir hacia una medición de la práctica profesional mas *poblacional* (para cada médico de familia, su población es su cupo) y así por ejemplo el consumo de tabaco, la toma de la TA, la práctica de la citología cérvico-vaginal o de la mamografía debería medirse en toda la población diana de su cupo (edad, sexo correspondiente) a la manera en que lo hacen las recomendaciones de los consensos preventivos de mayor prestigio, en nuestro país el PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud).

i.- Dinero, tiempo, calidad de vida profesional como incentivos.

Por último una reflexión por la que se empezó. Si se les ofrece a los profesionales, dinero, en cantidades no a priori despreciables, y los profesionales no se sienten atraídos por el proceso, es que tal vez desconocemos lo que los profesionales quieren. Y parecen decirnos que no es dinero lo que quieren, o al menos, no solo dinero.

Pueden querer tiempo, pueden querer compartir sus conocimientos, sus experiencias, pueden querer investigar.

¿Es juicioso tener a un médico de familia de más de 50 años, docente, investigador, de alta competencia clínica, como el que se exige para el nivel V, pasando consulta 5 horas al día? ¿Les hemos preguntado que les compensa, que les motivaría?

¿No sería una buena idea también ofrecer reducción de cupos, mayor tiempo para la docencia y la investigación? ¿No serían bien aprovechados en esas áreas y ser esto altamente motivador para ellos y rentable para la institución? ¿Por qué no se pensó en emparejar subida de nivel con reducción de cupos, al menos como opción, como alternativa intercambiable al dinero? Algo así como: a cada cambio de nivel, un 10% menos de cupo o un 10% más de dinero, a elección del profesional.

Algunos médicos desean sólo tiempo para atender mejor a sus pacientes, para ir a consultar una

radiografía con un radiólogo y no tener que hacerlo por las tardes o a través de sus amistades. No desean ser docentes, al menos en el sentido oficial de la palabra, o investigar, pero son altamente profesionales, entregados a su profesión y a sus pacientes. Bastaría para muchos de ellos con mejorar DIRAYA como elemento motivador, hacerles el día a día menos tortuoso, más fácil. No tener que escribir el nombre y los dos apellidos, el número de SS, la edad, poner el sello, la fecha, en 5 documentos distintos si solicita un análisis de sangre, un cultivo, unas pruebas de coagulación, un ECG y una Radiografía es altamente motivador.

Que los resultados analíticos estuvieran ya en DIRAYA, no tener que pasarlos, teclearlos ¡uno a uno! desde el papel en que se reciben a DIRAYA. Poder consultar fácilmente la situación de sus pacientes diabéticos, hipertensos, no tener que mandar a la inspección listados de pacientes en situación de IT sino que los inspec-

res los tuvieran desde diraya, esas y tantas otras mejoras que se esperan.

Hay mucho bueno que promocionar en el interior de los seres humanos, en el interior de unos profesionales que un día, entonces adolescentes, eligieron su profesión y no pensaban en el dinero, elemento ¿motivador? que ahora se les ofrece en exclusiva.

Podría ser una idea a valorar que las sociedades científicas de APS convocasen, idealmente, a los médicos de familia que han alcanzado el nivel V de acreditación profesional con el fin de aportar alternativas a partir de su experiencia. Al mismo tiempo pulsar entre todos los profesionales los elementos motivadores que les mueven o moverían en su trayectoria profesional.

Nota: se ha usado en todo momento el género masculino para referirse a los médicos y médicas en aras, únicamente, de la claridad expositiva.

Fe de erratas:

En la sección **COMUNICACIONES ORALES**, del volumen 10, número 2, suplemento 1 (página 113), en la comunicación REPERCUSIÓN LABORAL DE LA SITUACIÓN DE EMBARAZO EN MUJERES DE UN CENTRO DE SALUD PERIURBANO, el orden correcto de los autores es el que sigue: Rufo Romero A, Márquez Calzada C, Castro Cabello C, Villafuerte Fernández I, de la Pisa Latorre L, Pascual de la Pisa B.

EL ESPACIO DEL USUARIO

Prescripción enfermería

Moya García I

Miembro del Gabinete Técnico Jurídico de FACUA-Andalucía

En las últimas dos décadas la prescripción enfermería ha sido objeto de debate sanitario en varios países. El debate viene motivado por los cambios significativos que se han producido en la profesión enfermería desde una concepción tradicional de la misma hacia otra que la define como gestora de cuidados tendentes a la prevención, educación en salud, curación y rehabilitación, en un marco integral de prevención y protección de la salud. Esta evolución en la profesión ha provocado un creciente interés por autorizar la prescripción enfermería en los países de nuestro entorno, ya que ello está considerado como un avance de la profesión y para los usuarios, encontrándose entre sus objetivos: mejorar el cuidado de la personas sin poner en compromiso su seguridad, favorecer el acceso de los pacientes a los fármacos y productos que necesitan, hacer un mejor uso de las habilidades y competencias de los profesionales sanitarios y promover un trabajo en equipo mas flexible e interdisciplinario.

La enfermería en la actualidad tiene autoridad para prescribir en países como Australia, Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia, Sur África, Botswana, Kenya e Irlanda, aunque sus requisitos y su regulación varían sustancialmente entre ellos. Así nos encontramos con diferentes modelos que van desde la prescripción enfermería para facilitar el acceso a la atención sanitaria a los pacientes que viven en zonas geográficas remotas reduciendo así la carga de trabajo de los médicos (Suecia o Canadá), la prescripción de manera independiente a un número limitado de medicamentos y productos que les permite emitir prescripciones en colaboración con otro profesional, habitualmente un médico (Reino Unido), hasta los Estados Unidos donde son las enfermeras de práctica avanzada, desde hace 30 años, las que

tienen la autoridad para ejercer la prescripción enfermería.

En nuestro país la prescripción enfermería de medicamentos también viene siendo objeto de un profundo debate en los últimos años, de hecho Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios, por el momento está pendiente de modificación en el Congreso de cara a abordar este asunto.

Ante la situación actual y sin intención de sustituir al médico en este cometido nuestra comunidad autónoma, de acuerdo con el marco normativo vigente y con las competencias recogidas en materia de sanidad interior en el estatuto de autonomía andaluz, ha procedido el pasado mes de agosto a la aprobación del Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público de Andalucía. Para ello ha teniendo en cuenta que el ejercicio de la práctica profesional de enfermeras y enfermeros, en sus distintas modalidades de cuidados generales o especializados, implica necesariamente la utilización de medicamentos y productos sanitarios y que ello necesita de procedimientos y requisitos que doten a dicha practica de orden y seguridad. La prescripción por parte de las enfermeras se puede adecuar, en el desarrollo actual de la profesión enfermería, como un elemento de práctica avanzada y especialista, y viene a dar sentido y justificación a las especialidades en enfermería contempladas en el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

De esta forma se ha intentado dar respuesta a la evolución que se está produciendo en la profe-

sión de enfermería y a la necesidad de mejorar el servicio a los usuarios.

En el decreto andaluz se distingue tres tipos de actuaciones:

a) Usar e indicar los medicamentos que, de acuerdo con la normativa vigente, no estén sujetos a prescripción médica y, en su caso, autorizar su dispensación con cargo a la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para los pacientes a los que presten sus cuidados y que tengan derecho a ella, en las condiciones que se establecen en este Decreto.

b) Cooperar con los profesionales de la medicina y de la odontología en programas de seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológicos, en las condiciones que se establecen en el propio Decreto (art. 4).

c) Indicar y prescribir los productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, a los pacientes a los que presten sus cuidados y que tengan derecho a ella, en las condiciones que se establecen en este Decreto.

El modelo por tanto que se define en la norma andaluza da independencia o autonomía cuando se trata de medicamentos no sujetos a prescripción médica o productos sanitarios incluidos en la prestación del Sistema Sanitario Público Andaluz, mientras que en el seguimiento de tratamientos farmacológicos se trata de una cooperación o colaboración sujeta a un protocolo y a la autorización por parte del profesional médico u odontológico en el marco de los principios de atención integral a la salud y continuidad asistencial.

FACUA desde un principio acogió bien la norma, y en ese sentido debemos valorarla positivamente y como elemento de avance en el camino señalado, contribuyendo a facilitar la labor de los profesionales de la enfermería en su trabajo de prestación de cuidados y seguimiento y recuperación de la salud pero también como un refuerzo en esa concepción integral de la salud y en esa apuesta clara por reforzar la continuidad asistencial. La actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica ha de configurarse como un elemento de mejora de la atención que se presta al paciente, aliviando si es posible las situaciones de esperas innecesarias del paciente-usuario, y asegurando la continuidad en los cuidados que desarrollan los profesionales.

ORIGINAL

Correlación entre la capacidad inspiratoria y calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Madueño Caro AJ¹, Péculo Carrasco JA², León Jiménez A³, Martín Centeno A⁴, Gobartt Elena⁵, Díaz López I⁴, y el grupo de patología respiratoria de la sociedad andaluza de medicina familiar y comunitaria

¹ Especialista en medicina familiar y comunitaria. CS La laguna, Cádiz

² Experto Universitario Epidemiología e Investigación Clínica. Univ. Granada

³ Jefe de Sección Neumología Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

⁴ Departamento Médico de Pfizer España S.A.

⁵ Departamento Médico de Boehringer-Ingelheim

RESUMEN

Título: Correlación entre la capacidad inspiratoria y calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Objetivo: Determinar la correlación entre los valores de capacidad inspiratoria en reposo, y del FEV1, también en reposo y la percepción subjetiva de calidad de vida en pacientes con EPOC. Comparar ambas correlaciones: CI y VEMS1.

Diseño: Estudio observacional, analítico, de correlación.

Emplazamiento: centros de atención primaria, de ámbito rural y urbano.

Población y muestra: Seleccionan 182 pacientes, todos con criterios para EPOC según la SEPAR, mayores de 40 años. Finalmente, se incluyen 93 sujetos en el estudio.

Intervenciones: se recogieron datos antropométricos, sociodemográficos, de función pulmonar (FEV1, CVF,

VC, CI) en reposo, y sobre la percepción subjetiva de calidad de vida, (cuestionario Saint George –SGRQ–), versión española.

Resultados: Datos de función pulmonar (medias del % teórico): FEV1: 49,04 (DE: 16.23), IC: 61.73 (DE: 15.42). La puntuación total media para el SGRQ fue de 47,5 (DE17, 98). La correlación Rho de Spearman entre FEV1 y SGRQ fue $r=-0,36$ (IC 95% -0,529 a -0,166). La correlación entre CI y SGRQ fue $r=-0,329$ (IC 95% -0,502 a -0,131). Correlación FEV1– CI=0,561.

Conclusiones: La medición de la capacidad inspiratoria, en reposo, presenta similar correlación que el FEV1 con la calidad de vida en pacientes con EPOC.

Palabras clave: Atención Primaria, EPOC, Capacidad Inspiratoria.

SUMMARY

Title: Correlation Between Inspiratory Capacity and the Quality of Life for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Goal: To determine the correlation between the values of inspiratory capacity (IC) while at rest, forced expiratory volume in one second while at rest (FEV₁), and the self-perceived quality of life among a group of patients with COPD. Compare

Correspondencia: Antonio J. Madueño Caro
C.S. La Laguna
Plaza Reina Sofía, s/n.
11010 Cádiz
E-mail: madu@comcadiz.com

Recibido el 08-10-2008; aceptado para publicación el 26-01-2009
Med fam Andal 2009; 3: 197-204

both correlations, IC and maximum expiratory volume in 1 second.

Design: Observational, analytical and correlation study.

Population and Sample: A group of 182 patients over age 40 is selected, all meeting the criteria established by the Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR) for having COPD. 93 are included in the final study.

Interventions: Data was gathered on anthropometric dimensions, sociodemographic characteristics, pulmonary function at rest (FEV_1 , FVC, VC, IC) and on self-perceived quality of life using a Spanish version of the Saint George's respiratory questionnaire (SGRQ).

Results: Pulmonary function data (means of the theoretical %): FEV_1 : 49.04 (SD: 16.23), IC: 61.73 (SD: 15.42). The average total score for the SGRQ was 47.5 (SD 17.98). Spearman's rank correlation between FEV_1 and SGRQ was $r=-0.36$ (IC 95% -0.529 a -0.166). The correlation between IC and SGRQ was $r=-0.329$ (IC 95% -0.502 to -0.131). Correlación $FEV_1 - IC=0.561$.

Conclusions: Measurements of inspiratory capacity at rest show a correlation similar to FEV_1 with the quality of life in patients with COPD.

Key words: Primary Care. COPD. Inspiratory capacity.

INTRODUCCIÓN

La principal característica del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un incremento de la resistencia al flujo aéreo y/o una pérdida del componente elástico pulmonar, que reduce los flujos máximos a todos los volúmenes pulmonares, especialmente en la maniobra espiratoria^{1,2}. El proceso fisiopatológico es el aumento de la resistencia al flujo aéreo intraluminal, pérdida de retracción elástica pulmonar e hiperinsuflación pulmonar. Este último factor produce aplanamiento de los diafragmas y ensanchamiento de la caja torácica, situando los músculos respiratorios en una posición de desventaja mecánica en su relación longitud-tensión y, reduciendo su fuerza de contracción, aumentando el trabajo y coste metabólico de la respiración, y por tanto la disnea ante el esfuerzo³.

La valoración de la severidad de la obstrucción, lo es en función del valor del FEV_1 ⁴. El principal problema de la espirometría en la valoración del paciente con EPOC es que, cuando presenta valores por encima del 50 al 60 % del teórico, existe pobre correlación entre la situación clínica y el grado de obstrucción bronquial. Por otro lado, cuando el paciente presenta una obstrucción grave o muy grave (FEV_1 menor del 40% del teórico), el FEV_1 por sí sólo tiene un escaso valor predictivo³. La experiencia clínica demuestra que para grados similares de FEV_1 es posible observar pacientes con distintos valores gasométricos, distintos patrones clínicos, diferentes grados de disnea y diferencias muy acusadas en su calidad de vida. En estos pacientes, otros parámetros como la capacidad inspiratoria quizá pueda detectar mejor respuesta a medidas terapéuticas al ser menos dependiente de la obstrucción y de la compresión mecánica que se produce con una maniobra espiratoria forzada.⁵ El objetivo del presente estudio es conocer las características de la población a estudio y determinar la correlación de la capacidad inspiratoria y del volumen espirado en el primer segundo (FEV_1), en reposo, con la calidad de vida del paciente, utilizando mediciones de percepción subjetiva.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realiza estudio observacional, de tipo transversal. Los sujetos de estudio son personas diagnos-

ticadas de EPOC. El muestreo se realiza sobre pacientes con diagnóstico compatible con EPOC, seleccionándose un listado inicial tras una búsqueda con las palabras clave (EPOC, bronquitis crónica u obstrucción crónica al flujo aéreo –OCFA-), incluidos en la aplicación informática TASS, y de entre aquéllos incluidos en el proceso asistencial integrado “EPOC” de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En la primera visita se realizan pruebas de función pulmonar basal y con broncodilatación para confirmar el diagnóstico según recomendaciones de la *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD*⁴ –GOLD-.

Se consideran criterios de exclusión ser menor de 40 años; imposibilidad para realizar las mediciones (derivadas de la contraindicación formal para la realización de pruebas de función pulmonar^{2,6}), historia clínica compatible con asma bronquial o coexistencia de patologías crónicas que comprometan la función pulmonar (neoplasias u otros procesos obstructivos en vías respiratorias y orofaringe, traqueotomizados, neumopatías restrictivas, patología cardíaca por insuficiencia), así como haber sufrido una reagudización^{1,4,7}, en los treinta días previos que hayan requerido asistencia sanitaria.

El ámbito de estudio es el de atención primaria de salud, en condiciones de práctica clínica habitual, en los centros sanitarios: La Laguna (Cádiz); El Carmen (El Puerto de Santa María, Cádiz), Rodríguez Arias (San Fernando, Cádiz); Lucena (Córdoba); Dos Hermanas (Sevilla); Bollullos del Condado (Huelva); El Molino (Huelva); Fuente Blanca (Málaga). El periodo de recogida de datos es de seis meses. Se realiza muestreo aleatorio simple, sobre población a estudio. Estimando un resultado del coeficiente de correlación de Pearson = 0,29 para variables cuantitativas (que coincide con el determinado en estudios similares en el ámbito de la atención primaria para el FEV1⁸), y para un valor alfa de 0,05 y potencia de 0,80 para una hipótesis bilateral el tamaño muestral ascendió a 91 sujetos. Cálculo a partir del programa EPIDAT 3.0 (Consejería de Salud de la Xunta de Galicia).

Se recogen datos antropométricos sociodemográficos (edad, sexo), hábito tabáquico, percepción de calidad de vida, grado de severidad, tratamiento por grupo terapéutico en los últimos tres meses

(anticolinérgicos de corta duración y de larga duración, beta-adrenérgicos de corta y larga duración; corticoides inhalados; metilxantinas y corticoides orales), oxígeno-terapia, adecuación de su tratamiento farmacológico a su grado de severidad^{1,2} y frecuencia de reagudizaciones clínicas que precisaron asistencia sanitaria. Se obtienen datos sobre variables de función pulmonar: FEV1, capacidad inspiratoria (medida de forma indirecta partiendo de los valores de capacidad vital –VC- y de volumen de reserva espiratoria –ERV-. Así CI= VC – ERV). Los valores de referencia utilizados para las variables espiratorias fueron los derivados de estudios sobre población española^{9,10}.

Los sujetos a estudio realizan las pruebas de función pulmonar con el tratamiento farmacológico habitual. Se utiliza espirómetro neumotacómetro modelo *Datospir* 120 D, tipo Lilly, con módulo de estación meteorológica y base de datos interna, Kit de mango y transductores. Para las variables de estado subjetivo se utiliza el cuestionario sobre calidad de vida del paciente con EPOC de *Saint George*, (SGRQ) versión española¹¹⁻¹³. El cuestionario consta de un total de 50 ítems (76 niveles) repartidos en tres dimensiones: Síntomas, Actividad e Impacto. Los ítems de la dimensión de Síntomas se refieren a la frecuencia y gravedad de los síntomas respiratorios. La dimensión de Actividad contiene ítems que se refieren a la limitación de la actividad debida a la disnea. La dimensión Impacto contiene ítems referidos a las alteraciones psicológicas y de funcionamiento social producidos por la EPOC.

Los pacientes citados, tras ser informados de las características del estudio, confidencialidad de los datos, y recibido consentimiento, fueron citados en su Centro de Salud, a efectos de confirmar mediante maniobras de espirometría forzada (mejor de tres) la existencia de obstrucción crónica al flujo aéreo. Posteriormente, se citan a visita inicial pidiéndole que no interrumpen su tratamiento farmacológico habitual. En la visita inicial, se recogen datos para variables referidas. Se evalúa la técnica inhalatoria, se les entrega el cuestionario SGRQ para auto cumplimentación y se registran datos de espirometría forzada en tres maniobras correctas siguiendo los estándares de pruebas de función pulmonar. Posteriormente, se instruye al sujeto en la realización de la

técnica espirométrica y se registran datos de tres determinaciones correctas. Los datos son recogidos en base de datos Microsoft® Access 2003 (Copyright © Microsoft Corporation, 1989-2002) y procesados para análisis estadístico con SPSS versión 12.0 SPSS Inc., 2003.

Se realiza estadística descriptiva, con tablas de frecuencias para variables categóricas, y media, desviación estándar y mediana para variables continuas. Para el cálculo del coeficiente de correlación lineal entre variables cuantitativas se utiliza el estadístico Rho de Spearman, para pruebas no paramétricas. Se calculan intervalos de confianza para el coeficiente de correlación utilizando la transformación de Fisher. El nivel de significación se fija en el 95%.

RESULTADOS

De la población con registro de EPOC en la historia clínica informatizada, se seleccionan aleatoriamente sujetos, con tasa de respuesta (y causas de no respuesta), porcentajes de exclusión y admitidos a estudio representados en el esquema general del estudio (figura 1). De los sujetos finalmente estudiados ($n=93$), 96,8% fueron varones, edad media de 68,4 años (DE 7,8). Fuman en la actualidad el 35,5%. En relación al grado de severidad de EPOC, según GOLD, se distribuyen en estadios: leve 5,4%, moderado 39,8%, severo 39,8% y muy severo 15,1%. El porcentaje de sujetos a estudio cuyo tratamiento farmacológico es adecuado (según normativa GOLD) a su grado de severidad es del 59,1%, distribuyéndose el porcentaje de optimización en función del grado de severidad (80% en los epoc leves; 54,1% en los epoc moderados; 59,5% en los severos y 64,3% en los epoc muy severos).

El análisis bivariante de los resultados de función pulmonar y percepción subjetiva de calidad de vida (Cuestionario St. George), en función del sexo, severidad y grado de optimización terapéutica de los sujetos a estudio se reflejan en la tabla 1. El cuestionario SGRQ obtuvo una media de 47,5 (DE 17,98) para la puntuación total. El coeficiente de correlación entre FEV1 y SGRQ es -0,36 (IC95% -0,16 a -0,53), y entre CI y SGRQ es -0,33 (IC95% -0,13 a -0,50). Los coeficientes de correlación lineal de CI y FEV1 con

los valores del cuestionario St. George y los distintos grados de severidad se pueden observar en la tabla 2. Los gráficos de dispersión y valores de correlación lineal entre FEV1 y CI con la puntuación total del SGRQ se representan en figura 2. La correlación estadística que se obtiene en la muestra estudiada entre el parámetro FEV1 y CI es $r=0,516$. Preguntados sobre la comodidad o necesidad de esfuerzo en la realización de las pruebas funcionales espirométricas e inspirométricas, el 66,7% de los pacientes cree más cómoda en su realización la inspirometría frente a la espirometría forzada.

DISCUSIÓN

Los resultados evidencian una inadecuada calidad en los registros de las historias clínicas de atención primaria (error en el diagnóstico hasta en el 30% de los sujetos citados). Debido a la variabilidad en el registro de diagnósticos en las historias clínicas, fue necesario inicialmente hacer una búsqueda con palabras clave que permitieran mayor sensibilidad en la localización de pacientes seleccionables. La aleatorización posterior a la búsqueda, y previa a la inclusión garantiza la no sobre- o infrarepresentación de ningún grado de severidad de epoc sobre el resto. En la visita inicial, el equipo investigador confirmó que los pacientes reunieran los criterios diagnósticos para epoc. Fueron excluidos aquellos pacientes con reagudizaciones recientes, a fin de no afectar los resultados. En cuanto a las características de la población estudiada, corresponden a sujetos mayoritariamente de sexo varón, con porcentajes susceptibles de mejora tanto en cuanto al hábito tabáquico como en cuanto al grado de optimización terapéutica en función del grado de severidad. En reposo, los pacientes con EPOC tienen hiperinsuflación pulmonar en grado variable, pudiendo la reducción de la CI no tener consecuencia para el intercambio gaseoso ni inducir disnea. Con el esfuerzo el volumen corriente (VT) no puede aumentar de forma adecuada al encontrarse con una limitación por reducción de la CI. Esto provoca una espiración incompleta, con aumento del volumen pulmonar al final de la espiración (atrapamiento aéreo), se produce de esta forma la llamada hiperinsuflación dinámica (HD)¹⁴, que puede explicar la limitación en la tolerancia al ejercicio y la disnea durante activida-

des de la vida diaria¹⁵ y, sin embargo, no evidenciarse en el mismo grado en situación de reposo. La administración de broncodilatadores puede mejorar en algunos casos este atrapamiento y aumentar la capacidad inspiratoria sin necesidad de mejoría del FEV1, pero mejorando la sensación de disnea y la tolerancia al ejercicio.^{16,17} La monitorización del paciente con EPOC, en atención primaria de salud, se basa en la realización de espirometría forzada. La determinación de la capacidad inspiratoria es prácticamente nula en el ámbito de la atención primaria, no encontrándose referencias a estudios realizados en este ámbito. Los resultados del presente estudio, revelan la distribución estadística normal de los valores para la capacidad inspiratoria y una dispersión de los mismos que permite establecer correlación estadística con medidas subjetivas de percepción de calidad de vida. De otro lado, se observa equivalencia entre las correlaciones del FEV1 y de la CI con la calidad de vida medida a través del SGRQ, hechas estas determinaciones en reposo. Parece coherente considerar la utilidad de un parámetro como la CI, con equivalencia al FEV1 en su correlación con la percepción de calidad de vida, y con superior correlación al FEV1 midiendo escalas de disnea tras pruebas de esfuerzo¹⁴. No existe sin embargo evidencia suficiente sobre la fiabilidad, reproducibilidad o variabilidad intraindividual de la determinación inspirométrica, como tampoco están establecidos puntos de corte o centiles (como sí existen para el FEV1) que permitan categorizar la severidad del proceso pulmonar obstructivo, su evolución en el tiempo o, en este caso, clasificar la severidad del atrapamiento aéreo o grado de hiperinsuflación en función de la CI.

Se precisan estudios que corroboren la utilidad de la determinación de la CI en atención primaria de salud como parámetro complementario a la espirometría forzada en la monitorización del paciente con EPOC, sobre todo en casos de dificultad o imposibilidad de realización de ésta última.

AGRADECIMIENTOS

A los miembros del grupo de trabajo en patología respiratoria de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

A los departamentos médicos de Pfizer SA y Boehringer-Inhelgeim por la dotación de recursos necesarios para la realización del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-. Celli B, MacNee W, and committee members. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD. *Eur Respir J*. 2004; 23: 932-946.
- 2-. Barberá JA, Peces Barba G, Agustí. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2001; 37:297-316.
- 3-. Kilian K, Jones N. Respiratory muscles and disnea. *Clin Chest Med*. 1988; 9: 237-248.
- 4-. Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. Update 2006. Disponible en www.goldcopd.com
- 5-. Izquierdo Alonso J.L. Valoración funcional de la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2001; 37: 2-8.
- 6-. Grupo de trabajo de la SEPAR para la práctica de la espirometría en clínica. Recomendaciones SEPAR. Normativa para la práctica de la espirometría forzada. *Arch Bronconeumol*. 1989; 25: 132-141.
- 7-. Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CPW, Hershfield ES, Harding GKM, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med*. 1987; 106:196-204.
- 8-. Fernandez Vargas AM, Bujalance Zafra MJ, Leiva Fernandez F, Martos Crespo F, García Ruíz A, Prados Torres D. Correlación entre medidas de salud subjetivas y objetivas en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Aten Primaria*. 2001; 28: 579-589.
- 9-. Roca J, Sanchis J, Augusti-Vidal A, Segarra F, Navajas D, Rodríguez-Roison R, et al. Spirometric reference values from a Mediterranean population. *Bull. Eur. Physiopathol. Respir* 1986; 22: 217-224.

10-. Roca J, Burgos F, Barberá JA. Predictions equations for plethysmographic lung volumes. *Respir Med.* 1998; 92: 454-460.

11-. Ferrer J, Alonso L, Prieto V, Plaza E, Monso R, Marrades M, et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J.* 1996; 9:1160-1166.

12-. Ferrer J, Alonso J, Morera R, Marrades A, Khalaf MC, Aguar V, et al. Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. The Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group. *Ann Intern Med.* 1997; 127:1072-1079.

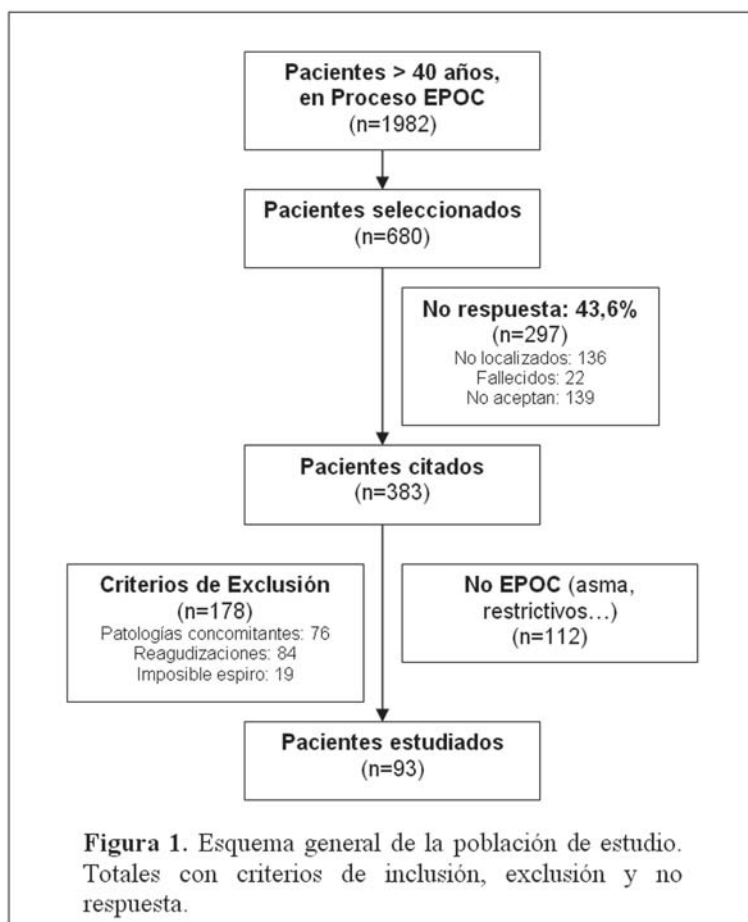
13- Badia X, Salamero M, Alonso J. La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español. Cuestionario Respiratorio St. George. Edimac edit. Barcelona: Press Line; 1999. p. 175-181.

14-. Marín Trigo JM. Manifestaciones clínicas: la disnea y su importancia en el paciente con EPOC. *Arch Bronconeumol.* 2001; 37: 8-13.

15-. Marín Trigo JM, Santiago J, Carrizo Gascón M, Sánchez A, Gallego B, Celli B. Inspiratory Capacity, Dynamic Hyperinflation, Breathlessness, and Exercise Performance during the 6-Minute-Walk test in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001; 163: 1395-1399.

16-. Belman MG, Botnick WC, Shin JW. Inhaled bronchodilators reduce dynamic hyperinflation during exercise in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 1996; 153: 967-975.

17-. Celli B, ZuWallack R, Wang S, Kesten s. Improvement in Resting Inspiratory Capacity and Hyperinflation with Tiotropium in COPD Patients with Increased Static Lung Volumes. *Chest* 2003; 124: 1743-1748.



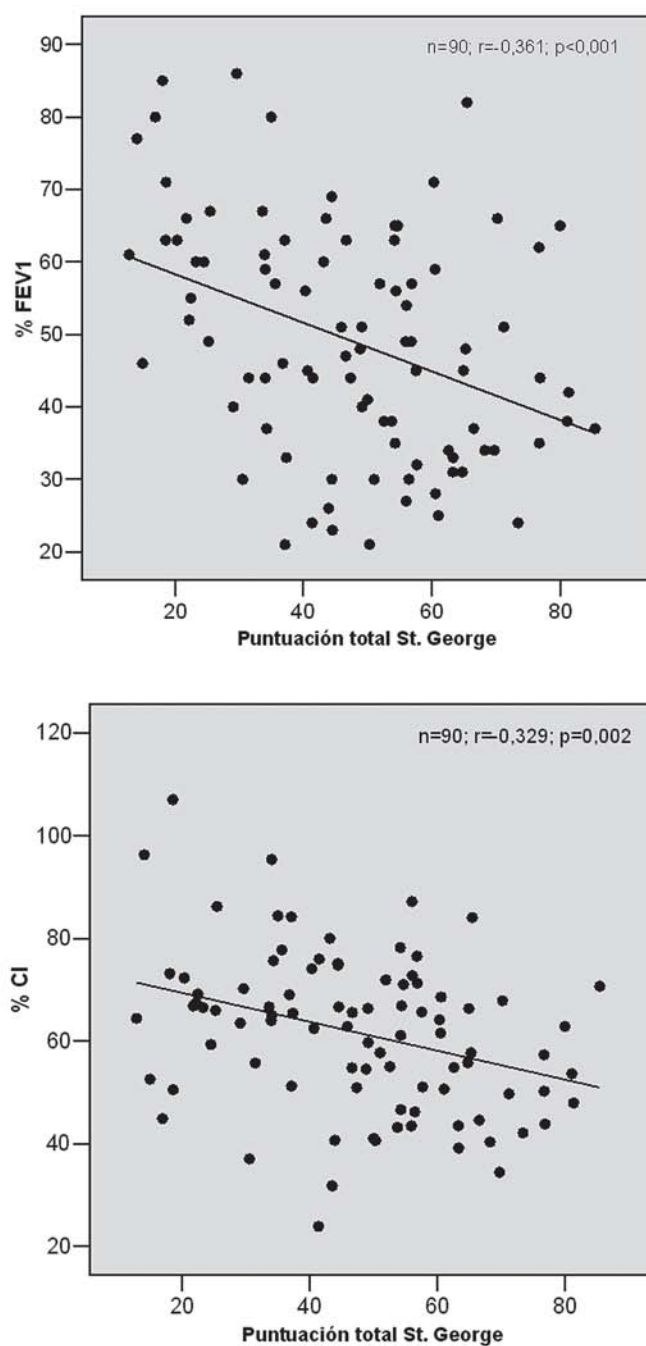


Figura 2. Gráficos de dispersión, y valores de correlación lineal, para la relación entre FEV1 y CI con la puntuación del St. George.

Abreviaturas: CI = Capacidad inspiratoria, FEV1 = Volumen espiratorio máximo en el primer segundo

Tabla 1

Análisis bivalente de los resultados de función pulmonar y percepción subjetiva de calidad de vida (Cuestionario St. George), en función de las características de los sujetos de estudio.

Variables	Función Pulmonar [% medio (DE)]					Cuestionario St. George [media (DE)]			
	CI	FEV1	CVF	FEV1/CVF	FEF 25-50%	Puntuación Total	Dimensión Impacto	Dimensión Síntomas	Dimensión Actividad
Sexo	<i>p</i> =0,89	<i>p</i> =0,16	<i>p</i> =0,49	<i>p</i> =0,15	<i>p</i> =0,15	<i>p</i> =0,59	<i>p</i> =0,75	<i>p</i> =0,25	<i>p</i> =0,89
<i>Hombre</i>	62,9 (4,6)	62,0 (12,3)	69,3 (10,0)	86,7 (9,9)	40,3 (10,7)	47,3 (18,1)	46,2 (18,2)	39,9 (22,5)	55,6 (25,7)
<i>Mujer</i>	61,7 (15,7)	48,6 (16,2)	63,5 (14,6)	71,3 (18,0)	28,5 (14,0)	53,1 (17,0)	49,5 (19,8)	55,3 (28,4)	57,6 (11,8)
Severidad	<i>p</i> <0,001*	<i>p</i> <0,001*	<i>p</i> <0,001*	<i>p</i> <0,001*	<i>p</i> <0,001*	<i>p</i> <0,01*	<i>p</i> =0,12	<i>p</i> =0,11	<0,001*
<i>Leve</i>	71,4 (16,1)	82,6 (2,8)	90,0 (8,1)	87,4 (12,5)	58,8 (5,0)	33,0 (19,7)	32,9 (23,5)	28,8 (14,5)	35,8 (24,8)
<i>Moderado</i>	70,2 (13,7)	61,7 (6,3)	72,4 (9,1)	80,3 (15,2)	38,5 (8,8)	42,0 (18,3)	43,3 (19,3)	36,4 (21,7)	45,3 (27,2)
<i>Severo</i>	55,1 (11,4)	40,5 (5,7)	57,6 (9,8)	68,0 (16,2)	21,0 (6,7)	54,1 (17,0)	50,7 (17,3)	47,1 (24,6)	65,3 (19,5)
<i>Muy severo</i>	53,5 (16,9)	26,4 (3,4)	47,3 (9,1)	54,7 (14,9)	14,2 (5,9)	50,1 (11,5)	47,6 (12,4)	37,3 (19,0)	65,5 (20,1)
Optimización	<i>p</i> =0,81	<i>p</i> =0,82	<i>p</i> =0,85	<i>p</i> =0,85	<i>p</i> =0,57	<i>p</i> =0,98	<i>p</i> =0,76	<i>p</i> =0,25	<i>p</i> =0,29
<i>Sí</i>	61,4 (16,7)	48,7 (16,8)	63,4 (16,1)	72,1 (18,9)	28,2 (14,7)	47,5 (19,4)	45,8 (19,3)	38,2 (24,5)	58,0 (27,9)
<i>No</i>	62,2 (13,6)	49,5 (15,5)	64,0 (13,6)	71,4 (16,7)	29,9 (13,2)	47,6 (15,7)	47,0 (16,6)	43,8 (19,4)	52,3 (20,9)

* Indica significación estadística

Valores: % medio = media de porcentajes teóricos, media = puntuación media, DE = Desviación estándar

Abreviaturas: CI = Capacidad inspiratoria, FEV1 = Volumen espiratorio máximo en el primer segundo, CVF = Capacidad vital forzada, FEV1/CVF = Cociente entre FEV1 y CVF, FEF 25-50% = Mesoflujo espiratorio forzado 25-50%

Tabla 2

Determinación de los coeficientes de correlación lineal de CI y FEV1 con los valores del cuestionario St. George y los distintos grados de severidad.

Variables	FEV1		CI	
	Rho Spearman (IC95%)	<i>p</i>	Rho Spearman (IC95%)	<i>p</i>
Cuestionario St. George				
<i>Puntuación Total (n=90)</i>	-0,36 (-0,53 a -0,17)	<0,001*	-0,33 (-0,50 a -0,13)	0,002*
<i>Dimensión Impacto (n=92)</i>	-0,28 (-0,46 a -0,08)	0,007*	-0,31 (-0,48 a -0,11)	0,003*
<i>Dimensión Síntomas (n=92)</i>	-0,15 (-0,34 a 0,06)	0,16	-0,15 (-0,35 a 0,05)	0,142
<i>Dimensión Actividad (n=92)</i>	-0,42 (-0,57 a -0,23)	<0,001*	-0,32 (-0,49 a -0,12)	0,002*
Severidad				
<i>Leve (n=5)</i>	0,05 (-0,87 a -0,89)	0,94	0,80 (-0,28 a 0,99)	0,10
<i>Moderado (n=37)</i>	-0,16 (-0,46 a 0,17)	0,34	-0,30 (-0,567 a 0,03)	0,08
<i>Severo (n=37)</i>	0,38 (-0,38 a -0,06)	0,022*	-0,40 (-0,642 a -0,09)	0,015*
<i>Muy severo (n=14)</i>	0,07 (-0,47 a 0,58)	0,81	0,33 (-0,243 a 0,73)	0,27

*Indica significación estadística

Valores: IC95% = Intervalo de confianza al 95%

Abreviaturas: CI = Capacidad inspiratoria, FEV1 = Volumen espiratorio máximo en el primer segundo

ORIGINAL

Hábitos de prescripción de ejercicio físico en un distrito de atención primaria urbano

Arjona Díaz M^aD¹, Gutiérrez Arjona I², Iglesias Bonilla P³, Jaenes Sánchez JC⁴

¹ Diplomada en Enfermería. Master en Ejercicio Físico y Salud. Centro de Salud Polígono Norte. Sevilla

² Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ Médico de Familia. Unidad de Formación, Docencia e Investigación. Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla

⁴ Doctor en Psicología. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla

RESUMEN

Título: hábitos de prescripción de ejercicio físico en un distrito de atención primaria urbano.

Objetivo principal: Describir los hábitos de prescripción de ejercicio de los profesionales sanitarios del Distrito de Atención Primaria Sevilla, midiendo la relación entre práctica personal de ejercicio y prescripción del mismo.

Diseño: Estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento: Distrito Atención Primaria urbano.

Población y muestra: La población total de profesionales que cumplían los criterios de inclusión: 722 Médicos/as y Enfermeras/os.

Intervenciones: Cuestionario sobre características del ejercicio que se prescribe, destinatarios, hábitos de ejercicio de los profesionales, obstáculos expresados para prescribirlo/ realizarlo, percepción de conocimientos sobre prescripción.

Resultados: 439 respuestas (60.80%). El 55.4% de los profesionales declara realizar ejercicio aeróbico regularmente, sin diferencias por sexos ni especialidad, siendo el principal obstáculo declarado para realizarlo la falta de tiempo. Los profesionales que declaran realizar ejercicio regular, declaran prescribirlo a un mínimo de pacientes con mayor frecuencia que los que declaran no practicarlo ($p < 0.05$). Declara practicar ejercicio de fuerza resistencia el 14.8% y recomendarlo el 33%.

Principales obstáculos declarados para prescribirlo: falta de tiempo (64.5%) y experiencia insuficiente (27.7%). Los profesionales que refirieron no tener conocimientos sobre el tema, declaran prescribir mucho menos ejercicio a sus pacientes que aquellos que dijeron tenerlos en algún grado ($p < 0.05$).

Conclusiones: La práctica declarada de ejercicio y la formación percibida de los profesionales son factores fuertemente asociados a la prescripción de ejercicio a los pacientes.

La práctica de ejercicio declarada de los profesionales es más alta que la de la población general.

Palabras clave: Ejercicio como terapia, Prescripción, Conocimientos actitudes y prácticas en salud, Counseling de ejercicio. "Exercise Therapy", "Prescription", "Health, Knowledge Attitudes, Practice", "Excercise", "Counselling".

Correspondencia: M^a. Dolores Arjona Díaz

C. S. Polígono Norte

C/. Sancho Dávila, s/n.

41008 Sevilla

E-mail: mariad.arjona.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 17-02-2009; aceptado para publicación el 14-09-2009

Med fam Andal 2009; 3: 205-215

SUMMARY

Title: Habits on the Prescription of Physical Exercise in an Urban Primary Care District.

Goal: Describe habits related to the prescription of physical exercise by health professionals in a primary care district in Seville by measuring the relationship between personal exercise habits and exercise prescription.

Design: Cross-sectional descriptive study.

Setting: An urban primary care district.

Population and sample: The total population of professionals meeting inclusion criteria: 722 doctors and nurses.

Interventions: A questionnaire was applied regarding the characteristics of exercises being prescribed, for whom, the professionals' own exercise habits, obstacles cited in relation to the prescription or realization of that exercise, and perceived knowledge regarding prescription.

Results: 439 responses (60.80%). 55.4% of the professionals say they do regular aerobic exercise; there were no differences by sex or medical specialty. They cite lack of time as the main obstacle to exercising. Professionals who exercise regularly say they prescribe it to a minimum of patients more frequently than those who don't exercise regularly ($p<0.05$). 14.8% claim to do resistance-based exercise; 33% recommend it. The main obstacles cited for prescribing exercise are lack of time (64.5%) and insufficient experience (27.7%). Professionals who claim to lack knowledge on the subject say they prescribe less exercise for their patients than do professionals who claim to have some knowledge on the subject ($p<0.05$).

Conclusions: There were two factors strongly associated with the prescription of exercise to patients: professionals who said they were regular exercisers and professionals' perceptions regarding their knowledge about exercise.

Key words: Exercise therapy; prescription; health, knowledge, attitudes, practice; exercise; counseling.

INTRODUCCIÓN

Las recomendaciones actuales tanto para la prevención como el tratamiento de muchas de las principales enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus¹, Osteoporosis², o factores de riesgo cardiovasculares como el sedentarismo^{3,4} o la HTA^{5,6}, sitúan la promoción del ejercicio físico (EF) como una de las intervenciones no farmacológicas principales de los sanitarios de atención primaria (AP). Las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población española con una tasa de 292 por 100.000 habitantes en 2005⁷ y se estima que en conjunto el sedentarismo provoca 1.9 millones de muertes al año según las conclusiones de la OMS recogidas en su estrategia "Por tu salud, muévete"⁸.

La mayoría de los motivos de consulta en AP pueden ser aprovechados por los profesionales para promocionar la práctica del EF, ya que éstos son considerados por la población como una buena fuente de información sobre los beneficios de la actividad física⁹. En ancianos, que son una parte importante de la población atendida en AP, se han evidenciado los beneficios de ejercicios de resistencia progresiva en la prevención de caídas y fracturas al incrementar la masa muscular y la fuerza^{10,11}.

Son escasos los estudios encontrados que incluyan al personal de enfermería^{12,13}, uno de ellos en Cataluña¹⁴, y en mayor número los realizados sobre eficacia y coste-efectividad del consejo¹⁵⁻¹⁷, utilización de material de apoyo, actitudes de los profesionales, tipo de ejercicio prescrito¹⁸, obstáculos^{14,18}, relación entre práctica de ejercicio y su prescripción^{12-14,18} y la formación recibida¹⁶, todos excepto el de Puig¹⁴ ya mencionado, fuera de España.

Respecto al conjunto de Europa, la población española presenta una peor actitud para el cambio en cuanto a la actividad física y es menos perseverante en los cambios positivos¹⁹.

El propósito de este estudio es conocer los hábitos de prescripción de ejercicio de los profesionales sanitarios del Distrito de Atención Primaria (AP) Sevilla, las barreras que encuentran para ello, y medir la relación entre práctica personal de ejercicio, la formación percibida en este área y la prescripción del mismo.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño: estudio transversal descriptivo.

Sujetos de estudio

Criterios de inclusión: Profesionales de medicina de familia y enfermería de los 32 centros de salud del Distrito de AP Sevilla con un cupo asignado y una continuidad en el puesto actual de al menos 6 meses. Se incluyó al total de la población que cumplía estos criterios, un total de 722 profesionales.

Criterios de exclusión: Profesionales de los equipos del Dispositivo de cuidados críticos y urgencias de Atención Primaria, Enfermeras Comunitarias de Enlace y negativa a participar en el estudio.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario sobre hábitos de ejercicio de los profesionales, hábitos de prescripción y conocimientos sobre prescripción individualizada que fue entregado a todos los sujetos para su autocumplimentación. El cuestionario, adaptado del utilizado en un estudio similar¹⁸, fue sometido a un proceso de adaptación transcultural mediante una serie de traducciones-retrotraducciones y posteriormente pilotado en un grupo de sujetos para la elaboración de la versión final.

Se recogieron las variables descriptoras de la Tabla 1, además de las demográficas como edad y sexo y por otro lado categoría profesional y tiempo de práctica en atención primaria.

En el análisis estadístico, para las variables cuantitativas, la descripción de datos se realizó mediante medidas de tendencia central y dispersión con su correspondiente Intervalo de Confianza y para las categóricas se utilizaron proporciones. La comparación se hizo con el test de la Ji al cuadrado considerándose estadísticamente significativo un valor de p inferior a 0.05 y se elaboró asimismo un modelo de regresión logística multinomial en el estudio de la prescripción de EF y su relación con las variables estudiadas. Para el proceso y análisis de datos se empleó el software SPSS 14.0 para Windows.

RESULTADOS

Respondieron 439 profesionales (60.8%), 226 (51.48%) Médicos de Familia y 210 (47.83%) Enfermeras, los 3 restantes no indicaron su categoría; 158 (35.99%) fueron hombres y 244 (55.58%) mujeres, no indicando los 37 restantes su sexo, con una edad media $\pm$ DE en los hombres de 49.3 $\pm$ 6.40 años y de 47.6 $\pm$ 6 años en las mujeres.

Un 55.35% (243 sujetos) declararon hacer Ejercicio Aeróbico (EA) En aquellos Centros de Salud en los que la respuesta fue mayor del 73%, hubo 79(63.7%) profesionales del total de 124 que declararon realizar EA. Por otro lado, 65 profesionales (14.8%) declara hacer también Entrenamiento de Fuerza Resistencia (EFR). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad ni categoría profesional en ninguno de los dos tipos de ejercicio. Todos los sujetos que refieren hacer EFR, declaran también realizar EA.

Los hábitos personales de ejercicio de los profesionales por sexo y categoría profesional en cuanto a tipo de ejercicio que practican están descritos en la Tabla 2.

El 93.84% (412) de los profesionales, declararon haber recomendado en una visita rutinaria EA a sus pacientes en los porcentajes que figuran en la Figura 1. En el caso de aquellos que declaran prescribir a más del 80% de sus pacientes (16 médicos y 93 enfermeras) se observó una influencia de la categoría profesional estadísticamente significativa ($p > 0.05$). El EFR es aconsejado a sus pacientes por 146 (33%) profesionales, la mayoría de los cuales 106 (72%) se lo recomienda a menos del 20% de sus pacientes.

Mediante regresión logística se estudió la relación entre realización de EA y el porcentaje de pacientes a los que se prescribe (Figura 2). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$; OR 5) en la prescripción de EA al menos a un 20% de los pacientes siendo claramente superior entre aquellos profesionales que realizan ejercicio aeróbico y los que no. No se halló significación estadística para variables como la edad, sexo o años de práctica. Las características de la prescripción quedan reflejadas en la Tabla 3.

Los principales motivos por los que los profesionales aconsejan a sus pacientes que realicen ejercicio, son los reflejados en la Figura 3, la respuesta podía ser múltiple y sin categorizar.

Los obstáculos que los profesionales declaran encontrar para la prescripción, se reflejan en la Figura 4. De los profesionales que declaran recomendar EFR, 27 (18.4%) consideran la edad del paciente especificándolo en el ítem otros obstáculos, como una barrera para recomendar este tipo de ejercicio.

El consejo se hace de forma verbal mayoritariamente (ver tabla 3) utilizando algunos profesionales además folletos o demostraciones.

El 68.3% (300) de los profesionales considera que sólo entre el 1% y el 40% de los pacientes sigue sus recomendaciones. En el análisis del tiempo dedicado al consejo no se encontró asociación entre el tiempo dedicado a éste y una percepción declarada del profesional de mayor respuesta de sus pacientes a su recomendación.

Los conocimientos teóricos que los profesionales declaran poseer sobre prescripción de EF son como se ve en la Figura 5 similares en ambas categorías profesionales no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ellas y estando en su mayoría 346 (78.8%) catalogados entre pocos y algunos conocimientos.

Existe una fuerte asociación entre la declaración de no tener conocimientos en ejercicio físico y la no recomendación de EA a ninguno de sus pacientes ($p < 0.05$, OR 26).

DISCUSIÓN

El 55.35% de los profesionales, 243, con una edad media de 48 años, declara realizar EA regularmente, de los que un 67.8% (167 sujetos) refiere hacerlo 3 días o más en la semana. Dado que el estudio se llevo a cabo entre toda la población que cumplía criterios de inclusión y que hubo grandes diferencias en el porcentaje de respuestas entre los centros, se analizó por separado el hábito de ejercicio de los 124 profesionales pertenecientes a los centros en los que la tasa de respuesta fue superior al 73%, comprobándose que

79(63.7%) profesionales del total de 124 declararon realizar EA lo que indica un buen nivel de práctica de EA entre los profesionales con respecto a la población general de Andalucía⁹ en población de la misma edad, según la cual, el 35% refiere hacer EF de forma solo ocasional, el 3.8% varias veces al mes y el 2.4% varias veces en semana, aunque es difícil conocer las cifras de inactividad física, y se tiende a la sobreestimación. La realización de EFR es mucho menos frecuente.

En cuanto a prescripción de EF a los pacientes, los resultados al igual que en otros estudios¹⁴, indican que la mayoría de los profesionales, en nuestro caso un 93.84% (412), declara prescribir aunque sea a un porcentaje bajo de sus pacientes EA. De estos, hay un 32.5%, (134) que refiere prescribirlo a menos del 40% de sus pacientes.

En el caso de los profesionales que lo indican a más del 81% de sus pacientes, 109 profesionales, resultan ser enfermeras en un 85.3% (93) coincidiendo igualmente con el estudio desarrollado en Cataluña¹⁴. Este hecho puede deberse en gran parte a que la población a la que hace referencia enfermería es atendida mayoritariamente de forma programada, teniendo la educación para la salud como parte integral del contenido de las consultas mientras que los MF atienden a la mayoría de su población en consulta a demanda con la limitación de tiempo que este hecho conlleva.

Como se ha comprobado en otros estudios^{18,12-14} se ha visto clara la relación entre una declaración de mayor prescripción de EF por parte de aquellos profesionales que declaran practicarlo. Este hecho, es ya de por sí lo suficientemente relevante como para que la promoción del EF entre los profesionales sea tenida en cuenta por parte de los gestores ya que se puede considerar un buen predictor de una mayor prescripción, mayor incluso en nuestro caso que en otros estudios¹³, en los que se considera que el realizar EF por parte de los médicos de familia triplica la probabilidad de prescripción y en el caso de enfermería, la cuadruplica.

La frecuencia y duración del ejercicio que se prescribe, coincide en general con las recomendaciones de los protocolos o guías cuando se trata de mantenimiento general de la salud o prevención

de cualquier trastorno relacionado con la inactividad aunque en el caso de determinadas patologías, estas recomendaciones lógicamente deben ser más personalizadas³.

La prescripción de EFR es escasa a pesar de figurar en las recomendaciones de algunas patologías como la fibromialgia²⁰ o la osteoporosis² de forma más concreta y en el resto de procesos como obesidad, ancianos¹⁰, artrosis, diabéticos, hipertensos o dislipemias como recomendación más general.

En cuanto a los motivos por lo que se recomienda este tipo de ejercicio, sí parece que los prescriptores se ajustan a las principales indicaciones, así tras el mantenimiento de la salud en general, el siguiente motivo más frecuente es la prevención de lesiones y la prevención y/o tratamiento de la osteoporosis. Se encontró de todas formas que 59 (13.4%) profesionales declaran como un obstáculo para recomendar EFR, no creer que este tipo de ejercicio ofrezca beneficios.

La falta de conocimientos que un 43.7% (192) de los encuestados refiere como obstáculo más declarado para recomendar EFR y un 20.5% (90), como segundo en el caso del EA, nos indica igualmente la necesidad de formación de los profesionales en este tema, si bien en todo momento lo que se ha medido es percepción de conocimientos y no conocimientos objetivos. Futuros estudios deberán medir la eficacia de intervenciones en conocimientos objetivos del profesional y su relación con la cantidad y calidad de la prescripción del ejercicio.

A la hora de interpretar los resultados ha de tenerse presente el hecho de que las mayores tasas de respuesta pueden haberse dado entre los profesionales con mayor motivación por el EF aunque la gran diferencia en el número de respuestas por centro, en 7 de ellos respondió más del 73% de los profesionales y el hecho de que se estudiara al total de la población podría minimizar esta importante limitación.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales que respondiendo al cuestionario han hecho posible este estudio así

como al Departamento de Investigación del Distrito Sevilla por su apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2003-2007. 10^a ed. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003.
2. Bonaiuti D, Shea B, Iovine R, Negrini S, Robinson V, Kemper HC, et al. Ejercicios para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. URL: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Brotons C, coordinador. Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica 2004. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. URL:http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol78/vol78_4/RS784C_439.pdf
4. Villar-Álvarez F, Maiques-Galán A, Brotons-Cuixart C, Torcal-Laguna J, Banegas-Banegas JR, Lorenzo A, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares en atención primaria. Aten Primaria. 2005; 36:11-26.
5. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomised, controlled trials. Ann Intern Med. 2002; 136:493-503.
6. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of high Blood Pressure. The JNC Report. Jama 2003; 289: 2560-72.
7. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2005. URL: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
8. Organización Mundial de la Salud. Iniciativa mundial anual "Por tu Salud muévete" Documento de exposición de conceptos. 2003. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.

URL: http://www.who.int/moveforhealth/publications/en/mfh_concept_paper_spanish.pdf

9. Sánchez Cruz, JJ, coordinador: Encuesta Andaluza de Salud, 1999. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003.

10. Latham N, Anderson C, Bennett D, Stretton C. Entrenamiento de fuerza con resistencia progresiva para la discapacidad física en ancianos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. URL: <http://www.update-software.com/Clibplus/ClibPlus.as>

11. Borst SE. Interventions for sarcopenia and muscle weakness in older people: a systematic review. *Age Ageing* 2004; 33:548-555.

12. McKenna J, Naylor PJ, McDowell N. Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *Br J Sports Med*. 1998; 32:242-7.

13. McDowell N, McKenna J, Naylor PJ. Factors that influence practice nurses to promote physical activity. *Br J Sports Med*. 1997; 31:308-13.

14. Puig A, McKenna J, Riddoch C. Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan

primary health-care system. *Eur J Public Health*. 2005; 15:569-75.

15. Sorensen JB, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription in general practice: A systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2006; 24:69-74.

16. Lawlor DA, Hanratty B. The effect of physical advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *J Public Health Med*. 2001; 23: 219-26.

17. Manson JA, Greenland P, LaCroix AZ. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med*. 2002; 347: 716-25.

18.- Abramson S, Stein J, Schaefele M, Frates E, Rogan S. Personal exercise habits and counselling practices of primary care physicians: a national survey. *Clin J Sport Med*. 2000;10: 40-8.

19. Varo JJ, Martínez MA, Sánchez-Villegas A, Martínez JA Hernández, de Irala J, Gibney MJ. Actitudes y prácticas en actividad física: situación en España respecto al conjunto europeo. *Aten Primaria*. 2003; 31: 77-86.

20. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado de Fibromialgia. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2005. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/documentos.asp?idp=126>

Tabla 1. Principales variables del estudio

Variable	Definitoria	Medida
Variable principal: Porcentaje de pacientes a los que recomienda EF*	Pacientes a los que en una visita rutinaria recomienda la práctica de cualquier tipo de ejercicio con finalidad preventiva, curativa o rehabilitadora respecto del total de pacientes atendidos	• A ninguno • Hasta al 20% • Del 21% al 40% • Del 41% al 60% • Del 61% al 80% • Del 81% al 100%
Variables secundarias:		
Tipo de EF* practicado y prescrito	Modalidad de ejercicio en función de la vía metabólica que responde al gasto energético	• Ejercicio aeróbico: si/no • Entrenamiento de Fuerza Resistencia si/no
Frecuencia y duración del ejercicio practicado y prescrito	Frecuencia: Días a la semana que realiza y días recomendados Duración: Minutos por sesión de ejercicio que realiza y recomendados	• De 1 a 7 días • Hasta 15' • De 16' a 30' • De 31' a 45' • De 46' a 60' • Mas de 60'
Intensidad del ejercicio practicado y prescrito	Intensidad ligera: caminar a 1-3/km/h ciclismo <7 km/h nadar despacio Intensidad. moderada: caminar a 4-5 km/h., ciclismo 8-14 km/h. nadar moderadamente Intensidad alta/fuerte: correr hasta 14 km/h., ciclismo 15-19 km/h. tenis simple, nadar rápido Intensidad muy alta/vigorosa: correr a mas de 14 km/h ciclismo a > 21 km/h. natación vigorosa	• Ligera • Moderada • Fuerte • Vigorosa
Motivos por los que realiza o prescribe EF	Razón o finalidad por la que el profesional realiza EF o lo prescribe a sus pacientes. La respuesta podía ser múltiple.	Tratamiento/prevencción de: Enfermedad Cardiovascular Diabetes Mellitus Osteorosis Lesiones músculoesqueléticas. Mantenimiento de la salud. Prevención de cáncer Beneficio Psicológico. Control de peso. Relaciones sociales. Apariencia física. Otros.
Obstáculos para realizar EF	Que barreras encuentra el profesional para realizar EF. Puede ser respuesta múltiple y sin categorizar.	• Tiempo insuficiente • Falta de motivación • Incapacidad física • No cree que ofrezca ningún beneficio • Otros

Continúa en la página siguiente...

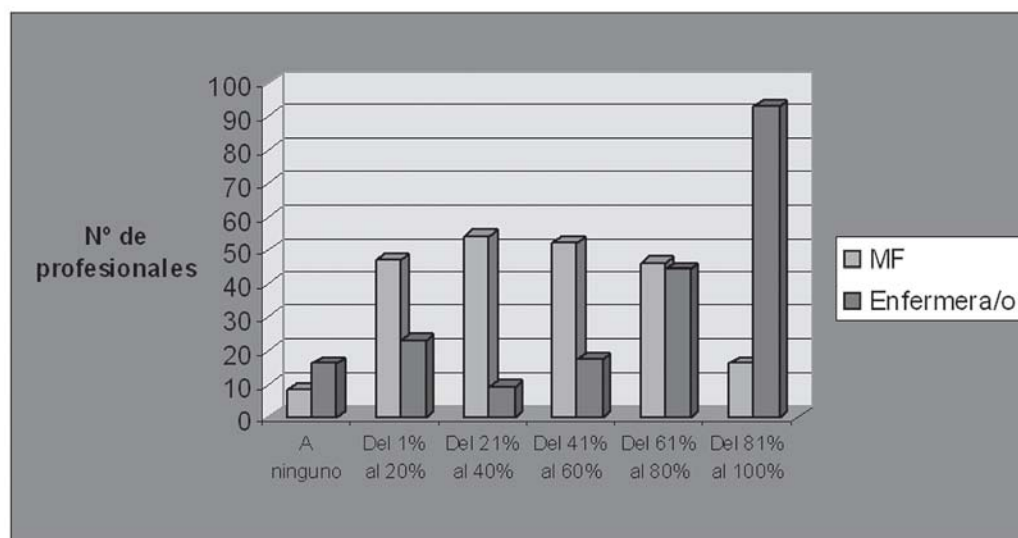
Obstáculos para prescribir EF	Que barreras encuentra el profesional para prescribir EF a sus pacientes. Puede ser respuesta múltiple y sin categorizar	• Tiempo insuficiente • No cree que ofrezca ningún beneficio • Conocimiento/ experiencia insuficientes • Otros
Tiempo usado en el consejo	Tiempo utilizado en la recomendación dentro de una visita	• Menos de 1' • 1' a 2' • 3' a 5' • 6' a 10' • Mas de 10'
Como recomienda EF	Que método utiliza para recomendar a los pacientes EF	• Verbalmente • Folletos • Demostración
Qué porcentaje cree que sigue sus recomendaciones	Personas que comentan o confía que siguen la mayor parte de los consejos, respecto del total de pacientes a los que recomienda	• Ninguno • Del 1% al 20% • Del 21% al 40% • Del 41% al 60% • Del 61% al 80% • Del 81% al 100%
Percepción de conocimientos y formación sobre prescripción	Sensación personal de dominio de la materia ejercicio físico y su prescripción	• Ninguno • Pocos • Algunos • Bastantes • Muchos

*EF: Ejercicio Físico.

Tabla 2. Ejercicio realizado por los profesionales.

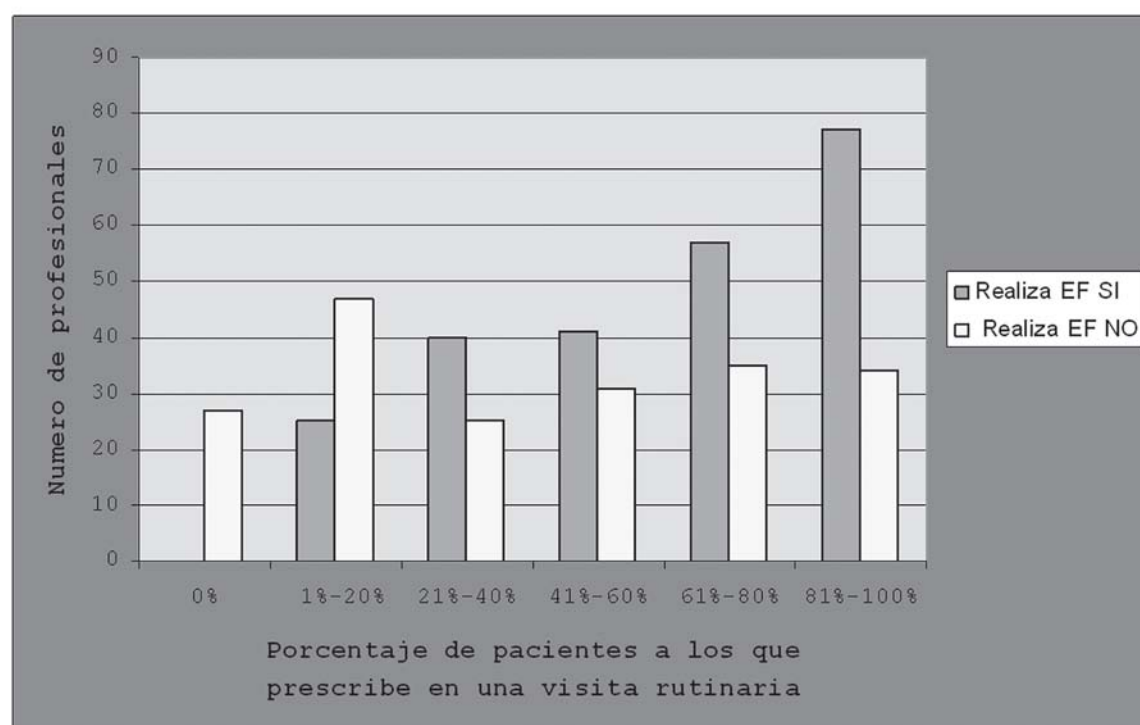
CARACTERÍSTICAS DEL EJERCICIO REALIZADO POR PROFESIONALES ENCUESTADOS			
Practica Ejercicio Aeróbico	(55.35%) 243	(36.21%)88 Hombres	(47.73%) 116 Enfermeras/os
		(58.02%) 141 Mujeres	(52.26%) 127 Médicos de Familia
		(5.76%)14 Sexo Desconocido	
Practica Entrenamiento Fuerza Resistencia	(14.80%) 65*	(43.07%)28 Hombres	(47%)31 Enfermeras/os
		(49.23%)32 Mujeres	(53%) 34 Médicos de Familia
		(7.69%)5 Sexo desconocido	
*Todos los sujetos que declaran realizar EFR, refieren asimismo realizar EA			

Figura 1. Porcentaje de pacientes a los que en una visita rutinaria recomienda ejercicio aeróbico.



MF: Médico/a de familia

Figura 2. Porcentaje de pacientes a los que se prescribe ejercicio en función de práctica personal



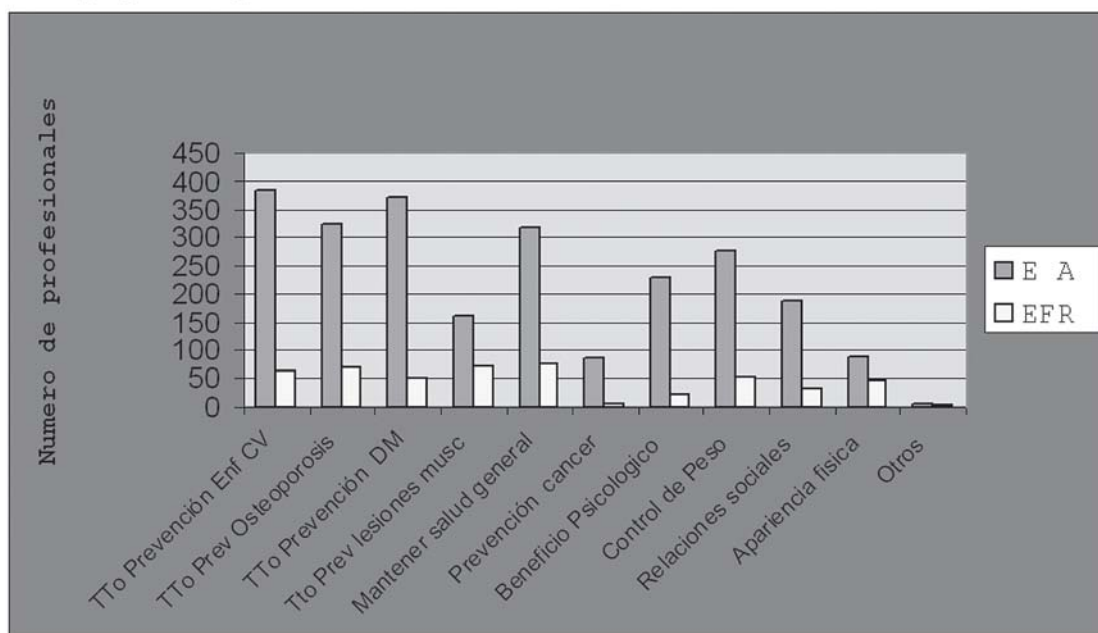
EF: ejercicio físico

Tabla 3. Características de la prescripción.

Tipo de ejercicio	Frecuencia recomendada días/semana	Tiempo recomendado por sesión	Cómo prescribe (puede ser más de un método)
Aeróbico: total Profesionales que recomiendan: 412	1 día: 2(0.48%) 2: 31 (7.52%) 3: 151(36.6%) 4: 38 (9.22%) 5: 73(17.7%) 6: 15(3.64%) 7: 83(20.1%) - No responden 19 sujetos (4.6%)	<15':17(4.12%) 16'-30':91(22.08%) 31'-45':153(37.13%) 46'-60':118(28.64%) >60':12(2.91%) - No responden 21 sujetos (5.09%)	Verbal:405 - Folletos:70 - Demostración:19 - No responden 7
EFR*: total Profesionales que recomiendan: 146	1: 5(3.42%) 2: 23(15.75%) 3: 87(59.58%) 4: 11(7.53%) 5: 8(5.47%) 6: 0 (0%) 7: 5(3.42%) - No responden 7 sujetos (4.79%)	<15':36(24.65%) 15'-30':77(52.73%) 31'-45':16(10.95%) 45'-60':6(4.1%) >60':0 - No responden 11 sujetos (7.53%)	Verbal:133 - Folletos: 23 - Demostración:14 - No responden 13

*EFR: Entrenamiento de Fuerza Resistencia

**EA: Ejercicio aeróbico

Figura 3. Motivos por los que el profesional recomienda EA y EFR. La respuesta podía ser múltiple y sin categorizar.

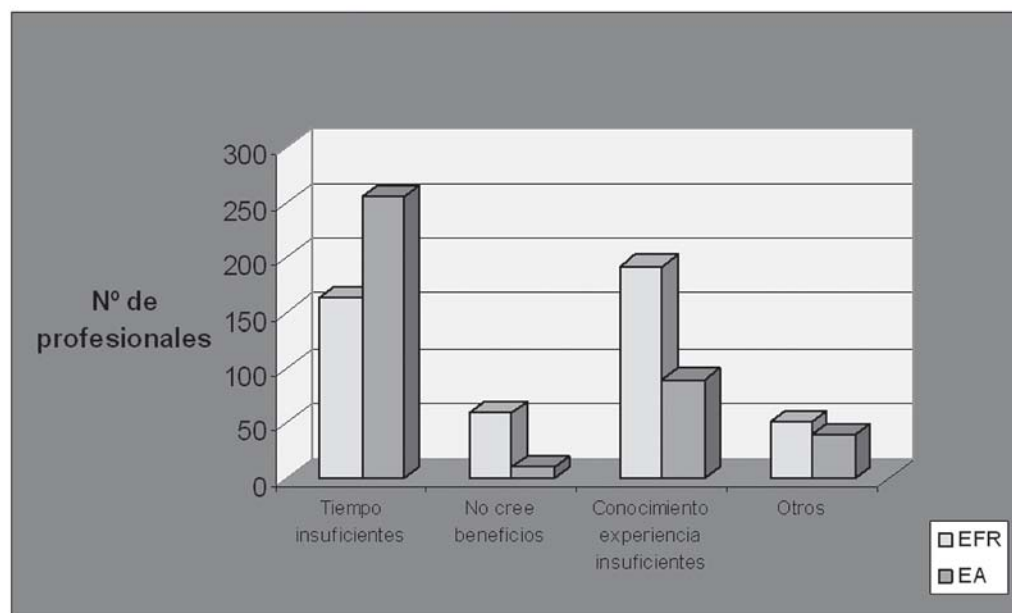
EA: Ejercicio Aeróbico

EFR: Entrenamiento de Fuerza Resistencia

Enf CV: Enfermedad cardiovascular

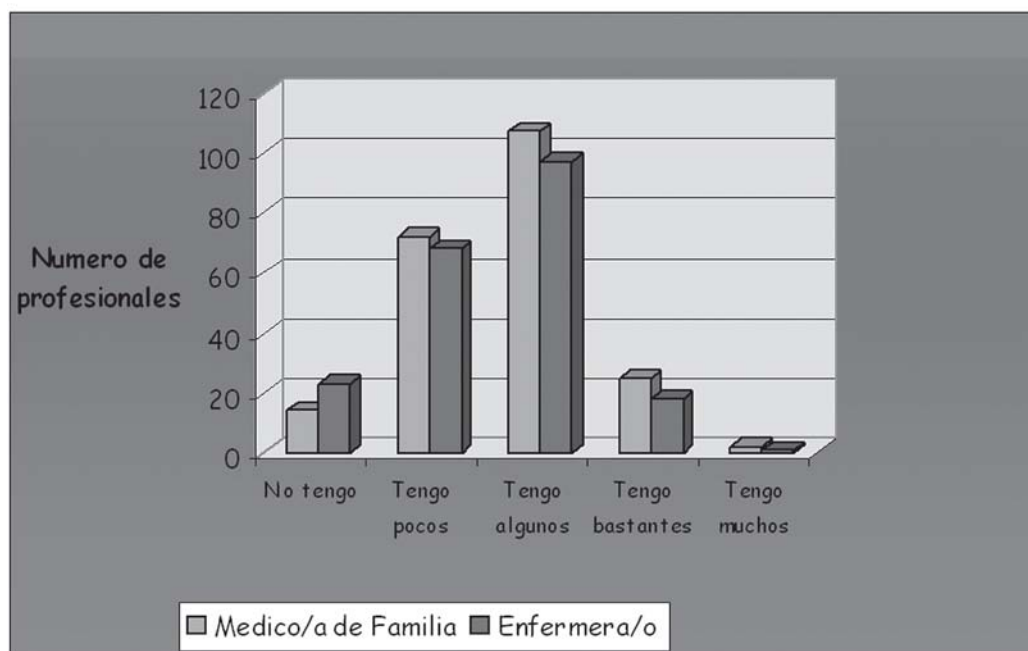
DM: Diabetes Mellitus

Figura 4. Obstáculos que los profesionales encuentran para prescribir ejercicio aeróbico y de fuerza resistencia.



EFR: Entrenamiento de Fuerza Resistencia
EA: Ejercicio Aeróbico

Figura 5. Percepción de conocimientos sobre prescripción de ejercicio físico



ORIGINAL

Comparación del estado nutricional en personas mayores en la comunidad y en residencias

Acero Guasch N¹, Colomo Rodríguez N², Muñoz Cobos F³, Bordallo Aragón R⁴, Vegas Sánchez M⁵, Bueno Fonseca J⁵

¹ Médica Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga

² Médica Residente Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga

³ Médica de Familia. Centro de Salud El Palo. Málaga

⁴ Médica de Familia. Servicio Urgencias Hospital Provincial San Juan de Dios. Málaga

⁵ Médico Residente Medicina familiar y comunitaria. Centro de Salud El Palo Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria Málaga

RESUMEN

Título: Comparación del estado nutricional en personas mayores en la comunidad y en residencias.

Objetivos: Comparar el estado nutricional de personas mayores en la comunidad y en residencias geriátricas.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano, residencias de la zona básica.

Población y muestra: Personas mayores de 65 años con criterios de riesgo nutricional atendidos en el centro de salud; mayores de 65 años en residencias de la zona básica. Muestreo apareado por edad, sexo y funcionalidad (Índice de Barthel) (n1=n2=35).

Intervenciones: Medición del estado nutricional: medidas antropométricas, tipo de desnutrición y gravedad. Comparación de grupos: Chi2, variables cualitativas y t-Student, variables cuantitativas. Nivel de significación 0'05.

Resultados principales: Los grupos son comparables en edad media (domicilio 85'8±1'1; residencia 84'83± 1'1), sexo (77'14% mujeres; 22'86% varones en ambos) y funcionalidad: Índice de Barthel medio (domicilio 70'86±5'6; residencia 69'43±5'4). Mayor porcentaje de desnutrición en grupo comunitario (82'85%) frente institucionalizados (54'28%) p 0'01. Predominio tipo muscular o mixto en ambos (domicilio 44'8%, 44'8%; residencia 36'8%, 42'1%) y sin diferencias significativas en gravedad (leve 62'06% en domicilio y 57'9% en residencias). Diferencias significativas en Índice de Masa Corporal (IMC) medio (domicilio 22'6±0'6; residencia 25'27±0'8) p 0'016; Perímetro Braquial (PB) (domicilio 23'38±0'43; residencia 25'74±0'7) p 0'006; Circunferencia Muscular del Brazo (CMB) (domicilio 18'27±0'33; residencia 19'88±0'5) p 0'009. No se encuentran diferencias significativas en Pliegue Tricipital (PT) y Perímetro de la Pantorrilla (PP).

Conclusiones: El estado nutricional de las personas mayores evaluadas es peor en los que residen en domicilio respecto a los que están institucionalizados, siendo las medidas más discriminatorias el PB y la CMB.

Palabras clave: Desnutrición. Persona mayor en la comunidad. Persona mayor institucionalizada.

Correspondencia: Francisca Muñoz Cobos
C. S. El Palo
Avda. Salvador Allende, 159. 29018 Málaga
E-mail: franciscam@ono.com

Recibido el 23-03-2009; aceptado para publicación el 14-09-2009
Med fam Andal 2009; 3: 216-225

SUMMARY

Title: Comparing Nutritional Status between Home-Based Elderly and Institutional Residents.

Goals: To compare the nutritional status of elderly persons who reside at home with elderly persons residing in an institutional setting.

Design: Descriptive cross-sectional.

Setting: An urban health center; residences for the elderly located within the same health service zone.

Population and Sample: Persons over age 65 in an urban urban health center who meet the criteria for being nutritionally at risk; persons over age 65 living in the health zone's geriatric residences. Paired sample data by age, sex and functional assessment (Barthel scale) (n1=n2=35). Significance level: 0.05.

Results: The groups are comparable in average age (home-based 85.8±1.1; residence 84.83± 1.1), sex (77.14% women 22.86% men in both) and functional behavior: average Barthel scale (home-based 70.86±5.6; residence 69.43±5.4). The percentage of denutrition is higher among the home-based (82.85%) than those residing in institutions (54.28%) p 0.01. Predominance of muscular or mixed types in both (home-based 44.8%, 44.8%; institutional residence 36.8%, 42.1%) and without any significant differences in severity (mild, 62.06% in home-based and 57.9% in institutional residences). Significant differences in the average body mass index (BMI) (home-based 22.6±0.6; institutional residence 25.27±0.8) p 0.016; brachial perimeter (BP) (home-based 23.38±0.43; institutional residence 25.74±0.7) p 0.006; arm muscle circumference (AMC) (home-based 18.27±0.33; institutional residence 19.88±0.5) p 0.009. No significant differences are found in the tricipital fold (TF) and the calf perimeter (CP).

Conclusions: The nutritional status of elderly persons assessed in this study is poorer than that of elderly persons residing in institutions, with BP and AMC being the most discriminating measurements.

Key words: Denutrición. Home-based elderly. Institutionalized elderly.

INTRODUCCIÓN

La malnutrición en las personas mayores es un problema de salud frecuente, que incide de forma importante en la morbilidad y mortalidad de este grupo de población. En el estudio europeo Euronut-Seneca, se observó que la población mayor presentaba una serie de diferencias respecto a la población adulta, como factores fisiológicos, sociales, de enfermedad crónica de base, uso de fármacos y una disminución de la movilidad, que la hacían más susceptible de presentar un cuadro de malnutrición(1). Además, el propio proceso de envejecimiento incluye cambios fisiológicos y nutricionales que se manifiestan por una pérdida de peso y altura, pérdida de masa muscular e incremento de grasa. El envejecimiento también implica una modificación en la distribución del tejido adiposo, con una acumulación de la grasa a nivel de tronco y visceral (2). La evaluación antropométrica aporta información de los diferentes compartimentos del organismo, especialmente del muscular y del graso, y puede utilizarse para evaluar el estado nutricional de una población (2). Las repercusiones del estado de desnutrición se extienden a la pérdida de funcionalidad e incapacidad (3,4), a importantes déficits orgánicos como el del sistema inmunitario (5) y al riesgo de mortalidad (6-8).

Son múltiples los estudios que ponen de manifiesto que la malnutrición es una situación común, grave y frecuentemente no diagnosticada cuya prevalencia es variable dependiendo de las zonas geográficas, el medio y la técnica con que se realice el estudio (9). Estudios epidemiológicos muestran que del 5 al 10% de la población anciana no institucionalizada están desnutridos; esta prevalencia aumenta hasta el 26% en pacientes que han sido hospitalizados por enfermedad aguda, y alcanza del 30 al 60% en pacientes institucionalizados (10). Además la pérdida de peso en las personas mayores permanece sin tratar en más del 75% de los casos (10). En un estudio realizado en España, se estima la prevalencia de malnutrición en personas mayores que viven en su domicilio en el 3,3%, y en el 7,7% en los sujetos institucionalizados (11); otra investigación reciente muestra que la prevalencia de desnutrición en ancianos institucionalizados en la Comunidad Valenciana es del 26,9%(12) y que la dieta en instituciones es deficitaria en ingesta de energía, proporción de principios inmedia-

tos y cantidades de micronutrientes esenciales (13). Según estos datos, es de esperar una prevalencia mayor de desnutrición en personas mayores institucionalizadas, constituyendo ya éste un factor de riesgo nutricional relevante. Se ha de considerar adicionalmente la importante relación entre el estado nutricional y cognitivo (14).

Las recomendaciones nutricionales en este grupo de población deben orientarse según la situación funcional, de forma que se aboga por establecer varias categorías: personas mayores sanas, personas mayores afectas de procesos agudos hospitalizadas, personas mayores frágiles que viven en casa o residencias (15). Esta estratificación está corroborada por estudios que indican un orden creciente en la frecuencia de desnutrición: personas mayores sanas en la comunidad (1%); personas mayores frágiles con servicios de apoyo en casa (4%), pacientes en la comunidad con enfermedad de Alzheimer (5%), mayores hospitalizados (20%) y personas mayores institucionalizadas (37%)(16).

El objetivo de nuestro estudio es comparar el estado nutricional de personas mayores que viven en sus domicilios, atendidas en un centro de atención primaria, con personas mayores institucionalizadas residentes en la misma área geográfica.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño: El diseño del estudio es descriptivo transversal, con comparación de grupos.

Sujetos: El grupo de estudio son personas mayores de 65 años con algún factor de riesgo nutricional (17) (Tabla 1), atendidos en consulta o domicilio, adscritos a un centro de salud urbano. Los factores de riesgo para desnutrición se detectan de forma oportunista. La captación y seguimiento de pacientes abarca desde 2003 a 2007 (N=90) formando una cohorte dinámica con continuas entradas (detección del riesgo) y salidas (fallecimiento, cambio de residencia, institucionalización). Participan en este estudio 35 pacientes ($n_1 = 35$), que constituyen el total en seguimiento activo, a fecha Octubre de 2007. Para formar el grupo de comparación

se realizó un muestreo apareado por edad, sexo y funcionalidad (realización de actividades básicas de la vida diaria, medida mediante el índice de Barthel (18)), entre los pacientes ingresados en las residencias geriátricas de la zona básica, en Octubre de 2007, mediante selección a partir del listado de edad, sexo y funcionalidad ($n_2 = 35$). Se estableció un mecanismo de sustitución de pacientes con similares valores en las variables de estratificación, en los casos de no participación por: negación del paciente, ausencia de la residencia en el momento de la recogida de datos o imposibilidad para la medición de variables.

Variables: La valoración nutricional consiste en la medición de parámetros antropométricos (19) (Tabla 2) utilizando los estándares de población de referencia en España (20) (21).

Se utiliza balanza de consulta, cinta métrica y adipómetro tipo Caliper ("Adipometer™ Skinfold Caliper"). En pacientes encamados o que no pueden mantenerse en bipedestación se hace una estimación del peso y la talla utilizando fórmulas de cálculo indirecto (22).

Las mediciones nos permiten determinar la existencia o no de desnutrición (afectación de al menos dos parámetros antropométricos) y la gravedad (ligera- moderada- severa (23)) y tipo de ésta según los parámetros predominantemente afectados (desnutrición calórica: afectación del compartimento graso: IMC, PT y %PT, PB, PP; desnutrición protéica: afectación del compartimento muscular y visceral: CMB, %CMB, y desnutrición mixta: afectación de todos los parámetros)

Análisis: Para el análisis de los datos hemos utilizado la prueba de Chi2 para la comparación de variables cualitativas, y la t de Student para variables cuantitativas. El nivel de significación considerado ha sido un alfa menor o igual a 0'05. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 12.0.

RESULTADOS

Los grupos de residencia y domicilio son comparables en edad, sexo y funcionalidad, como se expone en la Tabla 3.

Existe un alto porcentaje de desnutrición en ambos grupos de personas mayores, superando el 50% de los pacientes evaluados y siendo significativamente mayor en pacientes en domicilio ($p < 0,01$) (Gráfico 1).

El tipo de desnutrición es de predominio muscular o mixto en ambos grupos, domicilio y residencia, y sin diferencias significativas tampoco en gravedad de la desnutrición, siendo la más frecuente la ligera en ambos grupos (Tabla 4).

En cuanto a los parámetros antropométricos (Tabla 5), son significativas las diferencias en Índice de Masa Corporal (IMC), Perímetro Braquial (PB) y Circunferencia Muscular del Brazo (CMB), con mayores valores en las personas mayores en residencias. No se encuentran diferencias significativas en Pliegue Tricipital (PT) y Perímetro de la Pantorrilla (PP) (Tabla 6).

DISCUSIÓN

La presencia de desnutrición en las personas mayores estudiadas es similar al de otros estudios en residencias (57%)(24) (25-60%)(25), en domicilio (72% con o en riesgo de desnutrición)(26) o poblacionales (79%, con riesgo o desnutrición)(27) si bien existen diferencias entre los métodos empleados para la valoración nutricional que no los hace totalmente comparables y realza las diferencias en la frecuencia de desnutrición entre otros estudios y nuestros resultados (41% de desnutrición o riesgo en personas mayores frágiles en domicilio)(28), 40% desnutrición en residencias(29).

Es llamativo el mejor estado nutricional de los pacientes ingresados en residencia respecto a los que viven en la comunidad, sobre todo si se tiene en cuenta su equiparabilidad en capacidad funcional. Un grupo de investigadores suecos han evaluado el estado nutricional en personas mayores frágiles en residencias (30) y en domicilio (28), encontrando un mayor porcentaje de desnutrición (71%) en instituciones residenciales. Un estudio en nuestro país (31) encontró un mayor riesgo de desnutrición en ancianos que viven con familiares que los que viven con su cónyuge aunque el diseño no permite aclarar el sentido de la asociación: pueden existir factores de confusión

como un peor estado de salud que se relaciona a la vez con necesidad de cuidados y vivir en familia y con mayor riesgo nutricional. Por otro lado, algunos estudios han constatado la buena nutrición de los mayores en residencias (32).

En este hecho pueden influir también variables no controladas en el estudio como las enfermedades o el tratamiento farmacológico.

Es probable que aspectos como el vivir solo y/o el comer en soledad puedan ser significativos a este respecto ya que una de las razones para la mejor nutrición de los pacientes en residencias puede ser el comer acompañados, bajo supervisión del personal de la residencia e incluso con ayuda o estímulo de otros residentes. La importancia de los aspectos sociales en la nutrición ha sido puesta de manifiesto por los investigadores en este campo (33).

También debe influir el cambio en los hábitos alimentarios general de las familias(34) con descenso en la ingesta de fruta, verdura, pescado y el aumento de dietas insuficientes en hierro, vitaminas A y D y calcio, nutrientes tan importantes para la salud de las personas mayores. Es decir, los cambios dietéticos generales de la población española y en países desarrollados en general (reducción de legumbres, cereales y fibra y aumento de grasas y proteínas) podría tener un impacto diferencial según el grupo de edad o estado de salud. En las residencias este efecto estaría compensado por el control dietético que supone el trabajo con menús supervisados y dietas básicas adaptadas bajo control del equipo sanitario encargado de su atención.

Además hay que considerar la poca adaptación de la dieta actual a las necesidades y posibilidades de las personas mayores así como la precaria alimentación de los mayores que viven solos, donde su dieta se hace monótona y presentan mayor dificultad para el acceso y adecuada conservación y preparación de alimentos a partir de ingredientes frescos de calidad a diferencia de en las residencias estudiadas en las que se trabaja con menús adaptados, revisados por los profesionales sanitarios, variados y con productos naturales.

Respecto a las intervenciones a proponer para mejorar el estado nutricional de las personas

mayores, se recomienda una conjunción entre la pirámide alimentaria para mayores de 70 años y las costumbres alimentarias (35) mediante el empleo de dietas "caseras" adaptadas a la cultura (36)(37) más que el empleo de suplementos nutricionales, que habría que reservar para subgrupos de mayores con desnutrición hospitalizados. En aquellas personas mayores que no puedan alcanzar un adecuado aporte nutricional con la alimentación tradicional se propone la Alimentación Básica Adaptada que incluye enriquecedores de la dieta, dietas trituradas y modificadores de textura (38).

Los principales sesgos de este estudio están en el reducido tamaño muestral, la garantía de la comparabilidad sólo en algunos aspectos pero sin considerar otras variables de interés (medicación, enfermedades, tiempo de institucionalización, vivir solo) así como el carácter transversal de la comparación que no permite evaluar la variabilidad temporal del estado nutricional en ambos grupos. Posteriores estudios longitudinales y con muestras más amplias permitirán aclarar estos aspectos.

La aplicación práctica fundamental del estudio está en la necesidad de intervenir desde atención primaria en la mejora del estado nutricional de las personas mayores prestando importancia no solo a factores puramente dietéticos sino también de hábitos, costumbres y con especial relevancia a la compañía y estímulo.

Como conclusiones fundamentales de nuestro estudio podemos constatar la existencia de un porcentaje alto de desnutrición en los ancianos frágiles, con mayor incidencia en las personas mayores que viven en domicilio respecto a las que viven en residencias de la misma zona, presentando ambos grupos el mismo perfil de desnutrición leve mixta.

AGRADECIMIENTOS

A la Unidad de Residencias del Distrito Málaga por su colaboración y apoyo en la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Moreiras O, Beltrán B; Carvajal A, Cuadrado C. Euronut Seneca. Nutrition and elderly in Europe. *Eur J Clin Nutr.* 1996; 50(Supl 2):S1-S124.
- 2.- Sánchez-García S, García-Peña, C, Duque López MX, Juárez-Cedillo, T, Cortés-Núñez AR, Reyes Beaman, S. Anthropometric measures and nutritional status in a healthy elderly population. *BMC Public Health.* 2007; 7:2.
- 3.- Bartali B, Semba RD, Forngillo EA, Vaadhan R, Ricks MO et al. Low micronutrient levels as a predictor of incident disability in older women. *Arch Intern med* 2006;166:2335-40.
- 4.- Michelon E, Blaum C, Semba RD, Xue QL, Ricks MO, Freid LP. Vitamin and carotenoid status in older women. Associations with the frailty syndrome. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61:600-7.
- 5.- Lesourd B. Nutrition: a major factor influencing immunity in the elderly. *J Nutr Health Aging* 2004; 8:28-37.
- 6.- Chaves PH, Xue QL, Gulranik JM et al. What constitutes normal hemoglobin concentration in community-dwelling disabled older women? *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52:1811-6.
- 7.- Keller HH. Weight gain impacts morbidity and mortality in institutional older persons. *J Am Geriatr Soc.* 1995; 43:165-9.
- 8.- Cawthon PM, Marshall LM, Michael Y, Dam TT, Ensrud KE, Barrett-Connor E, Orwoll ES. Frailty in older men: prevalence, progression, and relationship with mortality. *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55:1216-23.
- 9.- Hernández Mijares A, Royo Taberner R, Martínez Triguero ML, Graña Fandos J, López García A, Morales Suárez-Varela MM. Prevalencia de malnutrición entre ancianos institucionalizados en la Comunidad Valenciana. *Med Clin (Barc).* 2001; 117:289-294.
- 10.- Mucci E, Jackson SHD. Nutritional supplementation in community-dwelling elderly people. *Ann Nutr Metab.* 2008; 52(suppl 1):33-37.

- 11.- Ramon JM, Subirà C, Grupo Español de Investigación en Gerodontología. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117:766-770.
- 12.- Hernández Mijares A, Royo Taberner R, Martínez Triguero ML, Graña Fandos J, López García A, Morales Suárez-Varela MM. Prevalencia de malnutrición entre ancianos institucionalizados en la Comunidad Valenciana. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117:289-294.
- 13.- García-Alonso J, Periago MJ, Vidal-Guevara ML, Ramírez-Tortosa MC, Gil A, Ros G. Evaluación nutricional y estado antioxidante de un grupo de ancianos institucionalizados de Murcia. *ALAN* 2004; 2:180-199.
- 14.- Botella JJ, Ferrero MI. La alimentación del enfermo de Alzheimer en el ámbito familiar. *Nutr Hosp*. 2004; 19:154-159.
- 15.- Ruiz-López MD, Artacho Martín-Lagos R, López Martínez MC. Recomendaciones nutricionales para los ancianos. *Ars Pharmaceutica* 2000; 41:101-113.
- 16.- Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr med* 2002; 18:737-57.
- 17.- Sabartés O. Factores de riesgo de malnutrición. En: Rubio MA. Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Barcelona: Ed Masson; 2002. p. 31-38.
- 18.- Batzán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993; 28:32-40.
- 19.- Oliveira G. Manual de Nutrición Clínica y Dietética, 2ª Ed. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 2007.
- 20.- Alastrué A, Esquius M, Gelonch J, González F, Ruzafa A, Pastor M, et al. Población geriátrica y valoración nutricional. Normas y criterios antropométricos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993; 28: 243-256.
- 21.- Quius M, Schwuartz S, López Hellín J, Andreu AL, García E. Parámetros antropométricos de referencia en la población anciana. *Med Clin (Barc)*. 1993; 100: 692-698.
- 22.- Muñoz-Romero L, García JA, Ribera JM. Valoración ambulatoria de la nutrición en el anciano. *JANO*. 1996; 1184: 52-62.
- 23.- Martínez M, Bellido D. Valoración nutricional: antropometría y bioquímica. En: Rubio MA. Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Barcelona: Ed Masson; 2002. p. 47-56.
- 24.- Ramos A, Asensio A, Núñez A, Millán I. Prevalence and risk factors associated to malnutrition in elderly inpatients. *An Med Interna*. 2004; 21:261-2.
- 25.- López MJ, Torralba C, García R, López MA, Morales E, Sabater M y cols. Comparación de distintos criterios para la identificación de personas mayores subnutridas. *Nutr Hosp*. 2005; 20:183-196.
- 26.- Ricart J, Pinyol M, de Pedro B, Devant M, Benavides A. Desnutrición en pacientes en atención domiciliaria. *Aten primaria*. 2004; 34:238-43.
- 27.- Christensson L, Unosson ME, Ek AC. Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care. *Eur J Clin Nutr*. 2002; 56:810-8.
- 28.- Saletti A, Johansson L, Yifter-Lindgren E, Wissing U, Österberg K, Cederholm T. Nutritional Status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home. *Gerontology*. 2005; 51:192-198.
- 29.- Luengo LM, Calderia IM, Carmona MI, Blesa A, Moreno O, Girón I. Valoración del estado nutricional de mayores con dieta triturada institucionalizados en centros de mayores asistidos. *Nutr Hosp*. 2005; 20:183-196.
- 30.- Saletti A, Johansson L, Yifter-Lindgren E, Wissing U, Österberg K, Cederholm T. Nutritional Status According to Mini Nutritional Assessment in an institutionalised Elderly Population in Sweden. *Gerontology*. 2000; 46:139-145.

- 31.- Morillas JM, García N, Martín G, Reina AB, Zafrilla P. Detección del riesgo de malnutrición en ancianos no institucionalizados de Murcia. *Nutr Hosp.* 2005; 20:183-196.
- 32.- Segura O, Ortega RM, Marín L, Navia B, López-Sobaler AM. *Nutr Hosp.* 2005;20:183-196.
- 33.- Milne AC, Avenell A, Potter J. Improved food intake in frail older people. *BMJ.* 2006; 332:1165-6.
- 34.- Majem LL, Ribas L, Salvador G, Román B, Castell C, Cabezas C et al. Tendencias del estado nutricional de la población española: resultados del sistema de monitorización nutricional de Cataluña (1992-2003). *Rev Esp Salud Pública.* 2007; 81:559-70.
- 35.- Noel M, Reddy M. Nutrition and aging. *Prim Care* 2005; 32:659-69.
- 36.- Nijs K, de Graaf C, Kok FJ, van Staveren W. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2006; 332:1180-4.
- 37.- Altus DE, Engelman KK, Mathews RM. Using family-style meals to increase participation and communication in person with dementia. *J Gerontol Nurs.* 2002; 28:47-53.
- 38.- Capo M. Importancia de la Nutrición en la Persona de Edad Avanzada. Barcelona: Ed Novartis; 2002.

Tabla 1: Factores de riesgo nutricional en personas mayores.

FACTORES DE RIESGO
- Pérdida de peso. - Enfermedad crónica de riesgo nutricional: insuficiencia renal avanzada, EPOC avanzado, insuficiencia cardíaca avanzada, enfermedades intestinales que cursan con malabsorción, demencias. - Enfermedad aguda de riesgo nutricional: infección importante, reagudización de enfermedades crónicas, fracturas, úlceras por presión, ingreso hospitalario reciente. - Factores psicológicos: depresión y duelo. - Factores sociales: pobreza, viudedad, soledad, dificultades de acceso a la comida.

Tabla 2: Parámetros antropométricos utilizados para la valoración nutricional.

PARÁMETRO	FÓRMULA	COMPARTIMENTO	INTERPRETACIÓN
Índice de Masa Corporal (IMC)	$\text{Peso(Kg)}/\text{Talla}^2(\text{m}^2)$	global	Desnutrición<19
%Peso Ideal	$\text{Peso actual}/\text{Peso ideal}^*$	global	Normal>90% Leve:80-90% Moderada:70-79% Severa<70%
Pliegue Tricipital (PT)(mm)	Medición directa Tabla percentiles	Reserva grasa	Normal>p50 Leve:p25-p50 Moderada:p10-p25 Severa<p10
%Pliegue Tricipital	$(\text{PT real}/\text{p50}) \times 100$	Reserva grasa	Normal>90% Leve:80-90% Moderada:60-79% Severa<60%
Perímetro del brazo (PB)(mm)	Medición directa Tabla percentiles	Reserva grasa y muscular	Normal>p50 Leve:p25-p50 Moderada:p10-p25 Severa<p10
Circunferencia Muscular del Brazo (CMB)	$\text{CMB}=\text{PB}(\text{cm})-(0.314 \times \text{PT}(\text{mm}))$ Tabla de percentiles	Reserva proteica muscular	Normal<p50 Leve:p25-p50 Moderada:p10-p25 Severa<p10
%Circunferencia Muscular del Brazo	$(\text{CMB real}/\text{p50 CMB}) \times 100$	Reserva proteica muscular	Normal >90% Leve 80-90% Moderada 60-79% Severa<60%
Perímetro de la pantorrilla (PP)(cm)	Medición directa	Reserva proteica muscular	Desnutrición<30

Tabla 3: Comparabilidad de los grupos de estudio.

	Comunidad	Residencia	Significación estadística
Edad	85,86 ± 1,1	84,83 ± 1,1	NS*
Sexo	75% mujeres 25% varones	75% mujeres 25% varones	NS
Funcionalidad (Barthel)	70,86 ± 5,6	69,43 ± 5,4	NS

*NS= No significativa

Tabla 4: Tipo y gravedad de desnutrición

	Domicilio	Residencia	Nivel Significación
Calórica	10,34%(0-21,43)	21,05%(2,72-39,38)	NS*
Proteica	44,83%(26,73-62,93)	36,84%(15,15-58,53)	NS
Mixta	44,83%(26,73-62,93)	42,11%(19,9-64,31)	NS
Ligera	62,07% (44,40 - 79,73)	57,89%(35,69-80,1)	NS
Moderada	31,03% (14,2 - 47,87)	31,58%(10,68-52,48)	NS
Severa	6,90% (0 - 16,17)	10,53%(0-24,33)	NS

*NS=No significativa

Tabla 5: Comparación de los parámetros antropométricos.

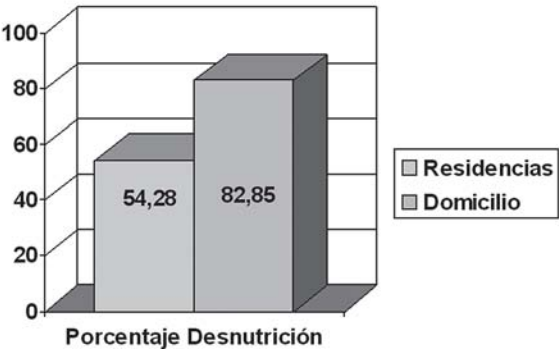
	grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
IMC	domicilio	35	22,6037	3,57698	,60462
	residencia	35	25,2709	5,26374	,88973
PT	domicilio	35	16,29	6,177	1,044
	residencia	35	18,66	8,626	1,458
PB	domicilio	35	23,3857	2,54976	,43099
	residencia	35	25,7429	4,19273	,70870
CMB	domicilio	35	18,2700	1,99995	,33805
	residencia	35	19,8863	2,96775	,50164
PP	domicilio	35	30,4257	2,96632	,50140
	residencia	35	31,9429	4,17058	,70496

IMC=Índice de Masa Corporal; PT= Pliegue tricipital; PB=Perímetro braquial;
CMB= Circunferencia Muscular del Brazo; PP=Perímetro de la Pantorrilla.

Tabla 6: Prueba de la t comparación parámetros antropométricos.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
IMC	1,832	,180	-2,479	68	,016	-2,66714	1,07573	-4,81373	-,52056
			-2,479	59,882	,016	-2,66714	1,07573	-4,81901	-,51528
PT	1,761	,189	-1,322	68	,190	-2,371	1,793	-5,950	1,207
			-1,322	61,608	,191	-2,371	1,793	-5,957	1,214
PB	5,974	,017	-2,842	68	,006	-2,35714	,82946	-4,01231	-,70198
			-2,842	56,123	,006	-2,35714	,82946	-4,01867	-,69561
CMB	7,440	,008	-2,672	68	,009	-1,61629	,60492	-2,82338	-,40919
			-2,672	59,601	,010	-1,61629	,60492	-2,82646	-,40611
PP	1,548	,218	-1,754	68	,084	-1,51714	,86508	-3,24338	,20910
			-1,754	61,390	,084	-1,51714	,86508	-3,24676	,21247

Gráfico 1: Frecuencia de desnutrición en los grupos de estudio.



ORIGINAL

Potenciales interacciones medicamentosas clínicamente relevantes en pacientes polimedicados: papel de los hipnóticos

Coronado Vázquez V¹, Martín Ruiz E², López González LM^{a2}, Silveira García C², Real Isidoro JM², Pérez Rodríguez S²

¹ Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Ayamonte (Huelva)

² Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Ayamonte (Huelva)

RESUMEN

Título: potenciales interacciones medicamentosas clínicamente relevantes en pacientes polimedicados: papel de los hipnóticos.

Objetivos:

Principal: Determinar la prevalencia de interacciones farmacológicas potenciales en pacientes polimedicados.

Secundarios: Estudiar la asociación con el número de fármacos consumidos. Valorar las interacciones relacionadas con los hipnóticos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud rural.

Población y muestra: Pacientes con criterio de polimedicación (consumo de 5 ó más fármacos durante más de 6 meses), obtenidos a partir de registros del Centro de Salud por muestreo aleatorio simple.

Con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 6% y una prevalencia esperada de interacciones del 20%, se obtiene un tamaño muestral de 171 pacientes.

Variables:

-Nº de potenciales interacciones farmacológicas (IF) con relevancia clínica.

-Nº de fármacos consumidos.

-Nº de interacciones por hipnóticos.

-Fármacos más frecuentemente implicados.

Resultados: La prevalencia de potenciales IF es del 73,1% (IC95%: 66-79). El 19% son debidas a antihiper-tensivos y AINE, seguidas de las causadas por las benzodiazepinas de acción larga (10,3%).

Hay una tendencia creciente de las interacciones a medida que aumenta el número de fármacos consumidos ($F=6.983$ $p<0,005$).

El 18,1% de los pacientes de la muestra toman hipnóticos. La prevalencia de interacciones medicamentosas por éstos es del 100%.

El 96,8% de las interacciones causadas por los hipnóticos son adversas.

El consumo de hipnóticos en los pacientes polimedicados incrementa el número de interacciones en 0,6 (IC95%: 0,12-1,14).

Conclusiones: Las interacciones medicamentosas son frecuentes en los polimedicados y están relacionadas con el número de fármacos prescritos.

En todos los pacientes que toman hipnóticos se han descrito interacciones por los mismos, siendo adversas en un porcentaje elevado de éstos.

Palabras clave: Drug-drug interactions (interacciones farmacológicas). Polypharmacy (Polifarmacia). Hypnotics (Hipnóticos).

Correspondencia: Valle Coronado Vázquez

UGC de Ayamonte

Avda. Alcalde Navarro, s/n. 21400 Ayamonte (Huelva)

E-mail: mvcoronado@msn.com

Recibido el 20-03-2009; aceptado para publicación el 07-10-2009

Med fam Andal 2009; 3: 226-233

SUMMARY

Title: Clinically Relevant Potential Drug Interactions among Patients Receiving Multiple Medications: the Role of Hypnotics.

Goal: To determine the prevalence of potential drug interactions among patients on multiple medications and to study the association with the number of drugs taken. To evaluate interactions related to the use of hypnotics.

Design: Descriptive, cross-sectional study.

Setting: Rural health center.

Population: Patients meeting the polypharmacy criteria (taking five or more drugs for longer than 6 months) obtained from the health center's registry through a simple random sample. A sample size of 171 patients was obtained with a confidence level of 95%, precision 6%, and a 20% expected prevalence of interactions.

Variables:

- Number of potential drug interactions (DI) that are clinically relevant
- Number of drugs taken
- Number of interactions due to hypnotics
- Most frequently involved drugs

Results: The prevalence of potential DIs is 73.1% (CI95%: 66-79). 19% are due to the use of antihypertensive drugs and NSAIDs, followed by interactions caused by the use of long-acting benzodiazepam-related hypnotics (10.3%). The tendency for interactions increases in accordance with an increase in the number of drugs consumed ($F=6.983$ $p<0.005$).

18.1% of the patients in the sample took hypnotics. The prevalence of drug interactions among them is 100%. 96.8% of the interactions caused by the hypnotics are adverse. The use of hypnotics among poly-medicated patients increases the number of interactions by 0.6% (CI95%: 0.12-1.14).

Conclusions: Drug interactions occur frequently in patients taking multiple medications and are related with the number of drugs prescribed. Interactions have been described among all the patients taking hypnotics, with a high percentage of them being adverse in nature.

Key words: Drug-drug interactions. Polypharmacy. Hypnotics.

INTRODUCCIÓN

Las interacciones farmacológicas (IF) son una causa prevenible de morbilidad y mortalidad. Estas se producen cuando se modifica la respuesta de un fármaco como consecuencia de la administración de otro. Todas las interacciones no son sinónimo de efecto adverso. Existen IF con utilidad terapéutica, pero las que más preocupan son aquellas que aumentan los efectos adversos o disminuyen el efecto terapéutico.

La polimedición es un factor de riesgo para la aparición de interacciones. En este estudio se ha aceptado la definición recogida en la cartera del Servicio Andaluz de Salud, que considera polimedición al consumo simultáneo de cinco o más fármacos durante más de 6 meses (1).

Los ancianos son el grupo de población con mayor probabilidad de sufrir interacciones debido a la alteración en los sistemas de eliminación, la polifarmacia y la presencia de múltiples patologías (2). Muchos de los ingresos hospitalarios de ancianos, principalmente los polimedados, son debidos a la administración de fármacos con conocidas interacciones (3).

La prevalencia de potenciales interacciones farmacológicas con significación clínica varía en los distintos estudios. Esto puede deberse a la falta de criterios metodológicos unificados y a las diferentes poblaciones utilizadas en los estudios. En los ancianos puede variar entre un 4,2 y un 38% (4).

La Agencia Europea del Medicamento define interacción clínicamente relevante como la que obliga a reducir la dosis de uno de los fármacos implicados o a otro tipo de intervención médica (5). El conocimiento preciso de las mismas es difícil, por lo que podemos hablar de asociaciones de fármacos que interaccionan entre sí o potenciales IF. La diferencia existente entre éstas y las interacciones con relevancia clínica, puede deberse a que en la mayoría de los casos el fármaco tiene un amplio margen de seguridad o a que la modificación del efecto es pequeña (6).

Las interacciones se pueden clasificar de acuerdo con su relevancia clínica en 4 categorías:

Tipo A: sin importancia clínica.

Tipo B: El efecto clínico de la interacción no ha sido establecido.

Tipo C: Posibles cambios en el efecto terapéutico o aparición de efectos adversos que pueden evitarse con ajuste de dosis.

Tipo D: Efectos adversos severos. Se recomienda evitar la asociación.

Si la modificación no terapéutica se debe a un cambio en los niveles plasmáticos del fármaco, la interacción es farmacocinética. Si esta modificación del efecto ocurre sin cambios en sus concentraciones plasmáticas, hablamos de interacción farmacodinámica.

Las benzodiacepinas, fundamentalmente diazepam, midazolam y triazolam son fármacos metabolizados por el citocromo P450, con estrecho margen terapéutico e implicadas con frecuencia en reacciones adversas graves a medicamentos por interacciones (7).

Las estrategias de prevención de los problemas relacionados con los medicamentos causados por interacciones fármaco-fármaco incluyen la identificación de los pacientes en riesgo, categorizar los tipos de interacciones teniendo en cuenta fundamentalmente las de tipo C y D, es decir las de grado moderado y mayor, introducir gradualmente los nuevos fármacos y tener especial precaución con ellos.

El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de interacciones farmacológicas potenciales con significación clínica en pacientes polimedicados, describir los factores asociados a las mismas, y valorar las interacciones por hipnóticos en esta población.

SUJETOS Y MÉTODOS

Para la consecución de los objetivos se diseñó un estudio descriptivo transversal.

Los pacientes de la muestra fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple entre todos los polimedicados registrados en la base de datos del Centro de Salud de Ayamonte (Huelva) a fecha 31 de diciembre del 2007.

Criterios de inclusión: adultos mayores de 18 años incluidos en el programa de polimedicados de la base de datos del centro.

Criterios de exclusión: pacientes registrados como pasivos por fallecimiento.

El tamaño de la muestra se calculó para un nivel de confianza del 95%, una precisión del 6% y una prevalencia esperada de interacciones farmacológicas del 20%, obteniéndose un tamaño muestral de 171 pacientes.

Las variables estudiadas fueron como *variable dependiente* el número de potenciales interacciones farmacológicas con relevancia clínica, y como *variables independientes* la edad, el sexo, el número de medicamentos consumidos como principios activos, los fármacos que interaccionan (grupos ATC), el número de potenciales interacciones por hipnóticos y los principios activos más frecuentemente implicados.

Una vez seleccionada la muestra se examinaron las historias clínicas digitales de los pacientes accediendo a las últimas prescripciones realizadas. Se registraron los fármacos que tenían la consideración de prescripción de largo tratamiento.

Para el análisis de las interacciones se utilizó la base de datos BOT del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España y el Vademécum Internacional. A cada interacción se le asignaba la categoría de menor, moderada o mayor, considerando que tienen significación clínica las categorías moderada y mayor (8).

En el análisis estadístico se utilizaron medidas tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y proporciones para las cualitativas, así como sus intervalos de confianza del 95%.

Para el análisis bivariante se aplicó Chi cuadrado en variables cualitativas y T de student y ANOVA para las cuantitativas. La asociación entre el número de interacciones y la edad se hizo con una correlación de Pearson. Para medir la contribución de la polifarmacia y del consumo de hipnóticos sobre el número de interacciones se usó un modelo de regresión lineal. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0.

El estudio se llevó a cabo entre Enero y Septiembre del 2008.

RESULTADOS

La muestra está compuesta por 112 mujeres (65,5%) con una edad media de 67,9 años (DE 9,1).

La media del consumo de fármacos es de 6,8 (DE 1,8).

El número de pacientes con al menos una interacción potencial clínicamente relevante es de 125 (Tabla 1). La prevalencia de potenciales interacciones medicamentosas es del 73,1% (IC95%: 66-79). El 19% son debidas a antihipertensivos y AINE, seguidas de las causadas por los hipnóticos, fundamentalmente las benzodiacepinas de acción larga (10,3%).

El 42,3% de las interacciones son de naturaleza mixta (farmacocinéticas y farmacodinámicas), y el 80,2% son adversas.

Hay una tendencia creciente de las interacciones a medida que aumenta el número de fármacos consumidos ($F= 6.983$ $p<0,005$) (Gráfico 1).

No hay diferencias significativas en el número de interacciones por sexo ($t=0,663$; $p=0,508$), y existe una débil asociación lineal negativa entre éstas y la edad ($r= -0,018$; $p=0,815$).

Por cada fármaco consumido, se incrementa el número de interacciones en 0,3 (IC 95%: 0,20-0,39). El número de fármacos explica el 20% de la variación total en el número de interacciones.

El 18,1% de los pacientes de la muestra toman hipnóticos, de los cuales el 74,2% son mujeres ($X^2=1,267$ $p=0,260$) (Tabla 2).

Las benzodiacepinas de acción prolongada son las más usadas (41,9%), seguidas de las de acción corta (35,5%) y acción intermedia (19,4%).

La prevalencia de interacciones medicamentosas en los pacientes que consumen hipnóticos es del 100%. En el 96,8% son adversas ($X^2=23,29$ $p<0,005$) (Gráfico 2).

El 48,4% de las IF causadas por éstos son de grado moderado y mayor. Las interacciones de grado moderado están originadas en el 75% de los casos por benzodiacepinas de vida media corta y el 54,5% de las interacciones de grado mayor se deben a las benzodiacepinas de acción larga (Tabla 3).

El consumo de hipnóticos en los pacientes polimedicados incrementa el número de IF en 0,6 (IC95%: 0,12-1,14) y explica el 3,7% de la variabilidad total del número de éstas.

DISCUSIÓN

Los pacientes de la muestra son en su mayoría ancianos. La polimedicación se da con más frecuencia en este grupo, entre otras causas porque suelen tener pluripatología, reciben tratamientos de varios prescriptores y tienden a automedicarse (9). Éstos constituyen el grupo de población con mayor riesgo de interacciones.

La prevalencia de IF potenciales es elevada (73,1%), y semejante a la encontrada en el estudio de Doubova SV (10) para una población de características semejantes (80%). Bjorkamn y el Pharmaceutical Care of the Elderly in Europe Research Group (PEER) describen que el 46% de los 1601 ancianos ambulatorios que toman en promedio siete medicamentos tienen al menos una combinación de fármacos que puede generar una interacción medicamentosa de importancia clínica. Aproximadamente el 90% de estas interacciones farmacológicas fueron clasificadas como interacciones medicamentosas de tipo C (11).

En otros estudios la prevalencia es menor (15,6% en los que toman 2 ó más fármacos) (12), probablemente debido a que la población de referencia son ancianos con criterios de polimedicación diferentes a los del presente trabajo.

En este estudio, al igual que en otros (13,10), se describe que el número de interacciones farmacológicas se incrementa de forma significativa al aumentar el número de fármacos que toman los pacientes. Tener en cuenta este riesgo puede ayudar a mejorar la calidad de los tratamientos y disminuir el uso inapropiado de medicamentos.

También se ha encontrado una asociación, aunque no significativa, con la edad (a mayor edad menor número de interacciones). En otros trabajos (10) se describe una asociación significativa entre las potenciales IF y tener sesenta o más años.

El consumo de hipnóticos por la muestra es menor que en otros estudios (14) y más prevalente en las mujeres, lo que sí es un hallazgo habitual en otros trabajos (14,15). Los más usados son las benzodiacepinas de vida media larga, lo que coincide con el trabajo de Lechevallier N (16).

Todos los pacientes que consumen hipnóticos tienen potenciales interacciones por estos fármacos.

Hay un porcentaje elevado de interacciones con significación clínica causadas por los hipnóticos. Éste es muy superior al encontrado por Recalde JM (12) en una población de ancianos mayores de 65 años que consumen dos o más fármacos.

Las benzodiacepinas de vida media larga son las que causan con más frecuencia las interacciones de grado mayor debidas a los hipnóticos.

La polifarmacia explica una quinta parte de la variación total de las interacciones y, además, los pacientes polimedcados que consumen hipnóticos tienen incrementado el número de interacciones entre 0,12 y 1,14 con respecto a los que no lo hacen.

En consecuencia, se hace necesaria una revisión periódica de los tratamientos crónicos por los médicos de familia, siendo interesante la colaboración con los farmacéuticos clínicos para la detección precoz de interacciones y la monitorización de los fármacos, con especial interés en los hipnóticos, entre otros.

Limitaciones del estudio.

Como limitaciones al estudio encontramos que los datos proceden de los registros existentes en la historia clínica digital y por lo tanto tienen como inconveniente la variabilidad por profesionales, aunque el uso extendido de la receta electrónica en las prescripciones de crónicos ha permitido tener registros de fármacos de mayor calidad.

Hemos encontrado dificultad para establecer la significación clínica, que quedaría demostrada

al aparecer clínica o analíticamente los efectos de la interacción; por lo que ésta se ha establecido teóricamente según el grado de las interacciones entre los fármacos.

Sería conveniente realizar estudios de intervención en pacientes con estas características para ensayar protocolos de actuación que permitan detectar precozmente interacciones clínicamente significativas al introducir en el tratamiento habitual fármacos con estrecho margen terapéutico y elevado potencial de interacciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Sevilla: SAS; 2007.
2. Garcia Batlle C, Pla Poblador R. Revisión de interacciones farmacológicas en un Hospital General. Farmacia Hospitalaria. 2002; 26:110-118.
3. Juurlink DN, Mamdani M, Kopp A, Laupacis A, Redelmeier DA. Drug-drug interactions among elderly patients hospitalized for drug toxicity. JAMA 2003 Apr 2; 289(13):1652-8.
4. Geurian KL, Pitner RB, Lackland DT Potential drug-drug interactions in an ambulatory geriatric population. J Geriatr Drug Therapy. 1992; 7: 67-86.
5. Note for guidance on the investigation of drug interactions. Committee for proprietary medicinal products. The European Agency for the evaluation of Medicinal Products. 1997.
6. De Blas Matas B, Laredo Velasco LM, Vargas Castrillón E. Interacciones de los fármacos más consumidos. Información terapéutica de Sistema Nacional de Salud. 2004; 28.
7. Souich P. In human therapy, is the drug-drug interaction or the adverse drug reaction the issue? Can J Clin Pharmacol. 2001; 3:153-61.
8. Hansten PD. Drug interactions & updates quarterly. Vancouver: Applied Therapeutics. 1996.
9. Medeiros-Souza P, Santos-Neto LL, Kusano LT, Pereira MG. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. Rev Saude Publica. 2007; 41:1049-53.

10. Doubova Dubova SV, Reyes-Morales H, Torres-Arreola Ldel P, Suárez-Ortega M. Potential drug-drug and drug-disease interactions in prescriptions for ambulatory patients over 50 years of age in family medicine clinics in Mexico City. *BMC Health Serv Res.* 2007; 7:147
11. Bjorkman IG, Fasbom J, Schmidt I, Bernsten CB, Pharmaceutical Care of the Elderly in Europe Research (PEER) Group. Drug-drug interactions in the elderly. *Ann Pharmacother.* 2002; 36:1675-81.
12. Recalde JM, Zunzunegui MV, Beland F. Interacciones entre medicamentos prescritos en la población mayor de 65 años. *Aten Primaria.* 1998; 22:434-9.
13. Kohler GI, Bode-Boger SM, Busse R, Hoopmann M, Welte T, Boger RH. Drug-drug interactions in medical patients: effects of in-hospital treatment and relation to multiple drug use. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2000; 38:504-13.
14. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N, Bégaud B. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *Eur J Clin Pharmacol.* 2001; 57:419-25.
15. Del Rio MC, Alvarez FJ. How benzodiazepines are prescribed in a primary health care setting in Spain. *Therapie.* 1996; 51:185-9.
16. Lechevallier N, Fourrier A, Berr C. Benzodiazepine use in the elderly: the EVA Study. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2003; 51: 317-26.

TABLA 1. Distribución de frecuencias de las potenciales interacciones farmacológicas con relevancia clínica.

Número de interacciones	Frecuencia	Porcentaje
1	58	33,9
2	39	22,8
3	17	9,9
4	7	4,1
5	2	1,2
6	2	1,2
Total	125	73,1

TABLA 2. Distribución del consumo de hipnóticos por sexo.

		SEXO		Total
		HOMBRE	MUJER	
CONSUMO DE HIPNOTICOS	SI	8 (25,8%)	23 (74,2%)	31 (18,1%)
	NO	51 (36,4%)	89 (63,6%)	140 (81,9%)
Total		59 (34,5%)	112 (65,5%)	171 (100%)

$\chi^2 1,26$ $p = 0,26$

TABLA 3. Distribución del grado de la interacción en función del tipo de hipnótico.

		HIPNÓTICOS				Total
		BDZ CORTA	BDZ LARGA	HIPNOTICO NO BDZ	BDZ INTERMEDIA	
GRADO DE LA INTERACCIÓN	MENOR	4 (25%)	6 (37,5%)	0	6 (37,5%)	16 (51,6%)
	MODERADO	3 (75%)	1 (25%)	0	0	4 (12,9%)
	MAYOR	4 (36,4%)	6 (54,5%)	1 (9,1%)	0	11 (35,5%)
Total		11 (35,5%)	13 (41,9%)	1 (3,2%)	6 (19,4%)	31 (100%)

BDZ: Benzodiacepinas

Gráfico 1. Relación entre el número de fármacos consumidos y el promedio de interacciones

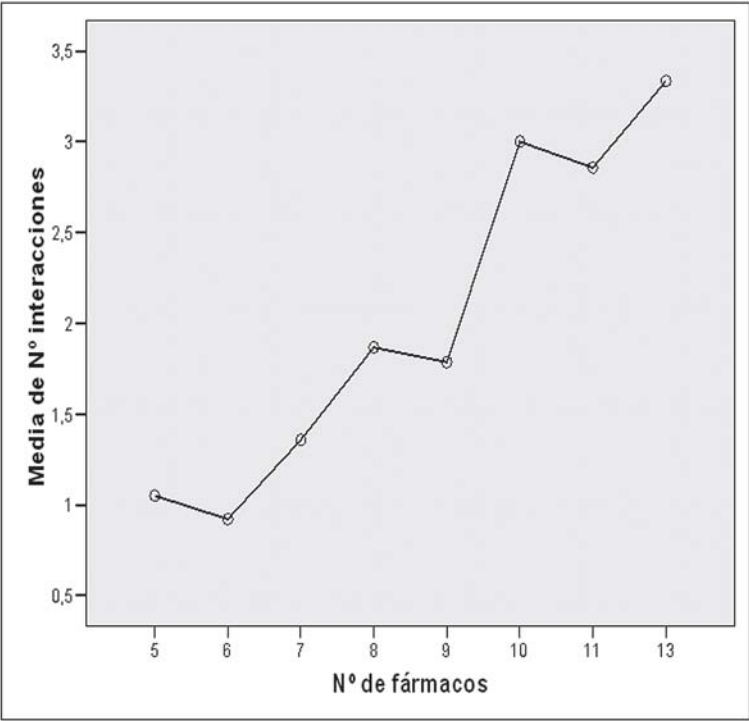
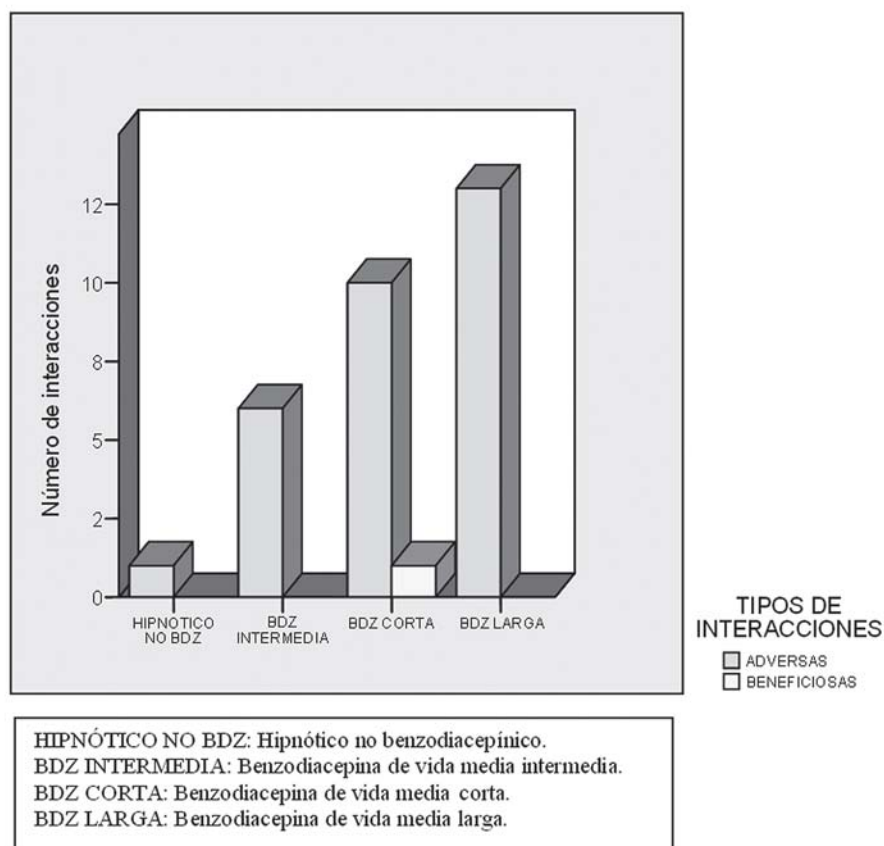


Gráfico 2. Distribución de los tipos de interacciones por grupo farmacológico de los hipnóticos.

ARTÍCULO ESPECIAL

Atención sanitaria al viajero internacional

Fernández-Sierra M^aA¹, Rosales Rodríguez M²

¹ Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

² Facultativo especialista de área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

En las últimas décadas el incremento del número de personas que viajan, ha sido muy elevado. De tal forma que la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que hacia 2015 se habrá duplicado el número de viajes de larga distancia que hubo 20 años atrás. Pero los cambios que ocasiona viajar, aumentan el riesgo de padecer enfermedades, unas, de distribución cosmopolita (tuberculosis, SIDA, hepatitis...) otras, endémicas del lugar a visitar (paludismo, dengue, fiebre amarilla...) y muchas, derivadas de cambios en el clima, la alimentación (diarrea del viajero), el deporte (mal de altura), etc. Las enfermedades a prevenir son todas, pero especialmente aquellas que ponen en grave peligro la vida del viajero o que pueden ser reintroducidas en otro país dando lugar a brotes epidémicos.

Existe un Reglamento Sanitario Internacional, que son normas de obligado cumplimiento al visitar determinados países y otras de carácter general. El Ministerio de Sanidad y Política Social en España, difunde dichas normas y recomendaciones a los Centros de Vacunación Internacional que son servicios encargados de dar los consejos sanitarios a los viajeros y aplicarles las vacunaciones internacionales y/o profilaxis antipalúdica que precisen.

Correspondencia: M^a. Amelia Fernández Sierra
Centro de Vacunación Internacional
Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública
1^a. Planta Hospital General
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Avda. Fuerzas Armadas, 2. 18014 Granada
E-mail: mamelia.fernandez.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 01-07-2009; aceptado para publicación el 25-09-2009
Med fam Andal 2009; 3: 234-243

INTRODUCCIÓN

Al planear un viaje al extranjero, lo primero que se decide es a qué lugar ir, Oriente, Caribe, África,... y una vez que se ha resuelto y antes de comenzar los preparativos, se debe pensar en la salud y contactar con un Centro de Vacunación Internacional. En él se valora cada viaje y cada viajero, pues no es igual ir una semana de turismo a un complejo hotelero de cinco estrellas "todo incluido", que ir durante seis meses de cooperante a una zona afectada por un tsunami. Tras esta valoración inicial, comienzan las indicaciones que se darán al viajero para evitar diversas enfermedades (tabla 1) y que consisten fundamentalmente en:

- **Educación para la salud.** Extremar las precauciones en relación con alimentos y bebidas, evitar picaduras, prevención de enfermedades de transmisión sexual, medidas relacionadas con los baños de agua dulce, salada, altura, exposición prolongada al sol...

- **Vacunas.** Las únicas consideradas obligatorias en determinados países y sujetas a reglamentación internacional son la vacuna frente a la Fiebre Amarilla y frente a la Meningitis tetravalente. Ambas llevan consigo el Certificado Internacional de Vacunación que sólo puede ser expedido en los Centros de Vacunación Internacional. Hay otras vacunas recomendables, en función de las características del viajero, del país a visitar y de las epidemias que en ese momento se produzcan en los diferentes destinos.

- **Profilaxis de la Malaria** (o Paludismo), es una enfermedad transmitida por picadura de mosquito, problema de salud pública en más de

90 países, implicando un riesgo para aproximadamente 2400 millones de personas. Al no existir vacuna eficaz, se deben utilizar precauciones para evitar las picaduras de mosquitos así como tomar la medicación preventiva (profilaxis) antipalúdica indicada para cada destino.

Hay que recordar que algunas enfermedades no se manifiestan de forma inmediata sino semanas después de volver del viaje y por ello en caso de presentar síntomas que requieran atención médica, deberá informar que ha realizado un viaje a una zona tropical o a un país en desarrollo.

El objetivo de este artículo de revisión es orientar a los Médicos de Familia ante la demanda de información de una persona que viajará al extranjero.

CONSEJOS SANITARIOS A VIAJEROS INTERNACIONALES

Es aconsejable cuando un viajero solicita atención estructurar la información; una manera adecuada, es dividir ese acontecimiento, el viaje, cronológicamente en etapas: Preparando el viaje, Durante el Viaje y a la Vuelta del mismo. Múltiples consultas se pueden resolver en Atención Primaria, bastantes vacunaciones e incluso la indicación de la profilaxis antipalúdica; es más debido a la demanda de atención, es necesario que el Médico de Familia sea una fuente de información, ya que en determinadas épocas los Centros de Vacunación Internacional se desbordan. En la tabla 2 se puede ver la evolución de la actividad del Centro de Vacunación Internacional del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, desde su apertura en el año 2002.

I. PREPARANDO EL VIAJE

Los consejos sanitarios generales, las vacunaciones obligatorias como la Fiebre amarilla y las recomendadas como Tétanos, Polio, Fiebre tifoidea, Hepatitis A y B, Meningitis meningocócica, Rabia, etc., así como, la profilaxis antipalúdica, constituyen el grueso de esta etapa fundamental para la salud del viajero. También cobra gran

importancia conocer si el viajero padece alguna enfermedad, pues debe informar de la misma y se deberá recetar la medicación necesaria para todo el viaje. Hay situaciones o grupos de especial atención como los ancianos y niños, la mujer embarazada y el paciente inmunodeprimido que sobrepasan el objetivo de esta revisión.

Consejos Generales

Se deben aplicar de forma genérica una serie recomendaciones resumidas en el decálogo siguiente:

1. Agua y Alimentos. Pueden ser transmisores, bien de microorganismos, bien de toxinas biológicas especialmente en pescados y mariscos. Una de las patologías más frecuentes que puede presentar el viajero internacional, es la diarrea del viajero sobre todo si el destino es África, América latina y Asia tropicales, Magreb y Oriente próximo. Las recomendaciones siguientes: no beber agua, no tomar cubitos de hielo con las bebidas, no lavarse los dientes ni lavar las lentillas (son frecuentes pequeñas heridas bucales o corneales y se pueden contagiar con gérmenes que estén en aguas contaminadas). Beber agua embotellada. Si se va a un hotel, se puede hacer hielo en el frigorífico con el agua embotellada; no existe riesgo con bebidas calientes (té, café). No comer frutas sin pelar, ni verduras crudas (ojo a las ensaladas), las carnes y pescados ni crudos ni poco cocinados, cuidado con la repostería y helados (fácil contaminación), no consumir leche ni derivados sin higienizar y evitar la carne y pescados ahumados expuestos en mercados al aire libre. A veces es difícil cumplir dichas medidas y aparece el cuadro diarreico, en este caso se indicará dieta astringente y reposición hídrica (son muy buenas las infusiones azucaradas o la solución casera de la OMS: 1 litro de agua, 5 cucharadas de azúcar, $\frac{3}{4}$ de cucharada de sal, $\frac{1}{2}$ cucharada de bicarbonato y $\frac{1}{4}$ de zumo de limón. Seguir el principio de que «**en el trópico: Hervido, Cocido, Pelado u Olvidado**»

2. Protección contra artrópodos. Existen diversas enfermedades cuya transmisibilidad es debida a los insectos como la malaria, el dengue o la fiebre amarilla. Medidas para minimizar el riesgo de picaduras: usar ropa de manga larga y pantalón

largo, de fibras naturales, ligeras, no ajustadas y de color claro. Los olores fuertes atraen a los mosquitos, no utilizar perfumes, geles con mucho olor, loción de afeitar... los protectores solares de farmacia son los que menos huelen. Rociar con insecticida todas las partes descubiertas y al ir a dormir, dentro de la mosquitera remetiéndolo los bordes, al rato mirar si hay algo dentro y si no hay nada acostarse y volver a meter los bordes. Se recomienda lociones de DEET (N-dietil-3-metilbenzamida) al 30-40% para debajo de la ropa (huele más e irrita la piel sensible) o *Icaridina*.

3. *Ropa y calzado*. Deberán ser adecuados dado que la sudoración es muy profusa en países tropicales: el calzado amplio y ventilado. Utilizar ropa clara (excepto amarilla), pantalón y mangas largas y zapatos abrochados.

4. *Exposición solar*. Se evitarán las quemaduras solares utilizando un protector solar (mínimo factor 15) y encima repelente, evitar las horas de mayor exposición, aumentar la hidratación bebiendo abundantes líquidos, sobre todo agua; utilizar gafas solares, gorras o sombreros,

5. *Botiquín del viajero*. Debe contener material general o básico como: Material de curas (esparadrapo, vendas, tiritas, gasas, pinzas...), Antiséptico tópico: povidona yodada, repelentes (DEET), espirales de piretra, crema antisolar, analgésicos-antipiréticos (paracetamol), inhibidores del tránsito intestinal (tanato de gelatina), compuesto para rehidratación vía oral, agujas y jeringas para inyección, termómetro. Repuesto de gafas y lentillas, y líquido limpiador, no usar agua de grifo. También será necesario material específico, así los viajeros que lleven medicación crónica tomarán la precaución de llevarla doble, en sitios diferentes, para estar prevenidos en caso de robo o extravío. Medicación Antipalúdica recomendada según la zona. Antibióticos frente a disentería, antiácidos, antihistamínicos, laxantes, espasmolíticos y algún somnífero ligero. Desinfectante para agua de bebida, preservativos y crema tópica antifúngica.

6. *Prevención de los accidentes de tráfico*. Son la primera causa de mortalidad en los viajes. Hay que respetar las normas básicas de seguridad: uso del cinturón, revisión del vehículo, no tomar alcohol, y a veces lo mejor es no conducir y contratar un chofer local.

7. *Recomendaciones en los baños*. Los baños más peligrosos son los de agua dulce, sobre todo en aguas estancadas próximas a núcleos habitados, por la posible presencia de larvas que penetran a través de la piel originando enfermedades (Esquistosomiasis). El agua de piscinas (clorada) suele ser segura, en el mar no hay riesgo de enfermedades, pero existen otros peligros: contacto con medusas, anémonas y/o corales (irritación cutánea), y peces con aguijón, venenosos (pez piedra). Las recomendaciones son usar zapatos de goma para nadar y andar en zonas coralíferas.

8. *Prevención de mordeduras de animales*. Evitar el contacto con cualquier tipo de animal incluido los domésticos, pueden no estar controlados y transmitir Rabia, Hidatidosis, Rickettsiosis, Leishmaniosis, etc. Otro riesgo a tener en cuenta es la mordedura de serpientes, la gran mayoría no logran inyectar cantidad suficiente de veneno y la serpiente no suele atacar si no se siente amenazada las recomendaciones para evitar este riesgo son: calzado cerrado, nunca andar descalzo, ni caminar por zonas oscuras. No meter manos o bastones en agujeros del terreno ni trepar por árboles o rocas cubiertas de follaje. Sacudir la ropa de cama antes de acostarse, así como la ropa de vestir y el calzado antes de ponérselo. En caso de mordedura, se puede presentar dolor, fiebre, alteraciones de la coagulación e incluso shock.

9. *Riesgos ligados al comportamiento*. En este apartado destacan las Enfermedades de Transmisión Sexual -ETS-, algunas muy frecuentes como la Sífilis, Gonococia, Tricomoniasis y Linfogranuloma inguinal y otras como el SIDA y la Hepatitis B también transmisibles por vía hemática, por lo que habrá que tener cuidado con las transfusiones (pueden no estar controladas), jeringuillas, máquinas de afeitar, utensilios de tatuajes, acupuntura, cepillos dentales, etc. Para protegernos de estas enfermedades, se deben tomar las siguientes medidas: Evitar contactos sexuales ocasionales e incontrolados. No realizar actos sexuales que impliquen intercambio de esperma y sangre. Utilizar preservativos (incluirllos en la maleta, pues podemos o no encontrar, o que no estén homologados) y ser muy precavidos al acudir a lugares donde se ofrecen "placeres exóticos" ya que suelen ser fuente de ETS.

10. *Conocer el sistema sanitario local y cobertura de su seguro*. Se aconseja a todos los viajeros que

visiten países en vías de desarrollo, suscribir un seguro de viaje que tenga cobertura de asistencia médica y seguro de repatriación de viaje. Estos seguros no suelen tener cobertura para costos médicos originados por disturbios civiles o actos de guerra. La localización de un médico en el extranjero se puede hacer mediante la International Association for Medical Assistance to Travelers (IAMAT), que mantiene una lista de médicos de habla inglesa que se han capacitado en EE.UU. Canadá y el Reino Unido, pero no da credenciales de los médicos. Para más información consultar su base de datos informatizada disponible en www.iamat.sentex.com.

Vacunaciones

Ante la demanda de vacunación, una de las medidas más eficientes en la prevención de enfermedades cuando se viaja, hay que tener en cuenta algunas consideraciones. El efecto de las vacunas no es inmediato, dependiendo del tipo de vacuna, la respuesta inmunológica es más o menos tardía, esta es una de las razones por las que recomendamos que los viajeros pidan consejo sanitario al menos 1 mes antes del inicio del desplazamiento y si se va a viajar en época estival sería mejor pedir cita con más tiempo de antelación. La protección de algunas vacunas puede ser parcial y esto conlleva que se deban cumplir las medidas generales y específicas descritas anteriormente.

El esquema a seguir es el siguiente:

- Búsqueda de antecedentes vacunación:
 1. Revisar registros vacunación (historia clínica, cartilla).
 2. Entrevistar al paciente:
 1. Edad (histórico calendario vacunado).
 2. Antecedentes enfermedades inmunoprevenibles.
 3. Género (hombres: milicia?, mujeres: rubéola?).
 3. ¿Serologías? HB, HA.
- Valoración necesidades vacunación.
- Decisión sobre las vacunas a administrar.
- Informar al paciente (Consentimiento Informado en casos específicos).

- Administración vacuna.
- Atención postvacunación..

Las vacunas (tabla 3) a administrar dependerán del destino, resumidamente hay que tener en cuenta:

- En todos los viajeros se revisará la inmunización frente al Tétanos-difteria, y se seguirán las recomendaciones vigentes.

- Fiebre amarilla: vacuna obligatoria en determinados países y recomendada en otros. Dosis: 1 cada 10 años. Es de virus vivos atenuados y de respuesta efectiva en prácticamente el 100% de los vacunados. Los viajeros en los que esté indicada deberán acudir a un Centro de Vacunación Internacional autorizado por el Ministerio ya que sólo se puede administrar y expedir el certificado en ellos.

- Meningitis meningocócica: aunque endémica en todos los países, aparecen brotes epidémicos en el llamado cinturón del Sahel (Senegal, Mali, Togo, Níger, Nigeria, Chad, Sudan y Etiopía), fundamentalmente del serotipo A. Se dispone de la vacuna meningocócica tetravalente (ACWY), para personas que viajan a la zona de riesgo en África, a cooperantes en ese continente (zona de riesgo o no zona de riesgo), a los que van a la Meca (lo exigen) y a EEUU (cepas causantes de meningitis en este país son WY).

- Hepatitis A: enfermedad de distribución mundial, al ser de transmisión fecal-oral, tiene mayor prevalencia en países con infraestructuras sanitarias deficientes. Se deben vacunar los menores de 40 años, la respuesta inmunitaria se obtiene en 2-3 semanas. 1^a dosis (0) y 2^a dosis (6 ó 12 meses).

- Fiebre tifoidea: iguales características que la anterior. Produce inmunidad parcial y limitada. Hay varios tipos: Oral, incompatible con la vacuna de la Fiebre amarilla (dejar 2-3 días) y con antipalúdicos (dejar 1 semana de diferencia). 3 dosis, (días 0-2-4) e intramuscular, inactivada, sin incompatibilidades 1 dosis.

- Cólera. Vacuna inactivada. Efectiva para la prevención de esta enfermedad, y al presentar inmunidad frente a la toxina de la *Echerichia*

coli, es eficaz frente a la diarrea del viajero. Dosis: 2 sobres disueltos en un vaso de agua en ayunas.

- Triple vírica). Virus vivos. Sólo cooperantes no vacunados y que no hayan pasado el Sarampión, la Rubéola y/o la Parotiditis.

- Polio: 1 dosis de vacuna inactivada cuya inmunidad dura 3 años. Se administra a aquellas personas que van a zonas de riesgo.

- Gripe. Se recomienda sobre todo en viajes colectivos y son especialmente vulnerables los niños y las personas con enfermedades crónicas. La composición de la vacuna contiene las cepas de los virus de la gripe circulante en cada hemisferio.

- Rabia. Enfermedad producida por el virus de la rabia (Rhabdovirus) que se transmite por la saliva de animales (perros, gatos, y numerosos salvajes) tras mordedura. La vacuna preexposición consisten en administrar 3 dosis (0-7-21), cuya eficacia es del 100%. En casos de mordedura se administrará gammaglobulina antirrábica humana y vacuna.

- Encefalitis japonesa, en largos viajes al sudeste asiático, Corea o China. 3 dosis (0-7-14).

- Encefalitis centroeuropea. Indicada en viajes a zonas forestales de Centroeuropa y países Bálticos, también indicada en viajes a Siberia.

Al vacunar, nunca se debe olvidar las posibles incompatibilidades, alergias o posibilidad de embarazo.

Brotes de enfermedades: Además de lo comentado anteriormente hay que conocer los brotes y alertas sanitarias que hay en una época concreta en el país de destino y así proteger correctamente al viajero. En los Centros de Vacunación Internacional se reciben las alertas diarias y según estas se procederá.

Profilaxis Paludismo

El Paludismo o Malaria es una enfermedad endémica de muchos de los países destino del viajero

internacional. Afecta cada año aproximadamente a 30.000 viajeros de países desarrollados. Es una parasitosis producida por especies del protozoo del género *Plasmodium* (*falciparum*, *ovale*, *vivax* y *malariae*). Hay que destacar que esta enfermedad está ampliamente distribuida, así se encuentra en la mayoría de los países tropicales y algunos de clima templado; reviste mayor gravedad en no inmunes y cada vez son mayores las cepas de *Plasmodium* resistentes a los fármacos utilizados en la prevención y tratamiento de la enfermedad.

Se debe insistir en que una de las mejores medidas de prevención es la dirigida a evitar la picadura del mosquito vector de la enfermedad (repelentes, ropa adecuada, mosquiteras, etc.). Después estudiaremos el país para prescribir el tratamiento profiláctico específico según la zona concreta a visitar, la existencia de resistencias a los antipalúdicos, etc.

La OMS distingue zonas con *P. falciparum* resistente a cloroquina y zonas con *P. falciparum* sensible a cloroquina. Existen otras resistencias a fármacos y de otros *Plasmodium*, siendo útil para conocerlas consultar la página web de la OMS.

Profilaxis antipalúdica indicada (tabla 4, fármacos antipalúdicos).

- En zonas sensibles a la cloroquina, esta será la indicada.
- En zonas resistentes se indicará mefloquina, atovacunona-proguanil o doxiciclina.
- La profilaxis debe comenzar antes del viaje, el tiempo de permanencia a riesgo de la enfermedad y continuar en algunos casos un tiempo tras la vuelta.
- Por último existe otra medida, el tratamiento de reserva frente al paludismo, recomendado dependiendo del fármaco que se esté tomando para la profilaxis.

II. DURANTE EL VIAJE

Una vez en el lugar elegido, habrá que hacer uso de todos los consejos dados en el país de origen.

Destacaremos en este apartado situaciones concretas.

Alteraciones del reloj biológico Al llegar se puede sufrir el denominado: *Jet-lag* que es una alteración del ciclo normal sueño-vigilia originada por un viaje transmeridiano en un tiempo corto. Los síntomas son fatiga, debilidad, somnolencia e irritabilidad. Es más frecuente su aparición a la llegada al destino del viaje que al regreso a casa y afecta más a aquellas personas con alteraciones de base del sueño habitual. Se puede evitar, aumentando la hidratación durante el trayecto del viaje, reposando al llegar, tomar un hipnótico de acción corta durante los primeros días del viaje, exposición a luz brillante y la realización de la denominada "*Jet Lag Diet*", que consiste en la ingestión en el desayuno y la comida de alimentos con alto contenido proteico (para aumentar la producción de catecolaminas) y comidas ricas en carbohidratos en la cena (incrementando la síntesis de serotonina por la noche).

Picadura de Medusa.: Lavar la zona con agua de mar, aplicar vinagre o harina y enjuagar con agua de mar.

Marea roja [Caribe -Antillas-, Pacífico -Polinesia- y Océano Índico]. Los peces de barrera coralina (mero, lubina, barracuda, pueden albergar ciguatoxina: toxina resistente al calor capaz de producir envenenamientos en 12 h^a con trastornos g-i y neurológicos, como parestesias y disestesias, visión borrosa, astenia y artromialgias, puede durar semanas. Tratamiento sintomático.

Picaduras de animales marinos: producidas por peces que poseen aguijones óseos recubiertos de una vaina venenosa: pez raya, pez roca, pez escorpión. El aguijonazo produce un intenso dolor y la consiguiente laceración mística. Se recomienda: succión y limpieza de la herida. Si hay restos de aguijón extraerlo, aplicar agua caliente a 45° durante 30-60 minutos, profilaxis antitetánica, antihistamínicos y antiinflamatorios. Se utilizarán antibióticos sólo en heridas importantes y en viajeros inmunodeprimidos.

Mal de altura: síndrome complejo, casi exclusivo de la alta montaña. Se debe al desbordamiento de los mecanismos de compensación, apareciendo en ascensos a alturas superiores a los 3000 me-

tros (a veces inferior), por ello se recomienda que el ascenso se haga gradualmente (300 m/día), ya que un ascenso rápido puede originarlo. Los signos y síntomas son:

- Primera fase: taquipnea, taquicardia y derivación de la sangre mejor oxigenada hacia cerebro, corazón y riñones.

- Si estos mecanismos se desbordan aparece disnea, cefalea, insomnio y vértigos, junto a astenia y meteorismo, náuseas y vómitos.

- La taquipnea origina hipocapnia por depleción del CO₂ alveolar, se produce una inhibición del centro respiratorio que obliga a una respiración voluntaria que provoca insomnio y alcalosis. El tratamiento: Acetazolamida (125-250 mg/8h^a desde un día antes hasta 2-3 después de llegar a la cota máxima aumenta la resistencia), esta al inhibir la anhidrasa carbónica, permite mejorar el automatismo respiratorio y reducir el edema celular. Otros problemas: taquicardia, poliglobulia, etc.

- Presentan mayor sensibilidad a este cuadro: muy jóvenes, edad avanzada y en general personas con vida sedentaria al nivel del mar.

Consejos para su Prevención:

- Ascender lentamente, 300-400 m/día. «Ascende alto pero duerme bajo».

- Moderar la actividad física sobre todo las primeras 48 h^a.

- Aumentar conscientemente la profundidad y la frecuencia de la respiración.

- Evitar tomar sedantes, tranquilizantes, y analgésicos sedantes.

- Vigilar la orina: clara y no concentrada.

- Controlar ingesta de comida y agua: abundantes líquidos y poca sal.

- Llevar ropa adecuada.

- Acetazolamida.

- Las grandes expediciones deben ir dotadas de Oxígeno, traje-bolsa y medicación.

- 4 Reglas: Beber antes de tener sed. Comer antes de tener hambre. Abrigarse antes de tener frío. Descansar antes del agotamiento.

Cinetosis. También llamada enfermedad del movimiento. Se produce sobre todo en viajes en barco (bote) y en aeronaves. Los síntomas son: palidez, frío, náuseas y vómitos. Ocurren más frecuentemente en niños. La prevención se realiza manteniendo la vista en un punto de referencia visual estable como puede ser el horizonte, o bien con la administración de antihistamínicos como el Dimenhidrinato.

III. A LA VUELTA DEL VIAJE

El viajero que regresa, sobre todo de países en vías de desarrollo, debe estar alerta ya que algunas enfermedades tropicales no se manifiestan inmediatamente, pudiendo ocurrir que se presenten bastante tiempo después del regreso. En caso de que se necesite acudir al médico, se le deberá informar de la realización de un viaje en los últimos 12 meses a una zona tropical o a un país de baja renta.

No es necesario realizar examen médico tras un viaje breve y sin problemas. Sí, en caso de que se presenten en las semanas siguientes: fiebre, diarrea, vómitos, ictericia, problemas urinarios, genitales o de piel. También tras viajes de larga estancia o viajeros con enfermedades crónicas.

A modo de resumen es importante conocer, según el periodo de incubación, las enfermedades que pueden afectar al viajero. Así la presentación de fiebre en un viajero que ha regresado de un viaje podría estar originada por.

- periodo corto, menor de 10 días: paludismo, dengue y fiebre amarilla (arbovirasis), rickettsiosis, peste, salmonelosis no tifoideas

- periodo medio, de 10 a 21 días: paludismo, fiebres hemorrágicas víricas, brucelosis, tripanosomiasis africana, fiebre tifoidea.

- periodo largo, mayor de 21 días: paludismo infección aguda por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), hepatitis víricas, tuberculosis, amebiasis, leishmaniasis esquistosomiasis, filariasis.

Tras todo esto y si se han cumplido las medidas de prevención, fundamentalmente los consejos sanitarios frente a los riesgos ligados al medioambiente: baños, altitud, animales; los relacionados con el agua, los alimentos y la vestimenta y los ligados al comportamiento; así como las vacunaciones y la profilaxis antipalúdica, el botiquín o el seguro, el viaje habrá sido una experiencia inolvidable que, de repetirse, al mismo o a otro destino, conllevará que el viajero vuelva a solicitar información al Médico de Familia, y/o a un Centro de Vacunación Internacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solsona L, de Balanzó X. Prevención de enfermedades del viajero; el viajero que regresa. An Sist Sanit Navar. 2006; 29:105-120.
2. Prieto Zancudo C, García de Francisco A. Atención sanitaria al viajero. Consulta del viajero (I). Consulta antes del viaje. MEDIFAM. 2002; 12: 38-45.
3. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Memoria actividad 2002-2008 Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud; 2009.
4. Alonso PL. Tendencias de la salud internacional: retos y oportunidades para nuestra sociedad. Gac Sanit. 2003; 17: 175-178.
5. International travel and health. World Health Organization; 2009.
6. Méndez Menéndez N, Puente Puente S, Rodríguez Guardado A. Recomendaciones al viajero en situaciones especiales. Med Clin (Barc). 2006; 126: 25-33.
7. Mandell, Douglas, Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. 6ª Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Enfermedades Infecciosas importadas por viajeros internacionales a los trópicos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Viajes internacionales y salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Enfermedades infecciosas importadas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

11. León Espinosa de los Monteros MT, Fernández Sierra MA, Fuentes Gómez V, Llamas del Castillo MM, Jiménez Romano ME. Consejos Sanitarios ante viajes internacionales (I). En Fernando Cobo Martínez, Medicina Tropical y Parasitología. Enfermedades Infecciosas importadas. Alcalá la Real: Editorial Formación Alcalá; 2002.

12. León Espinosa de los Monteros MT, Fernández Sierra MA, Fuentes Gómez V, Llamas del Castillo MM, Checa Martínez J. Consejos Sanitarios ante viajes internacionales (II) Vacunación y Profilaxis recomendada. En Fernando Cobo Martínez. Medicina Tropical y Parasitología. Enfermedades Infecciosas importadas. Alcalá la Real: Editorial Formación Alcalá; 2002.

13. Sáenz González MC, Valero Juan LF. Características generales de las vacunas. Prácticas de inmunización. Vacunas combinadas. En Medicina Preventiva y Salud Pública. En Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Ed. Masson; 2001.

14. Sáenz González MC, González Celador R. Reglamento sanitario internacional. Intervenciones preventivas: consejos sanitarios al viajero. En Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Ed. Masson; 2001.

15. Salleras I. Vacunaciones Preventivas Principios y Aplicaciones. Barcelona: Ed. Masson; 2003.

16. Centers for Disease Control and Prevention. Recommended Adult Immunization Schedule -

United States, October 2007-September 2008. MMWR. 2007; 56: Q1-Q4.

17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Vacunación en adultos. Recomendaciones. Vacuna de difteria y tétanos. Actualización 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.

PÁGINAS WEB DE INTERÉS

<http://www.aeped.es/vacunas/>

<http://www.igsap.map.es/cia.htm>

<http://www.aev.es/aev/index.html>

<http://www.aventispasteur.com/spanish/>

<http://www.isciii.es/publico/>

<http://www.mpsp.org/mpsp/html/vacviaje.htm>

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/home.htm>

<http://www.geocities.com/TheTropics/9270/viajes.html>

<http://www.mae.es/>

<http://www.who.int/vaccines/>

<http://www.ops.org.ni/>

<http://www.cdc.gov/nip/>

<http://wwwn.cdc.gov/travel/content/vaccinations.aspx>

<http://www.ivi.org/>

<http://www.vaccines.com>

Tabla 1. Recomendaciones específicas frente a enfermedades según mecanismos de transmisión

Por Insectos	Fiebre amarilla: Vacuna	Paludismo: Quimioprofilaxis	Dengue: Evitar picaduras	Tripansomiasis: Evitar moscas y Chinchas	Otras: Evitar garrapatas
Por Alimentos	Hepatitis A: Vacuna	Gastroenteritis Vacuna y EE*	Toxiinfecciones alimentarias EE*	Poliomielitis EE*	
Por vía sexual o sanguínea	Hepatitis B: Vacuna	Hepatitis C : EE*	VIH EE*	Sífilis, sarna, otras venéreas EE*	
Otras Vías	Contacto: Hongos, parásitos: Higiene y EE*	Aire: meningitis gripe, tuberculosis: Vacunas y para EE*: mascarilla	Por agresión: heridas, cortes con coral, mordeduras, etc.: Higiene y conducta de evitación, inmunización.		

*EE: evitar exposición

Tabla 2. Centro Vacunación Internacional Actividad 2002-2008 Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nº Viajeros	1.007	1.080	1.488	1.755	2.260	2.738	3158
Nº Vacunas	1.729	2.315	2.862	2.780	3.375	3.210	3813
PX Paludismo	811	710	1.007	1.020	1.437	1.225	1242

Tabla 4. Fármacos antipalúdicos.

Principio activo	Nombre comercial	Dosis
Cloroquina	Aralen. Avloclor. Nivaquina. Resochin. Cloroquina Llorente. Dolquine	5 mg/k/semana
Mefloquina	Lariam. Mephaquin	5 mg/k/semana
Proguanil	Paludrine	3 mg/k/día (combinada con cloroquina)
Doxiciclina	Vibracina	1,5-2 mg/kg/día
Atovacuona + proguanil	Malarone	250 mg/100 mg/día

Tabla 3. Indicaciones de vacunación en los viajeros internacionales.

VACUNA	INDICACIONES	COMENTARIOS
Tétanos	Viajero no inmune	<i>Vacunación ausente o desconocida:</i> 3 dosis (0, 1-2, 6 ó 12 meses). <i>-Serie primaria de vacunación interrumpida:</i> completar la serie independientemente del tiempo transcurrido. “Dosis puesta dosis que cuenta”
Difteria	Zonas con brotes epidémicos (este de Europa, antigua Unión Soviética...)	Combinada con tétanos (<i>Td en adultos</i>)
Poliomielitis	Viajero no inmune. Dosis de recuerdo en viajeros de alto riesgo previamente vacunados	Pauta en función de la edad y del tiempo disponible antes de la partida.
Sarampión	Viajero no inmune	Se puede usar la <i>triple vírica</i> . Ojo mujeres en edad fértil
Fiebre tifoidea	Viajeros de larga estancia o fuera de las rutas turísticas o a zonas con brote epidémico	<i>La vacuna oral viva</i> (Ty21a) tarda más tiempo en generar anticuerpos. No conjuntamente con antipalúdicos ni con antibióticos. No dar a embarazadas ni en inmunodeprimidos. <i>La vacuna polisacárida parenteral</i> (Vi) genera anticuerpos más rápido y carece de las contraindicaciones de la oral.
Hepatitis A	Viajero no inmune en viajes de larga estancia o fuera de rutas habituales en zonas endémicas. Viajero menor de 30-35 años.	Una dosis protege al mes de la vacunación y al menos durante 6 meses. 2ª dosis pasados 6 meses. Utilidad de la vacunación combinada hepatitis A-hepatitis B (es más cara no financiada SAS).
Hepatitis B	Viajero de larga estancia, cooperantes sanitarios y viajeros con contactos sexuales.	<i>Pautas aceleradas:</i> 1 dosis los meses 0, 1,2 (recuerdo a los 12), o los días 0, 7,21 y recuerdo 12 meses. (Protege en el 75%).
Cólera	No indicación de vacunación rutinaria	La nueva vacuna es inactivada por vía oral 2 dosis separadas una semana. (Dukoral)
Fiebre Amarilla	Viajero a zonas endémicas	Sujeta a reglamentación internacional. Vacuna de virus vivos. Expedición de certificado sólo en Centros de Vacunación Internacional autorizados.
Neumococo, Gripe H. Influenzae	En grupos de riesgo con indicaciones para esas vacunas	Viajeros con inmunodepresión, asplenia, etc.
Meningococo	En peregrinos a la Meca, viajeros a África subsahariana (<i>cinturón de la meningitis</i>),	Tetravalente (A-C-Y-W135).
Rabia	Inmunización preexposición en viajeros de larga estancia y en los de riesgo ocupacional (<i>espeleólogos, alpinistas...</i>).	La vía intradérmica (0,1ml) es una alternativa a la i.m., abaratando los costes.
Encefalitis japonesa	En viajeros al Sudeste de Asia, en zonas rurales durante más de 1 mes en la época de los monzones	Vacuna de virus inactivados cultivada en cerebro mono (medicamentos extranjeros)
Encefalitis centroeuropea	En viajeros a centro-este de Europa, durante los meses estivales y con actividades en zonas de bosques.	Difícil de conseguir (medicamentos extranjeros). (Encepur). Vacuna virus inactivados.
BCG	Generalmente no indicada	Es aconsejable realizar test de tuberculina antes y después de un viaje de alto riesgo o de estancia prolongada.

CARTAS AL DIRECTOR

Estado nutricional en una población pediátrica

Sr. Director:

Presentamos un trabajo realizado en el Centro de Salud de Las Cabezas de San Juan (Sevilla), que pretende valorar el estado nutricional en niños de 2 a 4 años atendidos en nuestro centro.

Se trata de un estudio epidemiológico observacional descriptivo y transversal¹, en el cual la recogida de la información se efectuó mediante una revisión de los pacientes adscritos al Programa de Niño Sano de 2, 3 y 4 años durante el año 2006.

La fuente de información utilizada para la recogida de datos, fue la historia clínica. De ella se recopilaban datos demográficos como la edad, el sexo, el peso y la talla, creando dos nuevas variables una denominada "Índice de masa corporal (IMC) o Índice de Quetelec" y otra "porcentaje de peso ideal o Índice de Waterlow", este último nos informaría acerca de la subnutrición de los niños clasificándola en leve (90-80%), moderada (<80-70%) y grave (<70%)^{2,3}. El IMC una vez calculado se analizó mediante curvas percentiladas, valorando subnutrición ($P < 5$), normopeso ($\geq P5 \leq P80$), sobrepeso ($> P80$) y obesidad ($> P97$)⁴.

Los datos de las variables se tabularon elaborando una base de datos y fueron sometidos a un análisis descriptivo univariante, mediante la distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas expresadas en porcentaje para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana) y medidas de dispersión (mínimo, máximo, desviación estándar)⁵.

El análisis estadístico se realizó con el programa Statical Package for Social Sciences software (SPSS) versión 12.0.1⁶.

Nuestra población de estudio quedo constituida por 276 niños de los cuales 132 eran varones (47,8%) y 144 eran mujeres (52,2%). La edad media de estos niños fue 2,96 años, con una mediana de 2 años (mínimo 2 años, máximo 4 años)

desviación típica 0,98 años. Había 139 niños de 2 años (50,4%), 8 (2,9%) de los niños tenían 3 años y 129 (46,7%) tenían 4 años. El peso medio fue 14,91 kg. con una mediana de 14,05 Kg. (mínimo 9,37 Kg., máximo de 28,50 Kg.) desviación típica 3,73 Kg. La talla media fue de 0,94 cm., con una mediana de 0,92 cm. (mínimo 0,77cm., máximo de 1,16 cm.) desviación típica 0,97cm.

Si analizamos estos datos según el sexo, encontramos que el peso medio fue 15,35 Kg para los varones, mediana 14,7 Kg. (mínimo 9,5Kg., máximo 27Kg.), desviación típica de 3,61 Kg. Las mujeres tenían un peso medio de 14,51 Kg., mediana 13,54 Kg. (mínimo 9,37 Kg., máximo 28,5 Kg.), desviación típica 3,80 Kg. La talla media para varones fue 0,958 cm., mediana 0,96 cm. (mínimo 0,80 cm., máximo 1,12 cm.), desviación típica 0,091cm. La talla media para las mujeres fue 0,93 cm., mediana 0,90 cm. (mínimo 0,77 cm., máximo 1,16 cm.), desviación típica 0,10cm.

Los indicadores para evaluar el estado nutricional de los niños utilizados en el estudio, fueron el Índice de porcentaje de peso ideal de Waterlow y el Índice de masa corporal de Quetelet (I.M.C.). Encontrando que 34 pacientes pediátricos tenían desnutrición según el Índice de Waterlow, siendo esta desnutrición moderada en 2 pacientes. Otros 34 niños de nuestro estudio tenían sobrenutrición y 208 tenían un estado nutricional adecuado.

Si desglosamos el Índice de Waterlow según el sexo encontramos que 27 niños varones tenían desnutrición (20,5%), encontrando esta sólo en 7 de las niñas (4,9%).

Según el Índice de Quetelec 19 niños tenían un bajo peso, 193 tenían un peso normal, 37 tenían sobrepeso y 27 eran obesos. Si estudiamos los niños varones 10 (7,6%) eran obesos, mientras que había 17 (11,8%) niñas obesas.

Según los resultados anteriores podemos concluir que:

- El 70-75% de los pacientes de 2 a 4 años de la población de las Cabezas de San Juan tenían un estado nutricional adecuado.
- Con el Índice de Waterlow un 12,3% tenían un estado de sobrenutrición encontrando la misma

prevalencia de pacientes con un estado nutricional deficitario.

- El 20,5% de los niños (sexo masculino) tenían un estado nutricional deficitario, encontrando este estado nutricional en el 4,9% de las niñas.

- La prevalencia de obesidad fue de 9,8% y la de sobrepeso de un 13% según el IMC.

- El 7,6% de los niños (sexo masculino) eran obesos y el 16,7% tenían sobrepeso.

- El 11,8% de las niñas eran obesas y el 10,4% tenían sobrepeso.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Delgado M. Estudios de observación. En: Delgado M, Llorca J, editores. Metodología de la investigación sanitaria. Barcelona: Signo; 2003. p. 95-118.

2. Bueno M, Moreno LA, Bueno G. Valoración clínica, antropométrica y de la composición corpo-

ral. En: Tojo R, editor. Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona: Doyma; 2001. p. 477-90.

3. Martínez Costa C, Pedrón Giner C. Valoración del estado nutricional. En: Moraga F, editor. Protocolos diagnósticos-terapéuticos. Protocolo de Nutrición (9) 2002. En: URL <http://aeped.es/protocolos/nutricion/nueve/valoracion-del-estado-nutricional.pdf> [20-04-2007].

4. Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz E, Sánchez E, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto de Investigaciones sobre Crecimiento y Desarrollo. Madrid: Garsi; 1996.

5. Perea-Milla López. Medidas de frecuencia. En: Burgos Rodríguez R. Metodología de investigación y escritura científica en clínica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996. p. 49-62.

6. SPSS 12.0.1 para Windows. Octubre 2003.

Rojas Lucena IM

Médico de Familia C. S. Las Cabezas de San Juan (Sevilla)
isabelrolu@gmail.com

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de abril al 30 de junio de 2009)

Manteca González A

Médico de Familia

Los artículos, publicados entre el 1 de abril y el 30 de junio 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.

Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD. A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. *Acad Med.* 2009; 84:551-558 [M,I]

Green M, Zick A. Defining professionalism from the perspective of patients, physicians, and nurses. *Acad Med.* 2009; 84:566-573 [T,I]

Luciano JV, Fernández A, Serrano-Blanco A, Pinto-Meza A, Palao DJ, Mercader M, et al. Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. *Aten Primaria.* 2009; 41:131-140 [T,I]

López L, López D, Berbel FJ, Pérez de Colosía M, Pedregal M. Influencia del acompañante en la negociación y la duración de la consulta en atención primaria. *Aten Primaria.* 2009; 41:147-151 [T,I]

Turabián JL, Pérez B. Buscando el paraíso. La historia de una isla fantasma: la medicina de familia en España. *Aten Primaria.* 2009; 41:159-161 [AO,II]

Merino J. Programas de doctorado en Medicina de Familia: un nuevo servicio de la universidad para los médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2009; 41:163-167 [AO,I]

Gallego F, Gens M, Palacios L, Hernández N. ¿Cómo gestionamos la información en la consulta para garantizar una asistencia de calidad? *Aten Primaria.* 2009; 41:169-171 [R,I]

Blanco L, Villarreal E, Vargas ER, Galicia L, Martínez L, Mejía AF. Relación coste-efectividad de la cita previa en la consulta externa de medicina familiar. *Aten Primaria.* 2009; 41:329-334 [CE,I]

Jodar-Solà G, Cuxart-Ainaud N, Zabaleta-Del-Olmo E. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 2009; 41:335-338 [AO,I]

Toon PD. Practice Pointer. "I need a note, doctor": dealing with requests for medical reports about patients. *BMJ.* 2009;338:175 [AO,I]

Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D, et al. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ.* 2009; 338:946 [R,II]

Ellins J, Ham C, Parker H. Opening up the primary medical care market. *BMJ.* 2009; 338:1127 [AO,II]

Heath I, Rubinstein A, Stange KC, van Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ.* 2009; 338:1242 [R,III]

Glazier RH, Klein-Geltink J, Kopp A, Sibley LM. Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. *CMAJ.* 2009; 180:E72-81 [T,I]

Evans L, Trotter DRM. Epistemology and uncertainty in primary care: an exploratory study. *Fam Med.* 2009; 41:319-326 [T,I]

- Hill L, Mueller MR, Roussos S, Hovell M, Fontanesi J, Hill J, et al. Opportunities for the use of decision aids in primary care. *Fam Med*. 2009; 41:350-355 [T,I]
- Kelly BF, Sicilia JM, Forman S, Ellert W, Nothnagle M. Advanced procedural training in family medicine: a group consensus statement. *Fam Med*. 2009; 41:398-404 [C,I]
- Sharma G, Fletcher KE, Zhang D, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS. Continuity of outpatient and inpatient care by primary care physicians for hospitalized older adults. *JAMA*. 2009; 301:1671-1680 [S,II]
- Vass M. The future role of general practice: managing multiple agendas. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27:65-67 [AO,I]
- RIESGO CARDIOVASCULAR.** Incluye: tabaco, dislipemias, hipertensión, obesidad, ejercicio físico, nutrición / dietética.
- U.S. Preventive Services Task Force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009; 150:551-555 [M,III]
- McAlister FA, Wiebe N, Ezekowitz JA, Leung AA, Armstrong PW. Meta-analysis: beta-blocker dose, heart rate reduction, and death in patients with heart failure. *Ann Intern Med*. 2009; 150:784-794 [M,I]
- Cook NR, Ridker PM. Advances in measuring the effect of individual predictors of cardiovascular risk: the role of reclassification measures. *Ann Intern Med*. 2009; 150:795-802 [R,II]
- Fernandez E, Almenar L, Ponce S, Moro JA, Blanquer R, Salvador A. ¿Cuándo remitir al cardiólogo al paciente con síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño? Utilidad del NT-proBNP. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45:173-180 [T,I]
- Trapero-Bertran M. Evaluación económica de las intervenciones antitabáquicas: ¿nos dejamos algo en el tintero? *Arch Bronconeumol*. 2009; 45:209-211 [AO,I]
- Bertoni AG, Bonds DE, Chen H, Hogan P, Crago L, Rosenberger E, et al. Impact of a multifaceted intervention on cholesterol management in primary care practices: guideline adherence for heart health randomized trial. *Arch Intern Med*. 2009; 169:678-686 [EC,II]
- Wright JT Jr, Probstfield JL, Cushman WC, Pressel SL, Cutler JA, Davis BR, et al; ALLHAT Collaborative Research Group. ALLHAT findings revisited in the context of subsequent analyses, other trials, and meta-analyses. *Arch Intern Med*. 2009; 169:832-842 [M,II]
- Myung SK, McDonnell DD, Kazinets G, Seo HG, Moskowitz JM. Effects of Web- and computer-based smoking cessation programs: meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2009; 169:929-937 [M,I]
- Hormigo A, Viciano MA, Gomez L, Gallego MD, Orellana J, Morales JM. Mejora de la efectividad en el manejo del riesgo cardiovascular de pacientes diabéticos tipo 2 en atención primaria. *Aten Primaria*. 2009; 41:240-245 [QE,I]
- Márquez E, Martel N, Gil V, Martín JL, De La Figuera M, Casado JJ, et al. El control de la inercia terapéutica en el tratamiento de la hipertensión arterial mediante diferentes estrategias. *Aten Primaria*. 2009; 41:315-323 [EC,I]
- Bushnell CD, Jamison M, James AH. Migraines during pregnancy linked to stroke and vascular diseases: US population based case-control study. *BMJ*. 2009; 338:664 [CC,I]
- Ribeiro AL. Natriuretic peptides in elderly people with acute myocardial infarction. *BMJ*. 2009; 338:787 [AO,I]
- McManus RJ, Mant J. Management of blood pressure in primary care. *BMJ*. 2009; 338:940 [AO,I]
- Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009; 338:1024 [M,II]
- Keenan K, Hayen A, Neal BC, Irwig L. Long term monitoring in patients receiving treatment to lower blood pressure: analysis of data from placebo controlled randomised controlled trial. *BMJ*. 2009; 338:1492 [EC,II]
- Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009; 338:1665 [M,II]
- Krum H. Consider beta blockers for patients with heart failure. *BMJ*. 2009; 338:b1728 [AO,I]
- Godlee F. Editor's choice. A new era for blood pressure management. *BMJ*. 2009; 338: 2068 [AO,I]
- Ehlers L, Overvad K, Sørensen J, Christensen S, Bech M, Kjølby M. Analysis of cost effectiveness of screening Danish men aged 65 for abdominal aortic aneurysm. *BMJ*. 2009; 338:b2243 [CE,I]
- Thompson SG, Ashton HA, Gao L, Scott RA; Multicentre Aneurysm Screening Study Group. Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised Multicentre Aneurysm Screening Study. *BMJ*. 2009; 338:b2307 [EC,I]
- Adhiyaman V, Adhiyaman S. Transient ischaemic attack. *BMJ*. 2009; 338:2343 [R,I]
- Okin PM, Oikarinen L, Viitasalo M, Toivonen L, Kjeldsen SE, Nieminen MS, et al; LIFE Study Investigators. Prognostic value of changes in the electrocardiographic strain pattern during antihypertensive treatment: the Losartan Intervention for End-Point Reduction in Hypertension Study (LIFE). *Circulation*. 2009; 119:1883-1891 [S,I]
- Miura K, Nakagawa H, Ohashi Y, Harada A, Taguri M, Kushihiro T, et al; Japan Arteriosclerosis Longitudinal Study (JALS) Group. Four blood pressure indexes and the risk of stroke and myocardial infarction in Japanese men and women: a meta-analysis of 16 cohort studies. *Circulation*. 2009; 119:1892-1898 [M,I]
- Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation*. 2009; 119:1977-2016 [M,III]

- Maruthur NM, Wang NY, Appel LJ. Lifestyle interventions reduce coronary heart disease risk: results from the PREMIER Trial. *Circulation*. 2009; 119:2026-2031 [EC,II]
- Conen D, Tedrow UB, Koplan BA, Glynn RJ, Buring JE, Albert CM. Influence of systolic and diastolic blood pressure on the risk of incident atrial fibrillation in women. *Circulation*. 2009; 119:2146-2152 [S,I]
- Superko HR. Advanced lipoprotein testing and subfractionation are clinically useful. *Circulation*. 2009; 119:2383-2395 [R,I]
- Mora S. Advanced lipoprotein testing and subfractionation are not (yet) ready for routine clinical use. *Circulation*. 2009; 119:2396-2404 [AO,I]
- Hlatky MA, Greenland P, Arnett DK, Ballantyne CM, Criqui MH, Elkind MS, et al; American Heart Association Expert Panel on Subclinical Atherosclerotic Diseases and Emerging Risk Factors and the Stroke Council. Criteria for evaluation of novel markers of cardiovascular risk: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009; 119:2408-2416 [M,II]
- Anter E, Jessup M, Callans DJ. Atrial fibrillation and heart failure: treatment considerations for a dual epidemic. *Circulation*. 2009; 119:2516-2525 [AO,I]
- Stern S, Bayes de Luna A. Coronary artery spasm: a 2009 update. *Circulation*. 2009; 119:2531-2534 [R,I]
- Garza AG, Gratton MC, Salomone JA, Lindholm D, McElroy J, Archer R. Improved patient survival using a modified resuscitation protocol for out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation*. 2009; 119:2597-2605 [S,I]
- Ewy GA. Do modifications of the American Heart Association guidelines improve survival of patients with out-of-hospital cardiac arrest? *Circulation*. 2009; 119:2542-2544 [AO,I]
- Chugh SS, Reinier K. Predicting sudden death in the general population: another step, N terminal B-type natriuretic factor levels. *Circulation*. 2009; 119:2863-2864 [AO,I]
- Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. 2009; 119:3028-3035 [AO,I]
- Pencina MJ, D'Agostino RB Sr, Larson MG, Massaro JM, Vasan RS. Predicting the 30-year risk of cardiovascular disease: the framingham heart study. *Circulation*. 2009; 119:3078-3084 [S,II]
- Capewell S, O'Flaherty M. Trends in cardiovascular disease: are we winning the war? *CMAJ*. 2009; 180:1285-1286 [AO,I]
- Porter SA, Massaro JM, Hoffmann U, Vasan RS, O'Donnel CJ, Fox CS. Abdominal subcutaneous adipose tissue: a protective fat depot? *Diabetes Care*. 2009; 32:1068-1075 [T,I]
- Rosenson RS, Otvos JD, Hsia J. Effects of rosuvastatin and atorvastatin on LDL and HDL particle concentrations in patients with metabolic syndrome: a randomized, double-blind, controlled study. *Diabetes Care*. 2009; 32:1087-1091 [EC,I]
- Delavari A, Forouzanfar MH, Alikhani S, Sharifian A, Kelishadi R. First nationwide study of the prevalence of the metabolic syndrome and optimal cutoff points of waist circumference in the Middle East: the national survey of risk factors for noncommunicable diseases of Iran. *Diabetes Care*. 2009; 32:1092-1097 [T,I]
- Toyoda K. Pharmacotherapy for the secondary prevention of stroke. *Drugs*. 2009; 69:633-647 [R,II]
- Ehrlich JR, Nattel S. Novel approaches for pharmacological management of atrial fibrillation. *Drugs*. 2009; 69:757-774 [R,I]
- Baldwin CM, Plosker GL. Aliskiren/Hydrochlorothiazide combination: in mild to moderate hypertension. *Drugs*. 2009; 69:833-841 [R,I]
- Keating GM. Losartan/Hydrochlorothiazide: a review of its use in the treatment of hypertension and for stroke risk reduction in patients with hypertension and left ventricular hypertrophy. *Drugs*. 2009; 69:1239-1265 [R,I]
- Schiele F, Meneveau N, Seronde MF, Descotes-Genon V, Oettinger J, Ecarnot F, et al; Réseau de Cardiologie de Franche Comté. Changes in management of elderly patients with myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2009; 30:987-994 [S,I]
- Piccini JP, Berger JS, O'Connor CM. Amiodarone for the prevention of sudden cardiac death: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J*. 2009; 30:1245-1253 [M,II]
- Mata-Cases M, Fernandez-Bertolin E, Garcia-Duran M, Cos-Claramunt X, Pareja-Rosell C, Pujol-Ribera E. Prevalencia de enfermedad cardiovascular en personas recién diagnosticadas de diabetes mellitus tipo 2. *Gac Sanit*. 2009; 23:133-138 [S,I]
- Cabrera A, Aleman JJ, Rodriguez MC, del Castillo-Rodriguez JC, Dominguez-Cuello S, Almeida-Gonzalez D, et al. En la población Canaria, la función de Framingham estima mejor el riesgo de mortalidad cardiovascular que la función SCORE. *Gac Sanit*. 2009; 23:216-221 [T,I]
- McDermott MM, Criqui MH. Aspirin and secondary prevention in peripheral artery disease: a perspective for the early 21st century. *JAMA*. 2009; 301:1927-1928 [AO,I]
- van Ramshorst J, Bax JJ, Beeres SL, Dibbets-Schneider P, Roes SD, Stokkel MP, et al. Intramyocardial bone marrow cell injection for chronic myocardial ischemia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 301:1997-2004 [EC,I]
- Scher AI, Gudmundsson LS, Sigurdsson S, Ghambaryan A, Aspelund T, Eiriksdottir G, et al. Migraine headache in middle age and late-life brain infarcts. *JAMA*. 2009; 301:2563-2570 [S,I]
- Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJ, et al; JUPITER Trial Study Group. Reduction in C-reactive protein and LDL cholesterol and cardiovascular event rates after initiation of rosuvastatin: a prospective study of the JUPITER trial. *Lancet*. 2009; 373:1175-1182 [S,I]
- Enriquez-Sarano M, Akins CW, Vahanian A. Mitral regurgitation. *Lancet*. 2009; 373:1382-1394 [R,I]
- Emergency and comprehensive care for stroke needed. *Lancet*. 2009; 373:1496 [AO,I]
- Ray KK, Seshasai SR, Wijesuriya S, Sivakumaran R, Netherrcott S, Preiss D, et al. Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2009; 373:1765-1772 [M,II]

Mazzone T. Hyperglycaemia and coronary heart disease: the meta picture. *Lancet*. 2009; 373:1737-1738 [AO,I]

Ray KK, Seshasai SR, Wijesuriya S, Sivakumaran R, Nethcott S, Preiss D, et al. Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2009; 373:1765-1772 [M,II]

Home PD, Pocock SJ, Beck-Nielsen H, Curtis PS, Gomis R, Hanefeld M, et al; RECORD Study Team. Rosiglitazone evaluated for cardiovascular outcomes in oral agent combination therapy for type 2 diabetes (RECORD): a multicentre, randomised, open-label trial. *Lancet*. 2009; 373:2125-2135 [EC,II]

De Velasco JA, Del Campo A, Heras M, Macaya C. Opinión de los cardiólogos sobre la situación de la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en España. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:599-602 [C,I]

Regidor E, Ronda E, Pascual C, Martínez D, Calle ME, Domínguez V. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:621-624 [T,I]

Barros AJ, Blázquez MA, Leta R, Pujadas S, Alomar X, Pons-Llado G. Coronariografía no invasiva mediante tomografía computarizada con multidetectores en pacientes con sospecha de enfermedad coronaria y ergometría no diagnóstica. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:661-664 [S,I]

Sagastagoitia JD, Vacas M, Saez Y, Saez JP, Santos M, Lafita M, et al. Lipoproteína (a), dímero-D y apolipoproteína A-1 como indicadores de la presencia y gravedad de la enfermedad coronaria. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:689-694 [T,I]

Mostaza JM, Lahoz C. «Nuevos» marcadores de riesgo: ¿emergen o definitivamente naufragan? *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:704-705 [AO,I]

Drobnic F, Serra JR. La exploración cardiológica obligada del deportista. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:706-708 [AO,I]

Armario P, Hernández R, Oliveras A. Papel actual de los antagonistas de los receptores de la angiotensina II y de sus combinaciones en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:792-796 [R,II]

ACTIVE Investigators, Connolly SJ, Pogue J, Hart RG, Hohnloser SH, Pfeffer M, Chrolavicius S, Yusuf S. Effect of clopidogrel added to aspirin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009; 360:2066-2078 [EC,I]

Go AS. The ACTIVE pursuit of stroke prevention in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009; 360:2127-2129 [AO,I]

Frye RL, August P, Brooks MM, Hardison RM, Kelsey SF, MacGregor JM, et al; BARI 2D Study Group. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. *N Engl J Med*. 2009; 360:2503-2515 [EC,I]

Hohnloser SH. Nuevas perspectivas farmacológicas en pacientes con fibrilación auricular: el ensayo ATHENA. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62:479-481 [AO,I]

Meland E, Aamlund A. Salt restriction among hypertensive patients: modest blood pressure effect and no adverse effects. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27:97-103 [EC,I]

DIABETES

Kahn HS, Cheng YJ, Thompson TJ, Imperatore G, Gregg EW. Two risk-scoring systems for predicting incident diabetes mellitus in U.S. adults age 45 to 64 years. *Ann Intern Med*. 2009; 150:741-751 [S,II]

Herman WH. Predicting risk for diabetes: choosing (or building) the right model. *Ann Intern Med*. 2009; 150:812-814 [AO,I]

Diogène E, Rodríguez D. ¿Qué pasa con los nuevos fármacos para la diabetes mellitus? *Aten Primaria*. 2009; 41:238-239 [AO,II]

Hormigo A, Viciano MA, Gómez L, Gallego MD, Orellana J, Morales JM. Mejora de la efectividad en el manejo del riesgo cardiovascular de pacientes diabéticos tipo 2 en atención primaria. *Aten Primaria*. 2009; 41:240-245 [QE,I]

Carracedo-Martínez E, Pia-Morandeira A. Metformina también como primera elección en pacientes con peso normal. ¿Se ha incrementado su uso? *Aten Primaria*. 2009; 41:324-328 [S,I]

Lehman R, Krumholz HM. Tight control of blood glucose in long standing type 2 diabetes. *BMJ*. 2009; 338:800 [AO,II]

Hippisley-Cox J, Coupland C, Robson J, Sheikh A, Brindle P. Predicting risk of type 2 diabetes in England and Wales: prospective derivation and validation of QDScore. *BMJ*. 2009; 338:880 [S,II]

Schwarz PE, Li J, Bornstein SR. Screening for type 2 diabetes in primary care. *BMJ*. 2009; 338:973 [AO,II]

Adler AI, Shaw EJ, Stokes T, Ruiz F; Guideline Development Group. Newer agents for blood glucose control in type 2 diabetes: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2009; 338:1668 [M,II]

Calvert M, Shankar A, McManus RJ, Lester H, Freemantle N. Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom: retrospective cohort study. *BMJ*. 2009; 338:b1870 [S,II]

Ehlers L, Overvad K, Sørensen J, Christensen S, Bech M, Kjølby M. Analysis of cost effectiveness of screening Danish men aged 65 for abdominal aortic aneurysm. *BMJ*. 2009; 338:b2243 [CE,I]

Thompson SG, Ashton HA, Gao L, Scott RA; Multicentre Aneurysm Screening Study Group. Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised Multicentre Aneurysm Screening Study. *BMJ*. 2009; 338:b2307 [EC,I]

Pérez N, Moisan J, Sirois C, Poirier P, Grégoire JP. Initiation of insulin therapy in elderly patients taking oral antidiabetes drugs. *CMAJ*. 2009; 180: 1310-1316 [S,II]

Collins MM, O'Sullivan T, Harkins V, Perry IJ. Quality of life and quality of care in patients with diabetes experiencing different models of care. *Diabetes Care*. 2009; 32:603-605 [T,I]

Bunck MC, Diamant M, Cornér A, Eliasson B, Malloy JL, Shaginan RM, et al. One-year treatment with exenatide improves beta-cell function, compared with insulin glargine, in metformin-treated type 2 diabetic patients: a randomized, controlled trial. *Diabetes Care*. 2009; 32:762-768 [EC,I]

- Triolo TM, Chase HP, Barker JM; DPT-1 Study Group. Diabetic subjects diagnosed through the Diabetes Prevention Trial-Type 1 (DPT-1) are often asymptomatic with normal A1C at diabetes onset. *Diabetes Care*. 2009; 32:769-773 [T,I]
- Newton KH, Wiltshire EJ, Elley CR. Pedometers and text messaging to increase physical activity: randomized controlled trial of adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32:813-815 [EC,I]
- Selvin E, Zhu H, Brancati FL. Elevated A1C in adults without a history of diabetes in the U.S. *Diabetes Care*. 2009; 32:828-833 [T,I]
- Kodama S, Saito K, Tanaka S, Maki M, Yachi Y, Sato M, et al. Influence of fat and carbohydrate proportions on the metabolic profile in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2009; 32:959-965 [M,I]
- Boyko EJ, Palmer JP. Is it time to take a different approach to screening people at high risk for type 1 diabetes? *Diabetes Care*. 2009; 32:966-967 [AO,I]
- McEwen LN, Bilik D, Johnson SL, Halter JB, Karter AJ, Mangione CM, et al. Predictors and impact of intensification of antihyperglycemic therapy in type 2 diabetes: translating research into action for diabetes (TRIAD). *Diabetes Care*. 2009; 32:971-976 [T,I]
- Porter SA, Massaro JM, Hoffmann U, Vasan RS, O'Donnel CJ, Fox CS. Abdominal subcutaneous adipose tissue: a protective fat depot? *Diabetes Care*. 2009; 32:1068-1075 [T,I]
- Rosenson RS, Otvos JD, Hsia J. Effects of rosuvastatin and atorvastatin on LDL and HDL particle concentrations in patients with metabolic syndrome: a randomized, double-blind, controlled study. *Diabetes Care*. 2009; 32:1087-1091 [EC,I]
- Delavari A, Forouzanfar MH, Alikhani S, Sharifian A, Kelishadi R. First nationwide study of the prevalence of the metabolic syndrome and optimal cutoff points of waist circumference in the Middle East: the national survey of risk factors for noncommunicable diseases of Iran. *Diabetes Care*. 2009; 32:1092-1097 [T,I]
- Marshall SM. Intensive diabetes management for high-risk patients: how best to deliver? *Diabetes Care*. 2009; 32:1132-1133 [AO,I]
- Barberan J. Infecciones en el pie diabético: importancia de las resistencias bacterianas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27:315-316 [AO,I]
- De Alcalá D, Ramirez-Almagro C, Campillo-Soto A, Morales-Cuenca G, Pagan-Ortiz J, Aguayo-Albasini JL. Infecciones del pie diabético. Prevalencia de los distintos microorganismos y sensibilidad a los antimicrobianos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27:317-321 [S,I]
- Mata-Cases M, Fernandez-Bertolin E, Garcia-Duran M, Cos-Claramunt X, Pareja-Rosell C, Pujol-Ribera E. Prevalencia de enfermedad cardiovascular en personas recién diagnosticadas de diabetes mellitus tipo 2. *Gac Sanit*. 2009; 23:133-138 [S,I]
- García J. Estudio de utilización de antidiabéticos en España (1992-2008). *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2009; 33:10-14 [R,II]
- Einarsdóttir AB, Stefánsson E. Prevention of diabetic retinopathy. *Lancet*. 2009; 373:1316-1318 [R,I]
- Ray KK, Seshasai SR, Wijesuriya S, Sivakumaran R, Nethercott S, Preiss D, et al. Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2009; 373:1765-1772 [M,II]
- Mazzone T. Hyperglycaemia and coronary heart disease: the meta picture. *Lancet*. 2009; 373:1737-1738 [AO,I]
- Bentley-Lewis R. Gestational diabetes mellitus: an opportunity of a lifetime. *Lancet*. 2009; 373:1738-1740 [AO,I]
- Ray KK, Seshasai SR, Wijesuriya S, Sivakumaran R, Nethercott S, Preiss D, et al. Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2009; 373:1765-1772 [M,II]
- Dabelea D. The accelerating epidemic of childhood diabetes. *Lancet*. 2009; 373:1999-2000 [AO,I]
- Retnakaran R, Zinman B. Thiazolidinediones and clinical outcomes in type 2 diabetes. *Lancet*. 2009; 373:2088-2090 [AO,II]
- Home PD, Pocock SJ, Beck-Nielsen H, Curtis PS, Gomis R, Hanefeld M, et al; RECORD Study Team. Rosiglitazone evaluated for cardiovascular outcomes in oral agent combination therapy for type 2 diabetes (RECORD): a multicentre, randomised, open-label trial. *Lancet*. 2009; 373:2125-2135 [EC,II]
- Lisbona A, Conthe P. Papel de las nuevas insulinas en el tratamiento de la diabetes. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:463-464 [AO,I]
- Frye RL, August P, Brooks MM, Hardison RM, Kelsey SF, MacGregor JM, et al; BARI 2D Study Group. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. *N Engl J Med*. 2009; 360:2503-2515 [EC,I]
- Valdés S, Botas P, Delgado E, Díaz Cadórniga F. Riesgo de mortalidad en diabetes diagnosticada, diabetes no diagnosticada y prediabetes en población adulta española. Estudio Asturias 1998-2004. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62:528-534 [S,II]
- CÁNCER.** Incluye: mama, cervix, próstata, colon, otros.
- Concato J, Jain D, Uchio E, Risch H, Li WW, Wells CK. Molecular markers and death from prostate cancer. *Ann Intern Med*. 2009; 150:595-603 [S,I]
- Gelmann EP, Henshall SM. Clinically relevant prognostic markers for prostate cancer: the search goes on. *Ann Intern Med*. 2009; 150:647-649 [AO,I]
- Andreu M, Marzo M, Mascort J, Quintero E, García-Alfonso P, López-Ibor C, et al; en representación de la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España. Prevención del cáncer colorectal. *Aten Primaria*. 2009; 41:127-128 [AO,I]
- Aparicio A, Morera M. Evaluación del programa «Detección temprana y atención oportuna del cáncer cervicouterino». *Aten Primaria*. 2009; 41:300-305 [T,I]
- Strander B. At what age should cervical screening stop? *BMJ*. 2009;338:809 [AO,II]
- Elwood PC, Gallagher AM, Duthie GG, Mur LA, Morgan G. Aspirin, salicylates, and cancer. *Lancet*. 2009; 373:1301-1309 [R,I]

- Rebolj M, van Ballegooijen M, Lynge E, Looman C, Essink-Bot ML, Boer R, et al. Incidence of cervical cancer after several negative smear results by age 50: prospective observational study. *BMJ*. 2009; 338:1354 [S,I]
- Hoff G, Grotmol T, Skovlund E, Bretthauer M; Norwegian Colorectal Cancer Prevention Study Group. Risk of colorectal cancer seven years after flexible sigmoidoscopy screening: randomised controlled trial. *BMJ*. 2009; 338:b1846 [EC,I]
- Imperiale TF. Sigmoidoscopy screening for colorectal cancer. *BMJ*. 2009; 338:b2084 [AO,I]
- Stanbrook MB, Flegel K. A pause for thought on lung cancer screening. *CMAJ*. 2009;180:793 [AO,I]
- Castells X, Sala M, Asuncion N, Zubizarreta R, Casamitjana M. Reflexiones sobre las prácticas de diagnóstico precoz del cáncer en España. *Gac Sanit*. 2009; 23:244-249 [R,II]
- Gonzalo V. En una población de riesgo medio para el desarrollo de cáncer colorrectal, ¿cuál es el método de cribado más efectivo? *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32:378-379 [R,I]
- Finlayson E. Computed tomographic colonography for patients at high risk of colorectal cancer: trading accuracy for access and compliance. *JAMA*. 2009; 301:2498-2499 [AO,I]
- Regge D, Laudi C, Galatola G, Della Monica P, Bonelli L, Angelelli G, et al. Diagnostic accuracy of computed tomographic colonography for the detection of advanced neoplasia in individuals at increased risk of colorectal cancer. *JAMA*. 2009; 301:2453-2461 [T,I]
- Navarro M, Peris M, Binefa G, Vanaclocha M, Losa F, Fernández E. Cáncer colorrectal en una población con un programa de cribado basado en la prueba del guayaco. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:495-500 [T,I]
- Rodríguez-Rieiro C, Aragonés N, Pollan M, López-Abente G, Pérez-Gómez B. Evolución de la mortalidad por cáncer de cérvix por regiones en España entre 1975 y 2004. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133:41-46 [S,I]
- Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, Jayant K, Muwonge R, Budukh AM, et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. *N Engl J Med*. 2009; 360:1385-1394 [EC,II]
- Schiffman M, Wacholder S. From India to the world—a better way to prevent cervical cancer. *N Engl J Med*. 2009; 360:1453-1455 [AO,II]
- Albertsen P. Androgen deprivation in prostate cancer—step by step. *N Engl J Med*. 2009; 360:2572-2574 [AO,I]
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for syphilis infection in pregnancy: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009; 150:705-709 [M,III]
- Wolff T, Shelton E, Sessions C, Miller T. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009; 150:710-716 [M,I]
- Khanna R, Lakhanpaul M, Burman-Roy S, Murphy MS; Guideline Development Group and the technical team. Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in children under 5 years: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2009; 338:1350 [M,II]
- Bryce G. HIV testing in primary care. *BMJ*2009; 338:1085 [AO,I]
- Coker R. Swine flu. *BMJ*. 2009; 338:1791 [AO,I]
- Jack A. The problem with flu vaccines. *BMJ*. 2009; 338:2065 [AO,I]
- Guay DR. Cranberry and urinary tract infections. *Drugs*. 2009; 69:775-807 [R,I]
- Barberan J. Infecciones en el pie diabético: importancia de las resistencias bacterianas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27:315-316 [AO,I]
- De Alcala D, Ramirez-Almagro C, Campillo-Soto A, Morales-Cuenca G, Pagan-Ortiz J, Aguayo-Albasini JL. Infecciones del pie diabético. Prevalencia de los distintos microorganismos y sensibilidad a los antimicrobianos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27:317-321 [S,I]
- Ruiz-Camps I, Cuenca-Estrella M. Antifúngicos para uso sistémico. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27:353-362 [AO,I]
- Conde MB, Efron A, Loredó C, De Souza GR, Graça NP, Cezar MC, et al. Moxifloxacin versus ethambutol in the initial treatment of tuberculosis: a double-blind, randomised, controlled phase II trial. *Lancet*. 2009; 373:1183-1189 [EC,I]
- Avoiding panic in a pandemic. *Lancet*. 2009; 373:2084 [AO,I]
- Vañó-Galván S, Moreno C, Carrillo R, Jaén-Olasolo P. Escabiosis. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:486 [T,I]
- Vilella A, Trilla A. Gripe A (H1N1): una nueva e-pidemia. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:783-784 [AO,I]
- Pachón J, Alcántara JD, Cordero E, Camacho A, Lama C, Rivero A. Estudio y tratamiento de las neumonías de adquisición comunitaria en adultos. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133:63-73 [R,II]
- de Berker D. Clinical practice. Fungal nail disease. *N Engl J Med*. 2009; 360:2108-2116 [R,I]
- Brownstein JS, Freifeld CC, Madoff LC. Influenza A (H1N1) virus, 2009—online monitoring. *N Engl J Med*. 2009; 360:2156 [AO,II]
- Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. *N Engl J Med*. 2009. [Epub ahead of print] [T,II]
- Baden LR, Drazen JM, Kritek PA, Curfman GD, Morrissey S, Campion EW. H1N1 influenza a disease — information for health professionals. *N Engl J Med*. 2009. [Epub ahead of print] [R,II]
- Belshe RB. Implications of the emergence of a novel H1 influenza virus. *N Engl J Med* 2009. [Epub ahead of print] [AO,II]
- Shinde V, Bridges CB, Uyeki TM, Shu B, Balish A, Xu X, et al. Triple-reassortant swine influenza A (H1) in humans in the United States, 2005-2009. *N Engl J Med*. 2009. [Epub ahead of print] [T,II]

Altiner A, Wilm S, Däubener W, Bormann C, Pentzek M, Abholz HH, et al. Sputum colour for diagnosis of a bacterial infection in patients with acute cough. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27:70-73 [T,I]

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA.

Moreno A, Monton C, Belmonte Y, Gallego M, Pomares X, Real J. Causas de muerte en pacientes con EPOC grave. Factores pronósticos. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45:181-186 [T,I]

Soler-Cataluña JJ, Calle M, Cossio BG, Marin JM, Monso E, Alfaqeme I. Estándares de calidad asistencial en la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45:196-203 [R,II]

Escarrabill J, Soler JJ, Hernández C, Servera E. Recomendaciones sobre la atención al final de la vida en pacientes con EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45:297-303 [R,I]

Doherty S. Prescribe systemic corticosteroids in acute asthma. *BMJ*. 2009; 338:1234 [AO,II]

Tashkin DP. Does smoking marijuana increase the risk of chronic obstructive pulmonary disease? *CMAJ*. 2009; 180: 797-798 [AO,I]

Tan WC, Lo C, Jong A, Xing L, Fitzgerald MJ, Vollmer WM, et al; Vancouver Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) Research Group. Marijuana and chronic obstructive lung disease: a population-based study. *CMAJ*. 2009;180:814-820; discussion 797-798 [T,I]

Kroegel C, Wirtz H. History of guidelines for the diagnosis and management of asthma: from opinion to control. *Drugs*. 2009; 69:1189-1204 [R,I]

Hanania NA, Boota A, Kerwin E, Tomlinson L, Denis-Mize K. Efficacy and safety of nebulized formoterol as add-on therapy in COPD patients receiving maintenance tiotropium bromide: results from a 6-Week, randomized, placebo-controlled, clinical trial. *Drugs*. 2009; 69:1205-1216 [EC,I]

Schatz M, Dombrowski MP. Clinical practice. Asthma in pregnancy. *N Engl J Med*. 2009; 360:1862-1869 [R,I]

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

Luciano JV, Fernández A, Serrano-Blanco A, Pinto-Meza A, Palao DJ, Mercader M, Haro JM. Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. *Aten Primaria*. 2009; 41:131-140 [T,I]

Nicholl C. Diagnosis of dementia. *BMJ*. 2009; 338:b1176 [AO,I]

Brown J, Pengas G, Dawson K, Brown LA, Clatworthy P. Self administered cognitive screening test (TYM) for detection of Alzheimer's disease: cross sectional study. *BMJ*. 2009; 338:b2030 [T,I]

Weich S, Patterson J, Shaw R, Stewart-Brown S. Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *Br J Psychiatry*. 2009; 194:392-398 [M,II]

Baas KD, Wittkamp KA, van Weert HC, Lucassen P, Huyser J, van den Hoogen H, et al. Screening for depression in high-

risk groups: prospective cohort study in general practice. *Br J Psychiatry*. 2009; 194:399-403 [S,I]

Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS. Is hypochondriasis an anxiety disorder? *Br J Psychiatry*. 2009; 194:481-482 [AO,I]

Curran MP. Duloxetine: in patients with fibromyalgia. *Drugs*. 2009; 69:1217-1227 [R,I]

Stanley MA, Wilson NL, Novy DM, Rhoades HM, Wagener PD, Greisinger AJ, et al. Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2009; 301:1460-1467 [EC,I]

Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*. 2009; 301:2016-2023 [S,I]

Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, Wu J, Hoke S, Sutherland J, et al. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 301:2099-2110 [EC,I]

Garber J, Clarke GN, Weersing VR, Beardslee WR, Brent DA, Gladstone TR, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 301:2215-2224 [EC,I]

Maldonado R. Cannabis. Beneficio y riesgo. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:625-626 [AO,I]

Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. *N Engl J Med*. 2009; 360:2302-2309 [T,II]

SALUD LABORAL.

Dorling D. Unemployment and health. *BMJ*. 2009; 338:829 [AO,I]

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES.

Goldhaber SZ. Optimal duration of anticoagulation after venous thromboembolism: fixed and evidence-based, or flexible and personalized? *Ann Intern Med*. 2009; 150:644-646 [AO,I]

Rannou F, Dimet J, Boutron I, Baron G, Fayad F, Macé Y, et al. Splint for base-of-thumb osteoarthritis: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009; 150:661-669 [EC,I]

Hernandez C. Síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño sin somnolencia. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45:240-244 [R,I]

Pham HH, Landon BE, Reschovsky JD, Wu B, Schrag D. Rapidity and modality of imaging for acute low back pain in elderly patients. *Arch Intern Med*. 2009; 169:972-981 [T,I]

Timmer A, Obermeier F. Reduced risk of ulcerative colitis after appendectomy. *BMJ*. 2009; 338:225 [AO,I]

Bushnell CD, Jamison M, James AH. Migraines during pregnancy linked to stroke and vascular diseases: US population based case-control study. *BMJ*. 2009; 338:664 [CC,I]

- Bahr R, Khan K. Management of lateral hip pain. *BMJ*. 2009; 338:713 [AO,I]
- Frisch M, Pedersen BV, Andersson RE. Appendicitis, mesenteric lymphadenitis, and subsequent risk of ulcerative colitis: cohort studies in Sweden and Denmark. *BMJ*. 2009; 338:716 [S,I]
- Allahabadia A, Razvi S, Abraham P, Franklyn J. Diagnosis and treatment of primary hypothyroidism. *BMJ*. 2009; 338:725 [AO,I]
- Hay AD, Jüttner KV. Antibiotics for acute cough in primary care. *BMJ*. 2009; 338:834 [AO,I]
- Cohen SP, Strassels SA, Foster L, Marvel J, Williams K, Crooks M, et al. Comparison of fluoroscopically guided and blind corticosteroid injections for greater trochanteric pain syndrome: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2009; 338:1088 [EC,I]
- West SD, McBeath HA, Stradling JR. Obstructive sleep apnoea in adults. *BMJ*. 2009; 338:1165 [R,I]
- Barracough K. Chronic cough in adults. *BMJ*. 2009; 338:1218 [T,I]
- Rebolj M, van Ballegooijen M, Lynge E, Looman C, Essink-Bot ML, Boer R, et al. Incidence of cervical cancer after several negative smear results by age 50: prospective observational study. *BMJ*. 2009; 338:1354 [S,I]
- Grey JE, Leaper D, Harding K. How to measure success in treating chronic leg ulcers. *BMJ*. 2009;338:1434 [AO,I]
- Uprichard J, Bain BJ. Investigating suspected anaemia. *BMJ*. 2009; 338:1644 [R,I]
- Savigny P, Watson P, Underwood M; Guideline Development Group. Early management of persistent non-specific low back pain: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2009; 338:b1805 [M,II]
- Uprichard J, Bain BJ. Investigating suspected anaemia. *BMJ*. 2009; 338:b1644 [R,I]
- Compston J. Monitoring bone mineral density during anti-resorptive treatment for osteoporosis. *BMJ*. 2009; 338:b1276 [AO,II]
- Butler CC, Hood K, Verheij T, Little P, Melbye H, Nuttall J, et al. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. *BMJ*. 2009; 338:b2242 [T,I]
- Ross R. The challenge of obesity treatment: avoiding weight regain. *CMAJ*. 2009; 180:997-998 [AO,I]
- Tzortzis V, Mamoulakis C, Rioja J, Gravas S, Michel MC, de la Rosette JJ. Medical expulsive therapy for distal ureteral stones. *Drugs*. 2009; 69:677-692 [R,I]
- Carter NJ, Scott LJ. Lubiprostone: in constipation-predominant irritable bowel syndrome. *Drugs*. 2009; 69:1229-1237 [AO,I]
- Marine M, Esteve M. Cómo y cuándo descartar una enfermedad celíaca en un paciente con síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32:313-314 [R,I]
- Diaz MS, Pareja JA. Tratamiento del insomnio. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2008; 32:116-122 [R,I]
- Bell CM, Hatch WV, Fischer HD, Cernat G, Paterson JM, Gruneir A, et al. Association between tamsulosin and serious ophthalmic adverse events in older men following cataract surgery. *JAMA*. 2009; 301:1991-1996 [CC,I]
- Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J, Mérette C, et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 301:2005-2015 [EC,I]
- Friedman AH. Tamsulosin and the intraoperative floppy iris syndrome. *JAMA*. 2009; 301:2044-2045 [AO,I]
- Scher AI, Gudmundsson LS, Sigurdsson S, Ghambaryan A, Aspelund T, Eiriksdottir G, et al. Migraine headache in middle age and late-life brain infarcts. *JAMA*. 2009; 301:2563-2570 [S,I]
- Lees AJ, Hardy J, Revesz T. Parkinson's disease. *Lancet*. 2009; 373:2055-2066 [R,I]
- De Luis DA, Izaola O, García M, González M, Conde R, Aller R, et al. Ensayo clínico aleatorizado entre consejo dietético una dieta hipocalórica comercial para la pérdida de peso de pacientes obesos con artropatía crónica. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:735-739 [EC,I]
- Raju S, Neglén P. Clinical practice. Chronic venous insufficiency and varicose veins. *N Engl J Med*. 2009; 360:2319-2327 [R,I]
- Belenguer R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatol Clin*. 2009; 5: 55-62 [M,I]
- Ramon E, Hernandez L, Luna A. Estudio por imagen del hombro doloroso. *Reumatol Clin*. 2009; 5:133-139 [R,I]

MEDIOS DIAGNÓSTICOS.

- Concato J, Jain D, Uchio E, Risch H, Li WW, Wells CK. Molecular markers and death from prostate cancer. *Ann Intern Med*. 2009; 150:595-603 [S,I]
- Gelmann EP, Henshall SM. Clinically relevant prognostic markers for prostate cancer: the search goes on. *Ann Intern Med*. 2009; 150:647-649 [AO,I]
- Fernández E, Almenar L, Ponce S, Moro JA, Blanquer R, Salvador A. ¿Cuándo remitir al cardiólogo al paciente con síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño? Utilidad del NT-proBNP. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45:173-180 [T,I]
- Pham HH, Landon BE, Reschovsky JD, Wu B, Schrag D. Rapidity and modality of imaging for acute low back pain in elderly patients. *Arch Intern Med*. 2009;169:972-981 [T,I]
- Martin-Rioboo E, Lopez A, Cea L, Perula LA, Garcia E, Anguita MP, et al. Concordancia entre observadores en el diagnóstico electrocardiográfico de la hipertrofia ventricular izquierda en hipertensos de Andalucía. Estudio PREHVIA. *Aten Primaria*. 2009; 41:248-254 [T,I]
- Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D, et al. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ*. 2009; 338:946 [R,II]
- Bryce G. HIV testing in primary care. *BMJ*. 2009; 338:1085 [AO,I]

Compston J. Monitoring bone mineral density during antiresorptive treatment for osteoporosis. *BMJ*. 2009; 338:b1276 [AO,II]

Glasziou P, Rose P, Heneghan C, Balla J. Diagnosis using "test of treatment". *BMJ*. 2009; 338:1312 [R,I]

Uprichard J, Bain BJ. Investigating suspected anaemia. *BMJ*. 2009; 338:1644 [R,I]

Imperiale TF. Sigmoidoscopy screening for colorectal cancer. *BMJ*. 2009; 338:b2084 [AO,I]

Superko HR. Advanced lipoprotein testing and subfractionation are clinically useful. *Circulation* 2009; 119:2383-2395 [R,I]

Mora S. Advanced lipoprotein testing and subfractionation are not (yet) ready for routine clinical use. *Circulation*. 2009; 119:2396-2404 [AO,I]

Hlatky MA, Greenland P, Arnett DK, Ballantyne CM, Criqui MH, Elkind MS, et al; American Heart Association Expert Panel on Subclinical Atherosclerotic Diseases and Emerging Risk Factors and the Stroke Council. Criteria for evaluation of novel markers of cardiovascular risk: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009; 119:2408-2416 [M,II]

Regge D, Laudi C, Galatola G, Della Monica P, Bonelli L, Angelelli G, et al. Diagnostic accuracy of computed tomographic colonography for the detection of advanced neoplasia in individuals at increased risk of colorectal cancer. *JAMA*. 2009; 301:2453-2461 [T,I]

Finlayson E. Computed tomographic colonography for patients at high risk of colorectal cancer: trading accuracy for access and compliance. *JAMA*. 2009; 301:2498-2499 [AO,I]

Barros AJ, Blazquez MA, Leta R, Pujadas S, Alomar X, Pons-Llado G. Coronariografía no invasiva mediante tomografía computarizada con multidetectores en pacientes con sospecha de enfermedad coronaria y ergometría no diagnóstica. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:661-664 [S,I]

Sagastagoitia JD, Vacas M, Saez Y, Saez JP, Santos M, Lafita M, et al. Lipoproteína (a), dímero-D y apolipoproteína A-1 como indicadores de la presencia y gravedad de la enfermedad coronaria. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:689-694 [T,I]

Mostaza Jm, Lahoz C. «Nuevos» marcadores de riesgo: ¿emergen o definitivamente naufragan? *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:704-705 [AO,I]

Ramon E, Hernández L, Luna A. Estudio por imagen del hombro doloroso. *Reumatol Clin*. 2009; 5:133-139 [R,I]

Altiner A, Wilm S, Däubener W, Bormann C, Pentzek M, Abholz HH, et al. Sputum colour for diagnosis of a bacterial infection in patients with acute cough. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27:70-73 [T,I]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Weich S, Patterson J, Shaw R, Stewart-Brown S. Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *Br J Psychiatry*. 2009; 194:392-398 [M,II]

Thompson MJ, Harnden A, Del Mar C. Excluding serious illness in feverish children in primary care: restricted rule-out method for diagnosis. *BMJ*. 2009;338:1187 [R,I]

Khanna R, Lakhanpaul M, Burman-Roy S, Murphy MS; Guideline Development Group and the technical team. Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in children under 5 years: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2009; 338:1350 [M,II]

Harris KC, Kuramoto LK, Schulzer M, Retallack JE. Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis. *CMAJ*. 2009; 180:719-726 [M,I]

Garber J, Clarke GN, Weersing VR, Beardslee WR, Brent DA, Gladstone TR, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 301:2215-2224 [EC,I]

Zylke JW, DeAngelis CD. Health promotion and disease prevention in children: it's never too early. *JAMA*. 2009; 301:2270-2271 [AO,I]

Dabelea D. The accelerating epidemic of childhood diabetes. *Lancet*. 2009; 373:1999-2000 [AO,I]

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

U.S. Preventive Services Task Force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009; 150:551-555 [M,III]

U.S. Preventive Services Task Force. Folic acid for the prevention of neural tube defects: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009; 150:626-631 [M,II]

Wolff T, Witkop CT, Miller T, Syed SB; U.S. Preventive Services Task Force. Folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009; 150:632-639 [M,II]

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for syphilis infection in pregnancy: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009;50:705-709 [M,II]

Wolff T, Shelton E, Sessions C, Miller T. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009; 150:710-716 [M,I]

López A, Alonso P, Del Cura I, Ojuel J, Arribas L, Fuentes M, et al; Jacinta Landa Goñi y Grupo de la Mujer del PAPS. ¿Debemos cambiar de actitud sobre el tratamiento hormonal en la mujer posmenopáusica? *Aten Primaria*. 2009; 41:295-297 [AO,I]

Strander B. At what age should cervical screening stop? *BMJ*. 2009; 338:809 [AO,II]

Campbell R, Murphy DJ. Smoking in pregnancy. *BMJ*. 2009; 338:b2188 [AO,I]

Bushnell CD, Jamison M, James AH. Migraines during pregnancy linked to stroke and vascular diseases: US population based case-control study. *BMJ*. 2009; 338:664 [CC,I]

Bentley-Lewis R. Gestational diabetes mellitus: an opportunity of a lifetime. *Lancet*. 2009; 373:1738-1740 [AO,I]

Schatz M, Dombrowski MP. Clinical practice. Asthma in pregnancy. *N Engl J Med*. 2009; 360:1862-1869 [R,I]

Matok I, Gorodischer R, Koren G, Sheiner E, Wiznitzer A, Levy A. The safety of metoclopramide use in the first trimester of pregnancy. *N Engl J Med*. 2009; 360:2528-2535 [T,I]

Van Dyke MK, Phares CR, Lynfield R, Thomas AR, Arnold KE, Craig AS, et al. Evaluation of universal antenatal screening for group B streptococcus. *N Engl J Med*. 2009; 360:2626-2636 [S,II]

ANCIANOS.

Sarafidis PA, Bakris GL. Does evidence support renin-angiotensin system blockade for slowing nephropathy progression in elderly persons? *Ann Intern Med*. 2009; 150:731-733 [AO,I]

Pham HH, Landon BE, Reschovsky JD, Wu B, Schrag D. Rapidity and modality of imaging for acute low back pain in elderly patients. *Arch Intern Med*. 2009; 169:972-981 [T,I]

Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, Fleischman DA, Leurgans S, Bennett DA. Association between late-life social activity and motor decline in older adults. *Arch Intern Med*. 2009; 169:1139-1146 [S,II]

Vacas E, Castella I, Sanchez M, Pujol A, Pallares MC, Balague M. Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. *Aten Primaria*. 2009; 41:269-274 [T,I]

Ribeiro AL. Natriuretic peptides in elderly people with acute myocardial infarction. *BMJ*. 2009; 338:787 [AO,I]

Pérez N, Moisan J, Sirois C, Poirier P, Grégoire JP. Initiation of insulin therapy in elderly patients taking oral antidiabetes drugs. *CMAJ*. 2009; 180:1310-1316 [S,II]

Schiele F, Meneveau N, Seronde MF, Descotes-Genon V, Oettinger J, Ecarnot F, et al; Réseau de Cardiologie de Franche Comte. Changes in management of elderly patients with myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2009; 30:987-994 [S,I]

Moya P, Escribano F, Pardo I, Notario B, Alfaro C, Martínez V. Costes asociados a las horas de cuidado informal de los mayores dependientes en un ámbito rural. *Gac Sanit*. 2009; 23:109-114 [T,I]

Sharma G, Fletcher KE, Zhang D, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS. Continuity of outpatient and inpatient care by primary care physicians for hospitalized older adults. *JAMA*. 2009; 301:1671-1680 [S,II]

Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. *N Engl J Med*. 2009; 360:2302-2309 [T,II]

URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

Enoch S, Roshan A, Shah M. Emergency and early management of burns and scalds. *BMJ*. 2009; 338:1037 [R,I]

Garza AG, Gratton MC, Salomone JA, Lindholm D, McElroy J, Archer R. Improved patient survival using a modified resuscitation protocol for out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation*. 2009; 119:2597-2605 [S,I]

Ewy GA. Do modifications of the American Heart Association guidelines improve survival of patients with out-of-hospital cardiac arrest? *Circulation*. 2009; 119:2542-2544 [AO,I]

Emergency and comprehensive care for stroke needed. *Lancet*. 2009; 373:1496 [AO,I]

Antolín A, Ambrós A, Mangirón P, Alves D, Sánchez M, Miró O. Enfermos crónicos en urgencias: grado de conocimiento y concordancia con el acompañante respecto a sus posibilidades evolutivas. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:501-504 [T,I]

TERAPÉUTICA. Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.

Sarafidis PA, Bakris GL. Does evidence support renin-angiotensin system blockade for slowing nephropathy progression in elderly persons? *Ann Intern Med*. 2009; 150:731-733 [AO,I]

Joy TR, Hegele RA. Narrative review: statin-related myopathy. *Ann Intern Med*. 2009; 150:858-868 [R,I]

Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, Erro JH, Ichikawa L, Barlow WE, et al. A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 2009; 169:858-866 [EC,I]

Morales MT; en representación de GEMECOR. Estudio sobre la utilidad del pastillero para mejorar el cumplimiento terapéutico. *Aten Primaria*. 2009; 41:185-191 [EC,I]

Diogène E, Rodríguez D. ¿Qué pasa con los nuevos fármacos para la diabetes mellitus? *Aten Primaria*. 2009; 41:238-239 [AO,II]

Vacas E, Castella I, Sanchez M, Pujol A, Pallares MC, Balague M. Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. *Aten Primaria*. 2009; 41:269-274 [T,I]

Gilabert A, Cubí R. La receta electrónica en Cataluña (Rec@t): ¿prescribimos o recetamos? *Aten Primaria*. 2009; 41:298-299 [AO,I]

Márquez E, Martel N, Gil V, Martín JL, De La Figuera M, Casado JJ, et al. El control de la inercia terapéutica en el tratamiento de la hipertensión arterial mediante diferentes estrategias. *Aten Primaria*. 2009; 41:315-323 [EC,I]

Carracedo-Martínez E, Pia-Morandeira A. Metformina también como primera elección en pacientes con peso normal. ¿Se ha incrementado su uso? *Aten Primaria*. 2009; 41:324-328 [S,I]

Jodar-Solà G, Cuxart-Ainaud N, Zabaleta-Del-Olmo E. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2009; 41:335-338 [AO,I]

Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009; 41:342-348 [R,I]

Ribeiro AL. Natriuretic peptides in elderly people with acute myocardial infarction. *BMJ*. 2009; 338:787 [AO,I]

- Hay AD, Jüttner KV. Antibiotics for acute cough in primary care. *BMJ*. 2009; 338:834 [AO,I]
- Cohen SP, Strassels SA, Foster L, Marvel J, Williams K, Crooks M, et al. Comparison of fluoroscopically guided and blind corticosteroid injections for greater trochanteric pain syndrome: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2009; 338:1088 [EC,I]
- Doherty S. Prescribe systemic corticosteroids in acute asthma. *BMJ*. 2009; 338:1234 [AO,II]
- Jack A. The problem with flu vaccines. *BMJ*. 2009; 338:2065 [AO,I]
- Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009; 338:1665 [M,II]
- Adler AI, Shaw EJ, Stokes T, Ruiz F; Guideline Development Group. Newer agents for blood glucose control in type 2 diabetes: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2009; 338:1668 [M,II]
- Krum H. Consider beta blockers for patients with heart failure. *BMJ*. 2009; 338:b1728 [AO,I]
- Butler CC, Hood K, Verheij T, Little P, Melbye H, Nuttall J, et al. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. *BMJ*. 2009; 338:b2242 [T,I]
- Okin PM, Oikarinen L, Viitasalo M, Toivonen L, Kjeldsen SE, Nieminen MS, et al; LIFE Study Investigators. Prognostic value of changes in the electrocardiographic strain pattern during antihypertensive treatment: the Losartan Intervention for End-Point Reduction in Hypertension Study (LIFE). *Circulation*. 2009; 119:1883-1891 [S,I]
- Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. 2009; 119:3028-3035 [AO,I]
- Bunck MC, Diamant M, Cornér A, Eliasson B, Malloy JL, Shaginian RM, et al. One-year treatment with exenatide improves beta-cell function, compared with insulin glargine, in metformin-treated type 2 diabetic patients: a randomized, controlled trial. *Diabetes Care*. 2009; 32:762-768 [EC,I]
- Ehrlich JR, Nattel S. Novel approaches for pharmacological management of atrial fibrillation. *Drugs*. 2009; 69:757-774 [R,I]
- Baldwin CM, Plosker GL. Aliskiren/Hydrochlorothiazide combination: in mild to moderate hypertension. *Drugs*. 2009; 69:833-841 [R,I]
- Hanania NA, Boota A, Kerwin E, Tomlinson L, Denis-Mize K. Efficacy and safety of nebulized formoterol as add-on therapy in COPD patients receiving maintenance tiotropium bromide: results from a 6-Week, randomized, placebo-controlled, clinical trial. *Drugs*. 2009; 69:1205-1216 [EC,I]
- Curran MP. Duloxetine: in patients with fibromyalgia. *Drugs*. 2009; 69:1217-1227 [R,I]
- Carter NJ, Scott LJ. Lubiprostone: in constipation-predominant irritable bowel syndrome. *Drugs*. 2009; 69:1229-1237 [AO,I]
- Keating GM. Losartan/Hydrochlorothiazide: a review of its use in the treatment of hypertension and for stroke risk reduction in patients with hypertension and left ventricular hypertrophy. *Drugs*. 2009; 69:1239-1265 [R,I]
- Retnakaran R, Zinman B. Thiazolidinediones and clinical outcomes in type 2 diabetes. *Lancet*. 2009; 373:2088-2090 [AO,II]
- Home PD, Pocock SJ, Beck-Nielsen H, Curtis PS, Gomis R, Hanefeld M, et al; RECORD Study Team. Rosiglitazone evaluated for cardiovascular outcomes in oral agent combination therapy for type 2 diabetes (RECORD): a multicentre, randomised, open-label trial. *Lancet*. 2009; 373:2125-2135 [EC,II]
- Alos JJ. Quinolonas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27:290-297 [AO,I]
- Ruiz-Camps I, Cuenca-Estrella M. Antifúngicos para uso sistémico. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27:353-362 [AO,I]
- Piccini JP, Berger JS, O'Connor CM. Amiodarone for the prevention of sudden cardiac death: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J*. 2009; 30:1245-1253 [M,II]
- Søndergaard J, Vach K, Kragstrup J, Andersen M. Impact of pharmaceutical representative visits on GPs' drug preferences. *Fam Pract*. 2009; 26:204-209 [S,I]
- García J. Estudio de utilización de antidiabéticos en España (1992-2008). *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2009; 33:10-14 [R,II]
- Bell CM, Hatch WV, Fischer HD, Cernat G, Paterson JM, Gruneir A, et al. Association between tamsulosin and serious ophthalmic adverse events in older men following cataract surgery. *JAMA*. 2009; 301:1991-1996 [CC,I]
- Friedman AH. Tamsulosin and the intraoperative floppy iris syndrome. *JAMA*. 2009; 301:2044-2045 [AO,I]
- Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, Wu J, Hoke S, Sutherland J, et al. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;301:2099-2110 [EC,I]
- Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJ, et al; JUPITER Trial Study Group. Reduction in C-reactive protein and LDL cholesterol and cardiovascular event rates after initiation of rosuvastatin: a prospective study of the JUPITER trial. *Lancet*. 2009; 373:1175-1182 [S,I]
- Conde MB, Efron A, Loredó C, De Souza GR, Graça NP, Cezar MC, et al. Moxifloxacin versus ethambutol in the initial treatment of tuberculosis: a double-blind, randomised, controlled phase II trial. *Lancet*. 2009; 373:1183-1189 [EC,I]
- Gennari L, Bilezikian JP. Glucocorticoid-induced osteoporosis: hope on the HORIZON. *Lancet*. 2009; 373:1225-1226 [AO,I]
- Reid DM, Devogelaer JP, Saag K, Roux C, Lau CS, Reginster JY, et al; HORIZON investigators. Zoledronic acid and risedronate in the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis (HORIZON): a multicentre, double-blind, double-dummy, randomised controlled trial. *Lancet*. 2009; 373:1253-1263 [EC,I]

Lisbona A, Conthe P. Papel de las nuevas insulinas en el tratamiento de la diabetes. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:463-464 [AO,I]

Soto J. Grado de innovación de los nuevos medicamentos: propuesta de criterios que deben tenerse en cuenta para su valoración. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:481-483 [AO,I]

Maldonado R. Cannabis. Beneficio y riesgo. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:625-626 [AO,I]

Armario P, Hernandez R, Oliveras A. Papel actual de los antagonistas de los receptores de la angiotensina II y de sus combinaciones en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:792-796 [R,II]

Kramer JM. Balancing the benefits and risks of inhaled long-acting beta-agonists—the influence of values. *N Engl J Med*. 2009; 360:1592-1595 [R,I]

GISSI-AF Investigators, Disertori M, Latini R, Barlera S, Franzosi MG, Staszewsky L, Maggioni AP, et al. Valsartan for prevention of recurrent atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009; 360:1606-1617 [EC,I]

Gillis AM. Angiotensin-receptor blockers for prevention of atrial fibrillation—a matter of timing or target? *N Engl J Med*. 2009; 360:1669-1671 [AO,I]

Matok I, Gorodischer R, Koren G, Sheiner E, Wiznitzer A, Levy A. The safety of metoclopramide use in the first trimester of pregnancy. *N Engl J Med*. 2009; 360:2528-2535 [T,I]

Hohnloser SH. Nuevas perspectivas farmacológicas en pacientes con fibrilación auricular: el ensayo ATHENA. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62:479-481 [AO,I]

ENTREVISTA CLINICA.

López L, López D, Berbel FJ, Pérez de Colosía M, Pedregal M. Influencia del acompañante en la negociación y la duración de la consulta en atención primaria. *Aten Primaria*. 2009; 41:147-151 [T,I]

ATENCION FAMILIAR.

Pérez S, Morán C, Carreño P, Suárez Acebal T, Cámara E, Sánchez YB. Consumo de psicofármacos y disfunción familiar. *Aten Primaria*. 2009; 41:153-157 [T,I]

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

Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD. A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. *Acad Med*. 2009; 84:551-558 [M,I]

McLachlan JC, Gabrielle F, Macnaughton J. The conscientiousness index: a novel tool to explore students' professionalism. *Acad Med*. 2009; 84:559-565 [T,I]

Baernstein A, Oelschlager AM, Chang TA, Wenrich MD. Learning professionalism: perspectives of preclinical medical students. *Acad Med*. 2009;84: 574-581 [C,I]

Hauer KE, O'Brien B, Poncelet AN. Longitudinal, integrated clerkship education: better for learners and patients. *Point. Acad Med*. 2009; 84:821 [AO,I]

Hemmer P. Longitudinal, integrated clerkship education: is different better? Counterpoint. *Acad Med*. 2009; 84:822 [AO,I]

Gerbase MW, Germond M, Nendaz MR, Vu NV. When the evaluated becomes evaluator: what can we learn from students' experiences during clerkships? *Acad Med*. 2009; 84:877-885 [T,I]

Gil-Guillén V, Carratalá MC, Orozco-Beltrán D, Quirce F, Rentero ML, Merino J. Programas de doctorado en Medicina de Familia: un nuevo servicio de la universidad para los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2009;41:163-167 [AO,I]

Silk H, Weber CM, Dubreuil M. Enhancing the hospice curriculum within the family medicine clerkship. *Fam Med*. 2009; 41:240-242 [T,I]

Carek PJ, Dickerson LM, Boggan H, Diaz V. A Limited eEffect on performance indicators from resident-initiated chart audits and clinical guideline education. *Fam Med*. 2009; 41:249-254 [QE,I]

Jethwa S, Bryant P, Singh S, Jones M, Berlin A, Rosenthal J. Your life in their pocket: students' behaviors regarding confidential patient information. *Fam Med*. 2009; 41:327-331 [C,II]

Kelly BF, Sicilia JM, Forman S, Ellert W, Nothnagle M. Advanced procedural training in family medicine: a group consensus statement. *Fam Med*. 2009; 41:398-404 [C,I]

Kolva DE, Barzee KA, Morley CP. Practice management residency curricula: a systematic literature review. *Fam Med*. 2009; 41:411-419 [M,I]

Hecker K, Violato C. Medical school curricula: do curricular approaches affect competence in medicine? *Fam Med*. 2009; 41:420-426 [T,I]

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Charles P, Giraudeau B, Dechartres A, Baron G, Ravaud P. Reporting of sample size calculation in randomised controlled trials: review. *BMJ*. 2009; 338:1732 [R,II]

Khanna N, Nesbitt L, Roghmann MC, Tackett C. Translation of clinical research into practice: defining the clinician scientist. *Fam Med*. 2009; 41:440-443 [AO,I]

Saldaña M, Quintero MJ. Infraestructura y recursos de los comités éticos de investigación clínica en España. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:476-480 [T,I]

Romeo CM. Ley de Investigación Biomédica: un nuevo y completo mapa para la investigación científica en biomedicina. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:633-637 [AO,II]

Araya C, Galindo MP. Tamaño de la muestra en investigación clínica. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133:26-30 [R,II]

PREVENCIÓN.

- U.S. Preventive Services Task Force. Folic acid for the prevention of neural tube defects: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009; 150:626-631 [M,II]
- Wolff T, Witkop CT, Miller T, Syed SB; U.S. Preventive Services Task Force. Folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2009; 150:632-639 [M,II]
- Goldhaber SZ. Optimal duration of anticoagulation after venous thromboembolism: fixed and evidence-based, or flexible and personalized? *Ann Intern Med.* 2009; 150:644-646 [AO,I]
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for syphilis infection in pregnancy: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009; 150:705-709 [M,II]
- Wolff T, Shelton E, Sessions C, Miller T. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009; 150:710-716 [M,I]
- Kahn HS, Cheng YJ, Thompson TJ, Imperatore G, Gregg EW. Two risk-scoring systems for predicting incident diabetes mellitus in U.S. adults age 45 to 64 years. *Ann Intern Med.* 2009; 150:741-751 [S,II]
- Herman WH. Predicting risk for diabetes: choosing (or building) the right model. *Ann Intern Med.* 2009; 150:812-814 [AO,I]
- Grandes G, Sanchez A, Sanchez-Pinilla RO, Torcal J, Montoya I, Lizarraga K, et al; PEPAF Group. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Arch Intern Med.* 2009; 169:694-701 [EC,I]
- Andreu M, Marzo M, Mascort J, Quintero E, García-Alfonso P, López-Ibor C, et al; en representación de la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España. Prevención del cáncer colorectal. *Aten Primaria.* 2009; 41:127-128 [AO,I]
- Aparicio A, Morera M. Evaluación del programa «Detección temprana y atención oportuna del cáncer cervicouterino». *Aten Primaria.* 2009; 41:300-305 [T,I]
- Byberg L, Melhus H, Gedeberg R, Sundström J, Ahlbom A, Zethelius B, et al. Total mortality after changes in leisure time physical activity in 50 year old men: 35 year follow-up of population based cohort. *BMJ.* 2009; 338:688 [S,I]
- Strander B. At what age should cervical screening stop? *BMJ.* 2009; 338:809 [AO,II]
- Jack A. The problem with flu vaccines. *BMJ.* 2009; 338:2065 [AO,I]
- Dorling D. Unemployment and health. *BMJ.* 2009; 338:829 [AO,I]
- Hippisley-Cox J, Coupland C, Robson J, Sheikh A, Brindle P. Predicting risk of type 2 diabetes in England and Wales: prospective derivation and validation of QDScore. *BMJ.* 2009; 338:880 [S,II]
- Schwarz PE, Li J, Bornstein SR. Screening for type 2 diabetes in primary care. *BMJ.* 2009; 338:973 [AO,II]
- Hoff G, Grotmol T, Skovlund E, Bretthauer M; Norwegian Colorectal Cancer Prevention Study Group. Risk of colorectal cancer seven years after flexible sigmoidoscopy screening: randomised controlled trial. *BMJ.* 2009; 338:b1846 [EC,I]
- Brown J, Pengas G, Dawson K, Brown LA, Clatworthy P. Self administered cognitive screening test (TYM) for detection of Alzheimer's disease: cross sectional study. *BMJ.* 2009; 338:b2030 [T,I]
- Imperiale TF. Sigmoidoscopy screening for colorectal cancer. *BMJ.* 2009; 338:b2084 [AO,I]
- Ehlers L, Overvad K, Sørensen J, Christensen S, Bech M, Kjølby M. Analysis of cost effectiveness of screening Danish men aged 65 for abdominal aortic aneurysm. *BMJ.* 2009; 338:b2243 [CE,I]
- Thompson SG, Ashton HA, Gao L, Scott RA; Multicentre Aneurysm Screening Study Group. Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised Multicentre Aneurysm Screening Study. *BMJ.* 2009; 338:b2307 [EC,I]
- Baas KD, Wittkamp KA, van Weert HC, Lucassen P, Huyser J, van den Hoogen H, et al. Screening for depression in high-risk groups: prospective cohort study in general practice. *Br J Psychiatry.* 2009; 194:399-403 [S,I]
- Harris KC, Kuramoto LK, Schulzer M, Retallack JE. Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis. *CMAJ.* 2009; 180:719-726 [M,I]
- Stanbrook MB, Flegel K. A pause for thought on lung cancer screening. *CMAJ.* 2009; 180:793 [AO,I]
- Tashkin DP. Does smoking marijuana increase the risk of chronic obstructive pulmonary disease? *CMAJ.* 2009; 180: 797-798 [AO,I]
- Tan WC, Lo C, Jong A, Xing L, Fitzgerald MJ, Vollmer WM, et al; Vancouver Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) Research Group. Marijuana and chronic obstructive lung disease: a population-based study. *CMAJ.* 2009; 180:814-820; discussion 797-798 [T,I]
- Triolo TM, Chase HP, Barker JM; DPT-1 Study Group. Diabetic subjects diagnosed through the Diabetes Prevention Trial-Type 1 (DPT-1) are often asymptomatic with normal A1C at diabetes onset. *Diabetes Care.* 2009; 32:769-773 [T,I]
- Boyko EJ, Palmer JP. Is it time to take a different approach to screening people at high risk for type 1 diabetes? *Diabetes Care.* 2009; 32:966-967 [AO,I]
- Toyoda K. Pharmacotherapy for the secondary prevention of stroke. *Drugs.* 2009; 69:633-647 [R,II]
- Guay DR. Cranberry and urinary tract infections. *Drugs.* 2009; 69:775-807 [R,I]
- Piccini JP, Berger JS, O'Connor CM. Amiodarone for the prevention of sudden cardiac death: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J.* 2009; 30:1245-1253 [M,II]
- Sobejano I, Moreno C, Viñes JJ, Grijalba AM, Amézqueta C, Serrano M. Estudio poblacional de actividad física en tiempo libre. *Gac Sanit.* 2009; 23:127-132 [T,I]

- Castells X, Sala M, Ascunce N, Zubizarreta R, Casamitjana M. Reflexiones sobre las prácticas de diagnóstico precoz del cáncer en España. *Gac Sanit*. 2009; 23:244-249 [R,II]
- McDermott MM, Criqui MH. Aspirin and secondary prevention in peripheral artery disease: a perspective for the early 21st century. *JAMA*. 2009; 301:1927-1928 [AO,I]
- Kodama S, Saito K, Tanaka S, Maki M, Yachi Y, Asumi M, et al. Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: a meta-analysis. *JAMA*. 2009; 301:2024-2035 [M,I]
- Garber J, Clarke GN, Weersing VR, Beardslee WR, Brent DA, Gladstone TR, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 301:2215-2224 [EC,I]
- Zylke JW, DeAngelis CD. Health promotion and disease prevention in children: it's never too early. *JAMA*. 2009; 301:2270-2271 [AO,I]
- Regge D, Laudi C, Galatola G, Della Monica P, Bonelli L, Angelelli G, et al. Diagnostic accuracy of computed tomographic colonography for the detection of advanced neoplasia in individuals at increased risk of colorectal cancer. *JAMA*. 2009; 301:2453-2461 [T,I]
- Finlayson E. Computed tomographic colonography for patients at high risk of colorectal cancer: trading accuracy for access and compliance. *JAMA*. 2009; 301:2498-2499 [AO,I]
- Lopez-Jimenez F. Speakable and unspeakable facts about BMI and mortality. *Lancet*. 2009; 373:1055-1056 [AO,I]
- Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009; 373:1083-1096 [M,I]
- Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJ, et al; JUPITER Trial Study Group. Reduction in C-reactive protein and LDL cholesterol and cardiovascular event rates after initiation of rosuvastatin: a prospective study of the JUPITER trial. *Lancet*. 2009; 373:1175-1182 [S,I]
- The trouble with screening. *Lancet*. 2009; 373:1223 [AO,I]
- Reid DM, Devogelaer JP, Saag K, Roux C, Lau CS, Reginster JY, et al; HORIZON investigators. Zoledronic acid and risedronate in the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis (HORIZON): a multicentre, double-blind, double-dummy, randomised controlled trial. *Lancet*. 2009; 373:1253-1263 [EC,I]
- Elwood PC, Gallagher AM, Duthie GG, Mur LA, Morgan G. Aspirin, salicylates, and cancer. *Lancet*. 2009; 373:1301-1309 [R,I]
- Cannon CP. Can the polypill save the world from heart disease? *Lancet*. 2009; 373:1313-1314 [AO,I]
- Einarsdóttir AB, Stefánsson E. Prevention of diabetic retinopathy. *Lancet*. 2009; 373:1316-1318 [R,I]
- Indian Polycap Study (TIPS), Yusuf S, Pais P, Afzal R, Xavier D, Teo K, Eikelboom J, et al. Effects of a polypill (Polycap) on risk factors in middle-aged individuals without cardiovascular disease (TIPS): a phase II, double-blind, randomised trial. *Lancet*. 2009; 373:1341-1351 [EC,I]
- Harper DM. Preliminary HPV vaccine results for women older than 25 years. *Lancet*. 2009; 373:1921-1922 [AO,II]
- Muñoz N, Manalastas R, Pitisuttithum P, Tresukosol D, Monsonego J, Ault K, et al. Safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in women aged 24-45 years: a randomised, double-blind trial. *Lancet*. 2009; 373:1949-1957 [EC,II]
- Avoiding panic in a pandemic. *Lancet*. 2009; 373:2084 [AO,I]
- Navarro M, Peris M, Binefa G, Vanaclocha M, Losa F, Fernández E. Cáncer colorrectal en una población con un programa de cribado basado en la prueba del guayaco. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:495-500 [T,I]
- De Velasco JA, Del Campo A, Heras M, Macaya C. Opinión de los cardiólogos sobre la situación de la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en España. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:599-602 [C,I]
- Drobnic F, Serra JR. La exploración cardiológica obligada del deportista. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:706-708 [AO,I]
- Vilella A, Trilla A, Gripe A (H1N1): una nueva e-pidemia. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:783-784 [AO,I]
- Monreal M. Hacia una mejor prevención de la enfermedad tromboembólica. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133:21-22 [AO,I]
- Schiffman M, Wacholder S. From India to the world—a better way to prevent cervical cancer. *N Engl J Med*. 2009; 360:1453-1455 [AO,II]
- Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, Jayant K, Muwonge R, Budukh AM, et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. *N Engl J Med*. 2009; 360:1385-1394 [EC,II]
- GISSI-AF Investigators, Disertori M, Latini R, Barlera S, Franzosi MG, Staszewsky L, Maggioni AP, et al. Valsartan for prevention of recurrent atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009; 360:1606-1617 [EC,I]
- Gillis AM. Angiotensin-receptor blockers for prevention of atrial fibrillation—a matter of timing or target? *N Engl J Med*. 2009; 360:1669-1671 [AO,I]
- Omer SB, Salmon DA, Orenstein WA, deHart MP, Halsey N. Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases. *N Engl J Med*. 2009; 360:1981-1988 [R,II]
- ACTIVE Investigators, Connolly SJ, Pogue J, Hart RG, Hohnloser SH, Pfeffer M, Chrolavicius S, Yusuf S. Effect of clopidogrel added to aspirin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009; 360:2066-2078 [EC,I]
- Go AS. The ACTIVE pursuit of stroke prevention in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009; 360:2127-2129 [AO,I]
- Brownstein JS, Freifeld CC, Madoff LC. Digital disease detection—harnessing the Web for public health surveillance. *N Engl J Med*. 2009; 360:2153-5, 2157 [R,I]
- Brownstein JS, Freifeld CC, Madoff LC. Influenza A (H1N1) virus, 2009—online monitoring. *N Engl J Med*. 2009; 360:2156 [AO,II]
- Baden LR, Drazen JM, Kritek PA, Curfman GD, Morrissey S, Campion EW. H1N1 influenza a disease—information for

health professionals. *N Engl J Med.* 2009. [Epub ahead of print] [R,II]

Belshe RB. Implications of the emergence of a novel H1 influenza virus. *N Engl J Med.* 2009. [Epub ahead of print] [AO,II]

Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. *N Engl J Med.* 2009. [Epub ahead of print] [T,II]

Shinde V, Bridges CB, Uyeki TM, Shu B, Balish A, Xu X, et al. Triple-reassortant swine influenza A (H1) in humans in the United States, 2005-2009. *N Engl J Med.* 2009. [Epub ahead of print] [T,II]

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD.

Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD. A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. *Acad Med.* 2009; 84:551-558 [M,I]

Green M, Zick A. Defining professionalism from the perspective of patients, physicians, and nurses. *Acad Med.* 2009; 84:566-573 [T,I]

Soler-Cataluña JJ, Calle M, Cossio BG, Marin JM, Monso E, Alfaqeme I. Estándares de calidad asistencial en la EPOC. *Arch Bronconeumol.* 2009; 45:196-203 [R,II]

Trapero-Bertran M. Evaluación económica de las intervenciones antitabáquicas: ¿nos dejamos algo en el tintero? *Arch Bronconeumol.* 2009; 45:209-211 [AO,I]

Heath I, Rubinstein A, Stange KC, van Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ.* 2009; 338:1242 [R,III]

Godlle F. Measuring quality. *BMJ.* 2009; 338:1356 [AO,I]

Grey JE, Leaper D, Harding K. How to measure success in treating chronic leg ulcers. *BMJ.* 2009;338:1434 [AO,I]

BIOÉTICA.

Sheather J. Confidentiality and sharing health information. *BMJ.* 2009; 338:b2160 [AO,I]

Jethwa S, Bryant P, Singh S, Jones M, Berlin A, Rosenthal J. Your life in their pocket: students' behaviors regarding confidential patient information. *Fam Med.* 2009; 41:327-331 [C,II]

Saldaña M, Quintero MJ. Infraestructura y recursos de los comités éticos de investigación clínica en España. *Med Clin (Barc).* 2009; 132:476-480 [T,I]

PLANIFICACION / GESTIÓN.

Casalino LP, Dunham D, Chin MH, Bielang R, Kistner EO, Karrison TG, et al. Frequency of failure to inform patients of clinically significant outpatient test results. *Arch Intern Med.* 2009; 169:1123-1129 [T,I]

Luciano JV, Fernández A, Serrano-Blanco A, Pinto-Meza A, Palao DJ, Mercader M, et al. Cooperación entre atención

primaria y servicios de salud mental. *Aten Primaria.* 2009; 41:131-140 [T,I]

Gallego F, Gens M, Palacios L, Hernández N. ¿Cómo gestionamos la información en la consulta para garantizar una asistencia de calidad? *Aten Primaria.* 2009; 41:169-171 [R,I]

Gilabert A, Cubí R. La receta electrónica en Cataluña (Rec@t): ¿prescribimos o recetamos? *Aten Primaria.* 2009; 41:298-299 [AO,I]

Blanco L, Villarreal E, Vargas ER, Galicia L, Martínez L, Mejía AF. Relación coste-efectividad de la cita previa en la consulta externa de medicina familiar. *Aten Primaria.* 2009; 41:329-334 [CE,I]

Ellins J, Ham C, Parker H. Opening up the primary medical care market. *BMJ.* 2009; 338:1127 [AO,II]

Martin-Moreno JM, Alonso P, Claveria A, Gorgojo L, Peiró S. Spain: a decentralised health system in constant flux. *BMJ.* 2009; 338:1170 [R,II]

Dorling D. Unemployment and health. *BMJ.* 2009; 338:829 [AO,I]

Calvert M, Shankar A, McManus RJ, Lester H, Freemantle N. Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom: retrospective cohort study. *BMJ.* 2009; 338:b1870 [S,II]

Glazier RH, Klein-Geltink J, Kopp A, Sibley LM. Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. *CMAJ.* 2009; 180:E72-81 [T,I]

Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ, Leach-Kemon K, Michaud CM, Jamison DT, et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet.* 2009; 373:2113-2124 [T,II]

Omer SB, Salmon DA, Orenstein WA, deHart MP, Halsey N. Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases. *N Engl J Med.* 2009; 360:1981-1988 [R,II]

Vass M. The future role of general practice: managing multiple agendas. *Scand J Prim Health Care.* 2009; 27:65-67 [AO,I]

INFORMÁTICA.

Myung SK, McDonnell DD, Kazinets G, Seo HG, Moskowitz JM. Effects of Web- and computer-based smoking cessation programs: meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 2009; 169:929-937 [M,I]

Monteagudo JL. Telemedicina y atención primaria. *Aten Primaria.* 2009; 41:129-130 [AO,I]

Coll JM, Masuet JM. Las bases científicas para el uso de los asistentes digitales personales (PDA) en la práctica médica. *Aten Primaria.* 2009; 41:217-220 [R,I]

Mira JJ, Llinás G, Lorenzo S, Aibar C. Uso de internet por médicos de primaria y hospitales y percepción de cómo influye en su relación con los pacientes. *Aten Primaria.* 2009; 41:308-314 [T,I]

Roig F, Saigi F. Dificultades para incorporar la telemedicina en las organizaciones sanitarias: perspectivas analíticas. *Gac Sanit.* 2009; 23:147.e1-147.e4 [AO,I]

Brownstein JS, Freifeld CC, Madoff LC. Influenza A (H1N1) virus, 2009—online monitoring. *N Engl J Med*. 2009; 360:2156 [AO,II]

Brownstein JS, Freifeld CC, Madoff LC. Digital disease detection—harnessing the Web for public health surveillance. *N Engl J Med*. 2009; 360:2153-5, 2157 [R,I]

OTRAS.

Koulouri O, Conway GS. Management of hirsutism. *BMJ*. 2009; 338:847 [R,I]

Sathyapalan T, Atkin SL. Investigating hirsutism. *BMJ*. 2009; 338:912 [R,I]

Winyard G. The future of female doctors. *BMJ*. 2009; 338:b2223 [AO,I]

Vaquero EC. En paciente con dolor abdominal e historia de ingesta alcohólica elevada, ¿qué pruebas permiten confirmar o descartar la existencia de una pancreatitis crónica? *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32:315-317 [R,I]

Silverman D, Gendreau M. Medical issues associated with commercial flights. *Lancet*. 2009; 373:2067-2077 [AO,I]

Pleguezuelos E, Garcia-Alsina J, Garcia C, Ortiz J, Perez ME, Guirao L, et al. Alteraciones del control postural en fases iniciales del latigazo cervical. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:616-620 [CC,I]

Tolosa C, Simeon CP, Gabarro L. El fenómeno de Raynaud. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:712-718 [R,I]

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Placas eritematosas de un par de meses de evolución

Ramírez Sánchez L¹, Pedrosa Arias M²

¹ R4 de MFyC, Centro de Salud Cartuja, Granada.

² MFyC, Centro de Salud Cartuja, Granada

Varón de 76 años de edad. Antecedentes personales de fibrilación auricular, hipertrofia de ventrículo izquierdo, hipertensión arterial, gonartrosis e hipotiroidismo. En tratamiento con aldocusar, atenolol, omeprazol y levotirodina. Sin alergias medicamentosas conocidas.

Nos consulta por presentar desde hace dos meses varias lesiones rojas a nivel de la frente, del tronco y de miembro superior. Han ido aumentando poco a poco de tamaño y son totalmente asintomáticas. No pérdida de peso ni sensación distérmica. Anamnesis por órganos y aparatos sin interés.

En la exploración física destaca un buen estado general, eupneico, afebril. TA: 134/ 70, FC: 68 lpm. ACR: tonos arrítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado. Varias placas eritematosas, asimétricas de unos 3 x 4 cm. de diámetro, de forma algunas ovaladas y otras poligonales, no descamativas, de consistencia dura y no dolorosa a la palpación que se distribuyen por hemi-

cuerpo izquierdo, a nivel de frente, tronco y hombro.

No lesiones a nivel de mucosa oral.

Cuello: sin adenopatías. Abdomen: sin masas ni megalias. MMII: signos de insuficiencia venosa crónica.

Pruebas complementarias: en la analítica general destaca una LDH 626, THS 16,4 y una eosinofilia del 9,4%.

Ausencia de respuesta con tratamiento corticoideo tópico.

¿Cuál crees que es el diagnóstico?

- a) Lupus eritematoso cutáneo subagudo.
- b) Líquen plano.
- c) Linfoma cutáneo.
- d) Micosis fungoide.
- e) Eritema nodoso.



ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

- IX Jornadas SAMFyC para R3 de Medicina Familiar y Comunitaria
Aracena (Huelva), 4 y 5 de febrero de 2010.
Secretaría técnica: ACM
Telf.: 958 523 299
Fax: 958 203 550
www.jornadasr3samfyc2010.com
- VI Jornadas SAMFyC para Tutores de MFyC
Almería, 18 y 19 de Marzo, 2010
Secretaría técnica: ACM
Telf.: 958 523 299
Fax: 958 203 550
- XX Congreso SAMFyC
Málaga, 6-8 de octubre, 2010
Palacio de Ferias y Congresos de Málaga
Secretaría técnica: ACM
Telf.: 958 523 299
Fax: 958 203 550
www.samfycmalaga2010.com/
- XVI WONCA EUROPE CONFERENCE
Málaga (Spain), 6-9 October, 2010
Palacio de Ferias y Congresos de Málaga
www.woncaeurope2010.org/

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 veintinueve los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

Te rogamos nos haga 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 haga 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 COMUNIQUE 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 correspondientes leyendas (cada una en una página), figuras y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), anexos.

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

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

SECCIONES FIJAS

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

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

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

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

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

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

Las revistas a valorar estarán contenidas entre las siguientes:

Medicina

Medicina Clínica
Lancet
British Medical Journal
JAMA
Annals of Internal Medicine
New England Journal of Medicine
Canadian Family Physician
Canadian Medical Association Journal

Medicina de Familia

Atención Primaria
MEDIFAM
British Journal of General Practice
Family Practice
Journal of Family Practice
American Family Physician
Family Medicine
The Practitioner

Salud Pública

Gaceta Sanitaria

Gestión

Cuadernos de Gestión

Sociología y salud

Social Science and Medicine

Terapéutica

Drug
Drug and Therapeutic Bulletin
Medical Letters
Informativo Terapéutico del Servicio Nacional de Salud

Metodología Docente

Academic Medicine
Medical Education

Medicina Basada en la Evidencia

ACP Journal Club
Colaboración Cochrane
Bandolier

América Latina

Revistas de Atención Primaria de América Latina que podamos recibir.

Actividades científicas, o agenda de actividades en un próximo futuro.

SECCIONES OCASIONALES

Artículos de revisión: Este tipo de artículos serán bienvenidos. Su extensión no será superior a las 5.000 palabras y el número de referencias bibliográficas queda a juicio del autor(es). Se re-

comienda a los autores contactar con el consejo editorial en cualquier momento del desarrollo del trabajo con el fin de plantearse el su enfoque 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 poder 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 aparta-

dos 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 tra-

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

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

Firma y DNI de todos los autores:

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

LISTADO DE COMPROBACIONES (*Check List*)

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

1. RESUMEN

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

2. INTRODUCCIÓN

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

3. MATERIAL Y MÉTODOS

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

4. RESULTADOS

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

5. FIGURAS Y TABLAS

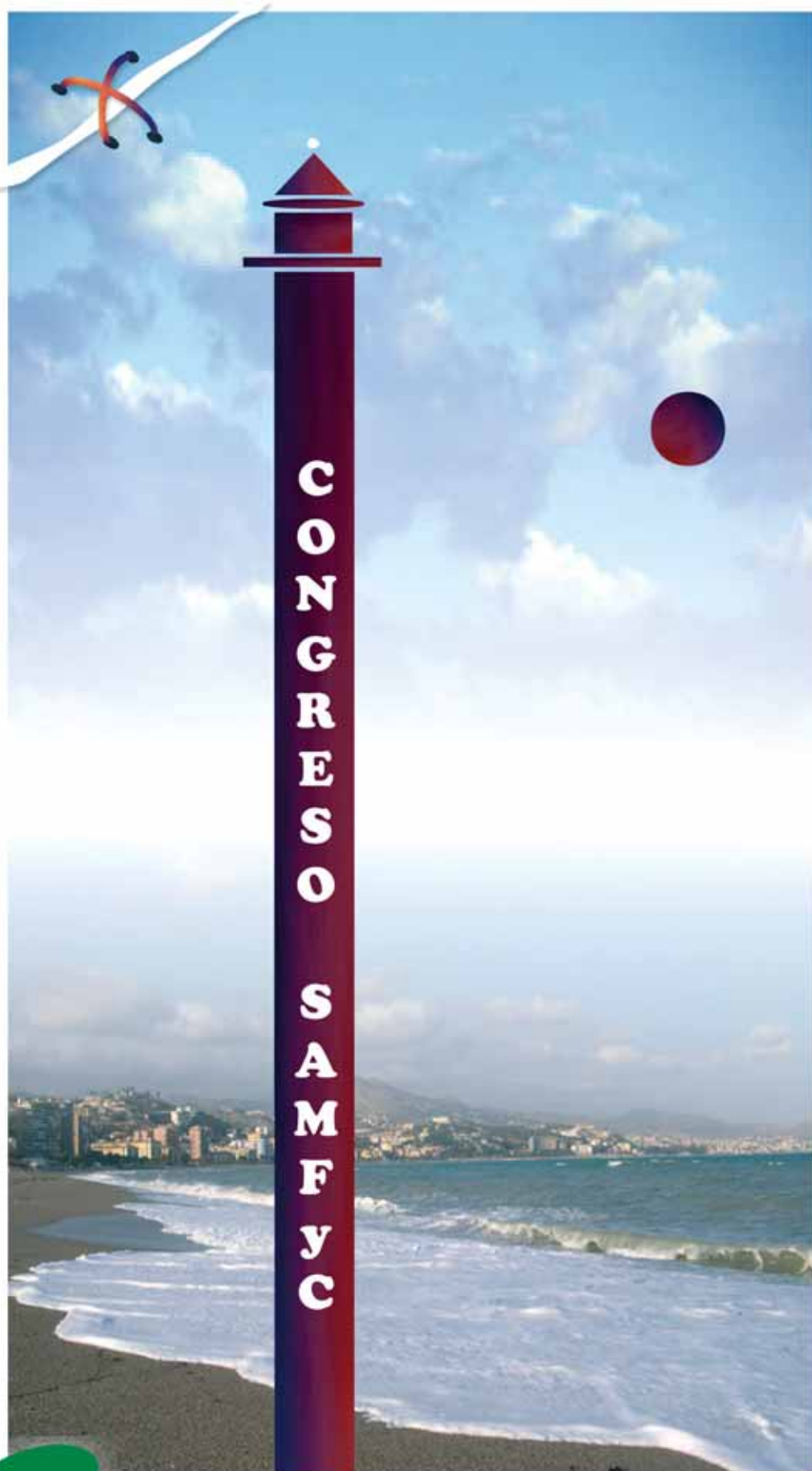
Son autoexplicativas: pueden comprenderse sin recurrir al texto.			
Se aclaran todas las abreviaturas utilizadas.			
Son necesarias todas las tablas y figuras.			
Su número es suficiente			

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			



20 Congreso SAMFyC 2010

Málaga, 6, 7 y 8 de Octubre 2010. Palacio de Ferias y Congresos

☐ (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)

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Entidad

Oficina

D.C.

Nº C/C

NOMBRE y APELLIDOS:

Firma:

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

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

19º Congreso

SAMFyC

SAMFyC

Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Cádiz 2009

Palacio de Congresos
de Cádiz
18 al 20 de Junio de 2009

ESPECIAL



COMUNICACIÓN ORAL

Grado de satisfacción de los pacientes con su médico de Atención Primaria en aspectos de comunicación

Ranea Martín EV, Gaspar Postigo MA, Márquez Moya L, Rico Azuaga M^ªJ

Residentes de Medicina de Familia de la Unidad Docente Málaga pertenecientes al Distrito Sanitario de la Axarquía. Centros de Salud de Axarquía Oeste, Vélez Sur, Nerja y Torre del Mar. Málaga

Título: Grado de satisfacción de los pacientes con su médico de Atención Primaria en aspectos de comunicación.

Objetivo: Evaluar el grado de satisfacción del paciente durante la entrevista clínica en la consulta de Atención Primaria así como toda la información que el paciente espera obtener referente a la etiología de la enfermedad, pruebas diagnósticas, tratamiento prescrito y pronóstico.

Diseño: estudio descriptivo transversal

Emplazamiento: Centros de Salud Vélez Sur, Torre del Mar, Benamargosa y Algarrobo.

Población y muestra: 324 pacientes seleccionados de forma aleatoria simple que acudieron a la consulta a demanda clínica de los citados centros de Salud y que estuvieran dispuestos a contestar la encuesta de forma anónima y voluntaria. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, de habla castellana y pertenecientes al cupo de los médicos que aceptaron colaborar en nuestro proyecto.

Intervenciones: encuesta anónima que recoge aspectos de comunicación en cuatro apartados fundamentales: aspectos no verbales, etiológicos, terapéuticos y pronósticos

Resultados: De los 324 pacientes incluidos en el estudio 200 (61,7%) pertenecían a centro de salud urbano y 124 (38,3%) a rural. Un 62% estaban "bastante satisfechos", sólo un 1,9% "poco satisfechos". Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas a favor de los centros de salud rurales ($p=0.047$) y en los pacientes que acuden con acompañante a la consulta ($p=0.011$).

Conclusiones: Existen diferencias entre ámbitos demográficos en cuanto a satisfacción percibida que pueden deberse a la alta carga asistencial en centros urbanos o la masificación de cupos. Desde Atención Primaria tenemos una labor importante en cuanto a mejorar la comunicación con nuestros pacientes para evitar o minimizar errores que pueden ser desde leves hasta fatales.

Palabras clave: biosecurity, communication, satisfaction, primary care (bioseguridad, comunicación, satisfacción, Atención Primaria).

COMUNICACIÓN ORAL

Hipotiroidismo subclínico (HS) y factores de riesgo cardiovascular (CV)

Rodríguez Contreras J¹, Ramírez Picó A², Santiago Fernández P³, Ureña Fernandez T³, Valverde Bolívar J³, Sánchez Malo C³

¹ Centro de Salud Virgen de la Capilla (Jaén)

² Centro de Salud El Valle (Jaén)

³ Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén (Jaén)

Título: hipotiroidismo subclínico (HS) y factores de riesgo cardiovascular (CV).

Objetivos: Estimar la relación existente entre HS y algunos factores de riesgo CV.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Criterios diagnósticos de HS: TSH mayor (>) 5 uUI/ml; T4-L normal. **Variables:** edad, sexo, IMC, TSH, T4-L, lípidos; **Estadística:** análisis descriptivo, correlación de Pearson, test de la t de Student. En los análisis se consideró significativo un valor p menor (<) 0.005. Software SPSS 15.0.

Resultados: Se han analizado 160 historias. La media de edad es 51 años, 13.8% hombres y 86.3% mujeres. El 27% tenían índice de masa corporal (IMC) <25 kg/m², el 33.3%, entre 25-30 kg/m² el 28%, entre 30-35 kg/m², y el 11.4% >35 kg/m². No hay diferencias entre el IMC según edad ó sexo.

El peso no se relaciona con los valores de TSH ó de T4-L. La TSH media es de: 9.35 µUI/ml y T4-L: 0.74 ng/dl. Los lípidos mostraban medias de: colesterol (col) 209.68 mg/dl, triglicéridos (tg) 145.36 mg/dl, LDL-c: 130.18 mg/dl y HDL-C: 58.97 mg/dl; no hemos encontrado diferencias significativas en los valores lipídicos según los niveles de TSH ó de T4-L; aunque si hay diferencias significativas en los lípidos según el mayor IMC: col 196.8 mg/dl frente a 225.8 mg/dl, tg 99 mg/dl frente a 181.54 mg/dl y LDL-c 128.1 mg/dl frente a 144.45 mg/dl (ñ: NS).

Conclusiones: El HS no justifica la ganancia ponderal ni se relaciona con factores de riesgo CV como son los valores lipídicos. El IMC provoca un aumento de los niveles de lípidos independientemente de la función tiroidea.

Palabras clave: Hipotiroidismo subclínico, IMC, Lípidos.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Valoración de la autoinmunidad serológica en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus

Medina Medina O¹, Marín Parrilla V², Medina Corpas M^{aJ}³

¹ MIR 3º MFyC. Centro Salud San Felipe. Jaén

² MIR 3º MFyC. Centro Salud Torredonjimeno. Jaén

³ MIR 3º Análisis Clínicos. Hospital Médico-Quirúrgico. Jaén

Título: Valoración de la autoinmunidad serológica en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus.

Objetivos: Conocer la prevalencia de DM tipo LADA de los dos centros de salud citados, factores asociados al mal control metabólico y valorar eficacia del tratamiento precoz con insulina en pacientes diagnosticados de LADA mal controlados.

Material y métodos: Diseño del estudio: 1ª fase, descriptivo transversal de prevalencia y 2ª fase, cohortes prospectivo con seguimiento durante un año. **Ámbito:** centros de salud citados. **Sujetos:** diabéticos tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales. Criterios de inclusión: Edad > 25 años. DM tipo 2. Tratamiento con antidiabéticos orales.

Muestreo: 280 pacientes, prevalencia del 10%, precisión del 5% y confianza del 99%. Se realizará un muestreo aleatorio simple.

Mediciones e intervenciones: Al inicio del estudio se medirán anticuerpos anti-GAD / anti-IA2, HbA1C, colesterol, microalbuminuria, índice de masa corporal y presión arterial. Durante

un año se realizarán mediciones trimestralmente de hemoglobina glicosilada. La microalbuminuria y complicaciones macrovasculares se medirán al inicio y final del estudio. En los pacientes diagnosticados de LADA y con mal control metabólico iniciaremos tratamiento insulínico. Al año evaluaremos resultados obtenidos.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo de los datos. Para calcular la significación estadística se empleará la Chi cuadrado y T-Student.

Limitaciones del estudio: coste de laboratorio, pérdida de pacientes, mala adherencia al tratamiento.

Aplicabilidad: diagnosticar correctamente los pacientes diabéticos para conseguir un buen control metabólico de forma precoz.

Aspectos éticos-legales: Cumple los aspectos requeridos en la Ley Orgánica 15/1999 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Aportaremos consentimiento informado.

Palabras clave: diabetes mellitus, anti-GAD, anti-IA2.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Evaluación del abordaje integral del paciente paliativo

Rivas Martínez M^aR¹, Herrador Fuentes B¹, Audi Alamir W¹, Macias Mellado V², Martínez Chavez V², Ortega Armenteros M^aC³

¹ Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de Gavellar. Úbeda (Jaén)

² Médico de Familia. Centro de Salud Úbeda Este. Úbeda (Jaén)

³ Oncóloga encargada del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Úbeda (Jaén)

Título: evaluación del abordaje integral del paciente paliativo.

Objetivos: Principal: Estudiar la cooperación entre equipo de soporte de cuidados paliativos (ESCP) con atención primaria y pacientes en domicilio. Otros:

- Evaluar grado de control de síntomas.
- Determinar evolución de la calidad de vida de pacientes y su papel predictor de supervivencia en esta población mediante el *Palliative Performance Status* (PPS).

Diseño: Estudio observacional prospectivo.

Ámbito: Atención Primaria, ESCP.

Población y muestra: Pacientes atendidos en año 2008 por ESCP.

Criterios de inclusión/exclusión/muestreo: Se estudiarán los pacientes registrados en 2008 en el servicio de cuidados paliativos, excluyéndose preagónicos o agónicos, sin seguimiento domiciliario.

Intervenciones: Utilizamos un cuestionario mediante entrevista y datos recabados de historias clínicas, incluyendo las dimensiones más relevantes bibliográficamente sobre sintomatología, coordinación entre diferentes profesionales y variables predictoras de supervivencia:

1-Control de síntomas: Seleccionados según criterios de: prevalencia, impacto en calidad de vida y consumo de recursos. Se valoran 14 variables: ¹disnea, ²xerostomía, ³candidiasis, ⁴náuseas, ⁵vó-

mitos, ⁶estreñimiento, ⁷disfagia, ⁸anorexia, ⁹astenia, ¹⁰agitación, ¹¹prurito, ¹²tristeza, ¹³insomnio y ¹⁴dolor. La variable dolor se medirá con Escala Analógica Visual del dolor (EVA). Para el resto utilizaremos la Escala de Edmonton modificada.

2-Calidad de vida y tiempo de supervivencia: PPS evalúa: ¹deambulación, ²actividad y evidencia de enfermedad, ³independencia en autocuidados, ⁴ingesta oral y ⁵nivel de conciencia. El deterioro del PPS indica empeoramiento importante en el pronóstico.

3-Variables organizativas: fecha ingreso y alta en cuidados paliativos, número de coordinaciones entre AP y ESCP.

4-Descriptores universales (sexo, edad, nivel socioeconómico, lugar de residencia, estado civil).

5-Perfil de salud del paciente (diagnóstico y estado).

6-Perfil familiar (cuidador principal, número con-

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Utilidad diagnóstica y terapéutica del estudio familiar en una zona básica de salud necesitada de transformación social

Cárdenas Antón M¹, Ruiz Ortega P², Pérez Milena A²

¹ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle (Jaén)

² Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén)

Título: utilidad diagnóstica y terapéutica del estudio familiar en una zona básica de salud necesitada de transformación social.

Introducción: La atención biomédica tradicional para detectar y asesorar los frecuentes problemas psicosociales en la consulta de Atención Primaria es poco útil. Se precisa un correcto abordaje biopsicosocial que realiza una evaluación completa del paciente y su familia. El genograma ocupa un lugar privilegiado como instrumento diagnóstico que permite al médico de familia conocer el funcionamiento familiar del paciente: combina información biomédica y psicosocial, clarifica patrones transgeneracionales de enfermedad y de conductas problemáticas, sitúa el problema actual en un contexto histórico, permite al clínico (y al paciente) estudiar y explorar los mitos para cambiar los guiones familiares. Además, introduce a la familia dentro de las estrategias destinadas a la curación del enfermo. Para analizar todo lo anterior en condiciones reales se diseña el presente proyecto de investigación.

Objetivos: [primario] conocer el perfil del paciente al que se le realiza un estudio familiar en Atención Primaria y las características esenciales de su entorno familiar; [secundarios] Conocer la calidad de los genogramas realizados y valorar los cambios en diagnóstico, tratamiento y consumo de recursos sanitarios antes y después del estudio familiar.

Diseño: estudio descriptivo de cohorte histórica.

Emplazamiento: zona de salud urbana necesitada de transformación social.

Población y muestra: muestreo intencional, incluyendo a todos los pacientes con estudio familiar realizado en los últimos 10 años.

Intervenciones: Se recoge de la historia clínica: calidad del genograma (miembros de la familia, subsistema conyugal y fraternal, el hogar, información sobre educación, situación laboral y problemas de salud, acontecimientos vitales estresantes, red/apoyo social y entorno social, relaciones familiares), características del paciente (edad, sexo, nivel socioeconómico y cultural, trabajo, enfermedades, medicación, frecuentación sanitaria, motivos de consulta, pruebas complementarias y diagnósticos principales antes del estudio familiar) y de su familia (estructura familiar, ciclo vital familiar, acontecimientos vitales estresantes, recursos familiares, es decir, red y apoyo social), motivos para realizar el estudio familiar (motivos de consulta, diagnóstico y tratamiento, pruebas complementarias, frecuentación; 6 meses antes y 6 meses después del estudio familiar). Se excluirán aquellos genogramas no interpretables (mala caligrafía, deterioro del papel).

Análisis estadístico: se usará el programa estadístico SPSS 15.0, comprobando la normalidad de las variables y con un nivel de significación estadística $p < 0,05$. Se presentarán los datos como medias $\pm$ error estándar y con intervalos de confianza al 95%; las diferencias se valorarán con la prueba de la χ^2 de Pearson, con corrección de Yates (proporciones) y t de Student (medias) o las correspondientes pruebas no paramétricas. **Limitaciones:** la principal limitación es el sesgo de información (errores por mal registro en las historias clínicas) y las dificultades de seguimiento de una cohorte histórica.

Aplicabilidad: conocer la utilidad del estudio familiar y del uso del genograma como ayuda a mejorar la asistencia sanitaria individual en las consultas de Atención Primaria.

Aspectos ético-legales: Se solicitará el permiso de la Comisión de Investigación del Distrito Sanitario para la recogida de datos. El desarrollo

del trabajo se ajustará a las normas de buena práctica clínica (art. 34 RD 223/2004; directiva comunitaria 2001/20/CE) y a la protección de datos personales (LOPD 15/1999).

Palabras clave: genograma, función familiar, abordaje biopsicosocial.



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación nutricional de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

González Calvo J¹, Vargas Sánchez C², Pérez Durillo FT², Cueto Camarero MM¹, Maldonado Valenzuela JJ³

¹ MIR 3º MFyC. UGC El Valle. Jaén.

² MIR 3º MFyC. UGC San Felipe. Jaén

³ MIR 3º MFyC. UGC Virgen de la Capilla. Jaén

Título: Evaluación nutricional de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Objetivo: Valorar el estado nutricional de pacientes con EPOC y las diferencias según el sexo.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Dos consultas de un centro de salud urbano.

Población y muestra: Todos los pacientes registrados en el proceso EPOC del programa informático DIRAYA.

Intervenciones: las variables recogidas han sido sexo, estado civil, peso, talla, circunferencia braquial, circunferencia pantorrilla, test mini nutritional assessment (MNA), recuerdo alimentario de 72 horas (analizado por el programa AyS).

Resultados: Se valoran 56 pacientes con edad media de 71±7,4 años, con un 77% de hombres.

La mayoría están casados (77%) y conviven con familiares en su hogar (88%). La ingesta calórica de los hombres es 1724±347kcal y en mujeres 1620±279kcal con similar contenido (37,1% lípidos, 18,1% proteínas y 44,8% hidratos carbonos). Hay diferencias en el peso medio de hombres (84,1±16,4 kg) y mujeres (69,3±9,9 kg; p<0,05^{t2}) y la circunferencia de la pantorrilla media (34,2±3,2cm hombres y 31,4±2,8cm mujeres; p<0,05 *t* Student), pero no en el índice de masa corporal (30,4±5,1 hombres y 28,4±4,2 mujeres) ni en la circunferencia media braquial (26,9±2,9cm hombres y 26,1±3,6cm mujeres). Presentan más riesgo de desnutrición los hombres (46%) frente a mujeres (9%; sin significación estadística).

Conclusiones: El 55 % de los pacientes presenta riesgo de desnutrición según el MNA, por lo que debemos plantearnos una actuación nutricional en nuestros pacientes con EPOC.

Palabras clave: EPOC, nutrición, atención primaria.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Síndrome del “quemado” en los profesionales de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias

Ramos Navas-Parejo JM^{a1}, Roldán Maldonado G², Garrido Mateo L³, Ramos Ramos M^aA⁴, Guardia García R³, Salazar Torres IC⁵

¹ Jefe de Servicio de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Granada

² Psicóloga Clínica y coordinadora. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

³ Becaria. Fundación Biosanitaria Alejandro Otero. Granada

⁴ Facultativa especialista de Área psiquiatría. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

⁵ Universidad de Granada

Título: Síndrome del “quemado” en los profesionales de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias.

Objetivo: Estudiar indicadores de estrés laboral en los profesionales que trabajan en Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) y relacionar el nivel de *desgaste emocional* con el perfil profesional, sexo, edad...

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: DCCU de la provincia de Granada.

Población y muestra: Todos los profesionales que trabajan, fundamentalmente, en DCCU y que han aceptado participar en el estudio. En total 291 profesionales (34% médicos, 31% enfermeros/as, 35% celadores/as-conductores/as).

Intervenciones: Se utilizó el inventario de Burnout de Maslach (*Maslach Burnout Inventory*. MBI; Maslach y Jackson, 1986), que mide tres dimensiones: *agotamiento emocional*, *despersonalización* y *realización personal* en el trabajo. Análisis estadístico: *test Chi-cuadrado* y *Mann-Whitney*.

Resultados: El 24'7% de los profesionales presentan una puntuación media-alta en *agotamiento emocional*. El 53% puntúa medio-alto en

despersonalización. El 22'7% tiene un sentimiento de *realización* bajo.

El 73'5% de los profesionales que presentan *desgaste emocional* son médicos, frente al 14'7% de enfermeros/as y 11'8% de celadores/as-conductores/as ($p=0'000$).

Tras el análisis estadístico, observamos que existe un mayor *agotamiento emocional* en las mujeres ($p=0'004$), y en los/as médicos ($p=0'000$). Se han encontrado altos niveles de *despersonalización* en los menores de 35 años ($p=0'003$), en los que tienen menos de 5 años trabajados ($p=0'006$), los que realizan más horas de guardia al mes ($p=0'026$) y tienen menor número de hijos ($p=0'053$).

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra que existen altos niveles de *agotamiento emocional*, *despersonalización* y bajos de *realización personal en el trabajo* (las dimensiones del *desgaste emocional*) y están relacionadas con: la categoría profesional, número de hijos, horas de guardia, edad, antigüedad en el puesto y género. Este estudio contribuye al conocimiento del perfil del profesional “quemado”.

Palabras clave: Emergency (urgencias); Burnout (desgaste emocional); Health care (asistencia médica).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

La violencia sobre los profesionales de urgencias de atención primaria, ¿está relacionada con el género?

Ramos Navas-Parejo JM^{a1}, Roldán Maldonado G², Garrido Mateo L³, Ramos Ramos M^{aA4}, Guardia García R³, Ávila Villegas R⁵

¹ Jefe de Servicio de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Granada

² Psicóloga Clínica y coordinadora. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

³ Becaria. Fundación Biosanitaria Alejandro Otero. Granada

⁴ Facultativa especialista de Área psiquiatría. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

⁵ Pediatra EBAP en el Centro de Salud de Almanjáyar. Granada

Título: La violencia sobre los profesionales de urgencias de atención primaria, ¿está relacionada con el género?

Objetivo: Conocer la prevalencia de profesionales de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) agredidos, perfil profesional y consecuencias de dichas agresiones, así como estudiar si existen diferencias en función del género.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de la provincia de Granada.

Población y muestra: Todos los profesionales que trabajan, fundamentalmente, en los DCCU y que aceptaron participar en el estudio. En total 315 personas (35'2% médicos, 29'8% enfermeros/as, 34'9% celadores/as-conductores/as).

Intervenciones: Se realizó una entrevista semiestructurada, que contempló variables sociodemográficas (edad, categoría profesional, antigüedad en el puesto, etc.), número, tipo de agresiones y consecuencias. Análisis estadístico: test Chi-cuadrado.

Resultados: El 84'4% de los profesionales se han sentido agredidos por usuarios alguna vez

en su trabajo, de los cuales, un 18'4% han sido físicas. El 58'7% las valora como graves/muy graves. El 49'5% tiene miedo de ser agredido cuando trabaja. El 32'2% de los profesionales señalan haber sufrido o presenciado más de 20 agresiones.

Tras el análisis estadístico de los resultados encontramos algunas diferencias significativas en función del género: las mujeres se han sentido más agredidas, tanto en número ($p=0'011$), como en gravedad ($p=0'011$) y cuando están trabajando, tienen más miedo a ser agredidas ($p=0'005$). También, la repercusión de dichas agresiones en el ámbito laboral y personal es mayor ($p=0'000$ y $p=0'001$, respectivamente).

Conclusiones: Nuestros datos confirman que la violencia sobre los profesionales del DCCU es un problema muy prevalente, especialmente, si se es mujer. Sin embargo, es independiente de la edad, categoría, tener o no hijos, estado civil y antigüedad en el puesto.

Este dato es fundamental a la hora de elaborar política de prevención.

Palabras clave: Violence (violencia); Emergency (urgencias); Sex differences (diferencias de género).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del programa de detección precoz de cáncer de cérvix en un Centro de Salud urbano

Cabrera Martínez M^aC¹, Hernando Jiménez V¹, Vega García-Posada R¹, Ramírez Ceballos A¹, Basagoiti Salazar L²

¹ Unidad de Gestión Clínica San Andrés Torcal (Málaga)

² Centro Salud Teatinos (Málaga)

Título: Evaluación del programa de detección precoz de cáncer de cervix en un Centro de Salud urbano.

Objetivos: Cuantificar el número de citologías realizadas en nuestro centro de salud en el año 2007. Determinar si se adecua a las recomendaciones actuales. Estudiar las posibles causas para un insuficiente número de citologías. Evaluar el cumplimiento de los protocolos de diagnóstico precoz cáncer de cuello uterino conforme al Proceso Asistencial del SAS.

Diseño: Estudio de intervención, no controlado, basado en la metodología de evaluación y mejora de la calidad. Reevaluación interna longitudinal y retrospectiva.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Sujetos: Mujeres pertenecientes al Centro de Salud, con edades comprendidas entre los 17 y los 65 años susceptibles de adscribirse al programa de detección precoz de cáncer de cervix. Se exclu-

yeron a aquellas mujeres que padecen una patología ginecológica que les obligue a mantener seguimiento por Atención Especializada (ginecología).

Resultados: Se realizaron 73 citologías más en 2008, respecto 2007. Se observó una mejora significativa ($p<0,001$) de la captación de las pacientes en el proceso de cáncer de cervix, en términos de cobertura. Se ha producido una mejora de la inclusión al proceso de cáncer de cervix de las citologías realizadas de un 26.6% a 43.3% en 2008 ($p<0,05$). Hubo mejora no significativa en el registro en el libro de citologías.

Conclusiones: Se ha conseguido un incremento no desdeñable del número de citologías realizadas en 2008. Sin embargo, esta mejora resulta claramente insuficiente frente a las recomendaciones de guías clínicas. Debemos persistir en las mejoras del programa y darle continuidad en el análisis de calidad en un futuro próximo

Palabras clave: cervical cáncer, screening, cytology.

CRITERIO	2007	2008	MEJORA ABSOLUTA	P IC 95%
COBERTURA (% MUJERES CAPTADAS)	11.8%	15.8%	+ 4.06	P < 0.001
REGISTRO	FR: 3,3% (0-7,1)	0 (0-14.5)	- 3.3	N/S
	TLF:96,6% (91.1-100)	90% (82.5-97.5)	- 6.6	
INCLUSIÓN EN PROCESO CÁNCER DE CÉRVIX	26,6% (15,5-37,7)	43,3 (37,1-49,2)	+ 16.7	P < 0.05

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Factores psicosociales en el trabajo en residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

Caro Tejero F, Giménez Ruiz MA, Giménez Ruiz JJ, Cía González A, Calle Pareja MA, Pedregal González M

Unidad Docente de MFyC de Huelva

Título: Factores psicosociales en el trabajo en residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivos: Evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo en los médicos Residentes de Familia de una unidad docente. Determinar si existen diferencias entre residentes de distintos años.

Material y métodos: Se incluyó a los 50 médicos residentes de familia. Se aplicó la versión larga del cuestionario ISTAS 21 que es un método de evaluación e intervención preventiva de los factores de riesgo en el trabajo de naturaleza psicosocial.

Resultados: Se encuentran en situación de riesgo más del 60% de los encuestados en los siguientes ítems: doble presencia, exigencias psicológicas cuantitativas, cognitivas, emocionales, sensoriales, exigencia de esconder emociones, claridad de rol, relaciones sociales durante el trabajo, inseguridad, estima e influencia.

Se encontró diferencias al borde de la significación estadística entre los R2 y R3 respecto a los R1 en cuanto a exigencias psicológicas cognitivas ($p=0,055$); y entre R1 respecto a R2 y R3 en cuanto a estima (no significativas aunque clínicamente relevantes).

El 75% de los R1 y R2 están en niveles de riesgo en cuanto a previsibilidad en el trabajo y el 22% de los R3 ($p=0,006$). En cuanto a claridad de rol el 70% de los R1 y R2 se encuentran en situación de riesgo y el 23% de los R3 ($p<0,002$).

Conclusiones: Se debe tener especialmente en cuenta el mayor riesgo de los residentes en los ítems citados.

A medida que avanza la residencia se va clarificando el rol del futuro médico de familia.

Los R1 se encuentran en situación más vulnerable.

Palabras clave: self concept, catchment area, risk management.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Qué quiero saber ante una enfermedad terminal? Visión del médico residente de familia

García Corrales R¹, Fariñas Campos Q¹, Hernández Donoso M¹, Montosa Carvajal J², López Benítez C², Oneto Romero R²

¹ MIR 4º MFyC. Centro de Salud de Pinillo Chico

² MIR 4º MFyC. Centro de Salud de Puerto Real

Título: ¿Qué quiero saber ante una enfermedad terminal? Visión del medico residente de familia.

Objetivos: Valorar que información querríamos para nosotros y nuestra familia en caso de enfermedad terminal. Valorar si los tutores informan al paciente y su familia.

Método: Se encuestaron a los residentes de familia que asistieron a la actividad formativa sobre abordaje integral del paciente y cuidadores. Las preguntas fueron: si tú tuvieras una enfermedad terminal, desearías saber tu diagnóstico y pronóstico. Misma reflexión si la tuviera un familiar cercano. Por ultimo, según los residentes de familia, si los tutores con los que realizas los rotatorios, informan a pacientes y familia sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad terminal. Tres posibles respuestas: Si, NO, No sabe (NS).

Resultados: 23 residentes encuestados en distinto año de formación. El 86,9% de los residentes opinan que SÍ querrían saber su diagnóstico y pronóstico en caso de padecer una enfermedad terminal, el 4,38% NO y el 8,69% NS. Para sus familiares, el 91,3% SÍ querrían saberlo, el 0% NO y el 8,69% NS. El 100% opinan que los tutores SÍ informan a la familia. El 21,73% de los residentes opinan que los tutores SÍ informan al paciente, el 69,56% NO y el 8,6% NS.

Conclusiones: La inmensa mayoría de residentes responden que querrían saber para ellos y su familia el diagnóstico y pronóstico en caso de tener una enfermedad terminal. Todos los residentes opinan que los tutores siempre informan a la familia. Sin embargo, paradójicamente la mayoría de los residentes opinan que los tutores No informan al paciente.

Palabras clave: palliative care, terminal care, cancer.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Existe alteración de la cognición en mujeres con trastorno por estrés postraumático?

Alarcón Hidalgo M^aA¹, Berthier Torres ML², Green Heredia C³, Alcaide García J⁴

¹ Médico de Familia. Centro de Salud Benalmádena-Arroyo de la Miel. Málaga

² Especialista en Neurología. Centro Investigaciones Médicas (CIMES). Málaga

³ Psicóloga. Centro CIMES. Málaga

⁴ I.T. Telecomunicación. Universidad de Málaga

Título: ¿existe alteración de la cognición en mujeres con trastorno por estrés postraumático?

Objetivos: Analizar la influencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en la función cognitiva en mujeres ≥ 55 años.

Material y métodos:

Diseño: Estudio descriptivo. Centro Salud Urbano.

Sujetos: 83. La muestra se elige de forma consecutiva de todas las mujeres que acuden a consulta.

Se realiza anamnesis y se valora cognición, existencia de depresión y de TEPT mediante las escalas:

- Test 7 minutos.
- Mini-Mental Folstein.
- Test informador.
- Escala depresión Yesavage.
- Cuestionario Experiencias Traumáticas.
- Escala Davidson.

Los resultados de la evaluación cognitiva de las mujeres con TEPT fue comparada con un grupo similar emparejados por edad (± 1 año) y años escolaridad.

Resultados:

- 16 pacientes (19%) cumplen criterios DSM-IV-TR para TEPT.
- En la evaluación de test psicométricos existe sospecha de deterioro cognitivo en el 8-18%. discrepancia se debe a que el Minimental está influido por la edad y el nivel educativo.
- El análisis mostró diferencias significativas en test reloj (subtest del test 7 minutos) ($p < 0.024$), así como en Mini-Mental ($p < 0.034$). Las pacientes con TEPT obtuvieron mejores puntuaciones.

Conclusiones:

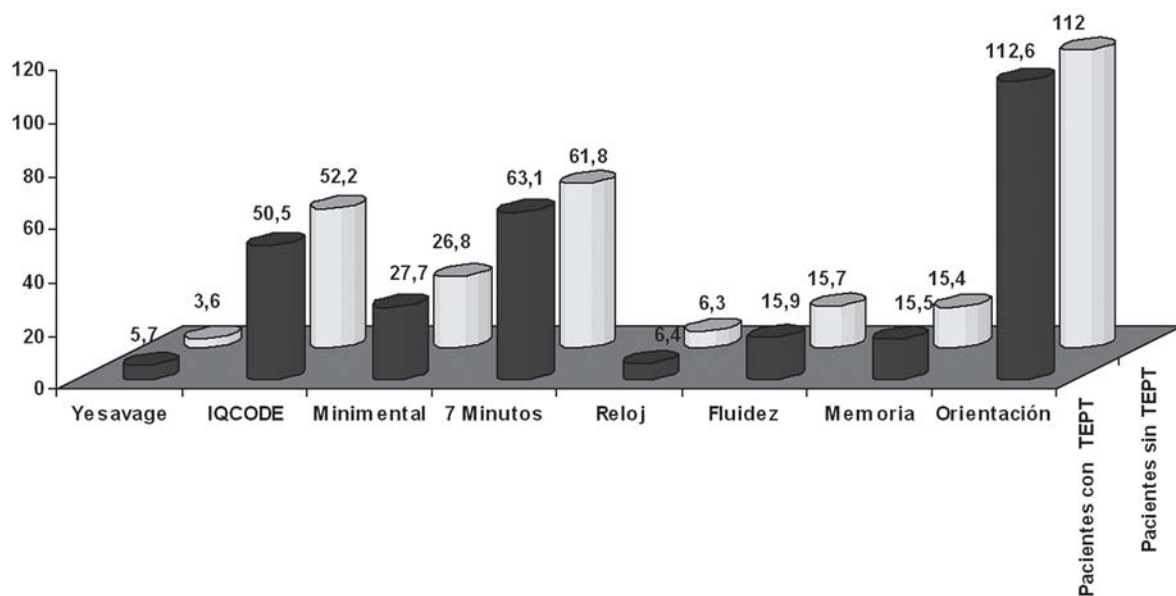
- Existe alta prevalencia de TEPT y de deterioro en nuestro medio.
- El rendimiento cognitivo de mujeres con TEPT fue similar al grupo control, excepto en Mini-Mental y test reloj donde se obtuvo mejores resultados.
- Los resultados sugieren la necesidad de explorar la posibilidad de TEPT en pacientes que consulten por síntomas de ansiedad.
- Aunque en el momento actual no existe evidencia para recomendar cribado de demencia en población general, las quejas de memoria sí deben ser evaluadas en nuestros pacientes (*Evidencia Grado B*).

Palabras clave: Stress disorders or post-traumatic (Trastorno de estrés postraumático), Mild cognitive impairment (Deterioro cognitivo), Depresion (Depresión).

Información demográfica y clínica del grupo

Variable	Grupo (n = 83)
Edad media	65,82
Nacionalidad Española	82%
Pareja actual	68%
Nº de hijos	2,4
Educación (años de escolaridad)	7,8
Pérdida subjetiva de memoria	57%
Factores de riesgo cardiovascular	73%
Antecedentes personales depresión	34%
Antecedentes personales ansiedad	39%
Consumo actual de psicofármacos	49%

Resultados en las diferentes escalas en los dos grupos de pacientes



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Diagnosticamos el trastorno de estrés postraumático?

Alarcón Hidalgo M^aA, Ranchal Soto JM, Diaz Casado MC, Carmona González F, Coín Ciezar N, Fuentes Romero F

Médico de Familia. Centro de Salud Torrequebrada

Título: ¿diagnosticamos el trastorno de estrés postraumático?

Objetivos:

- EL trastorno de estrés postraumático (TEPT) es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en población general. (Prevalencia: 5-10%).
- Las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de experimentar TEPT.
- Conocer la prevalencia de TEPT en una muestra de mujeres que acuden a consulta de atención primaria.

Material y métodos:

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Centro Salud Urbano.

Sujetos: 83

Criterios de selección: se elige de forma consecutiva de todas las mujeres ≥ 55 años que consultan por cualquier causa.

Se realiza recogida de datos: sociodemográficos, antecedentes familiares y personales de depresión y ansiedad, hábitos tóxicos, uso actual de psicofármacos.

Mediante el "Cuestionario de Experiencias Traumáticas" y la "Escala de Trauma de Davidson" se identificará la existen-

cia de TEPT y se medirá la frecuencia y la gravedad de los síntomas.

Resultados:

- Media de edad: 65,82 años.
- El 80% de las pacientes entrevistadas son españolas, 8% inglesas y 3% argentinas. El resto (9%) son de origen francés, belga, escocés, holandés e italiano.
- 16 pacientes (19 %) presentó TEPT.
- Un 34% tienen antecedentes personales de depresión y un 39% de ansiedad.
- Existe un consumo actual de psicofármacos en el 49% de las pacientes.

Conclusiones:

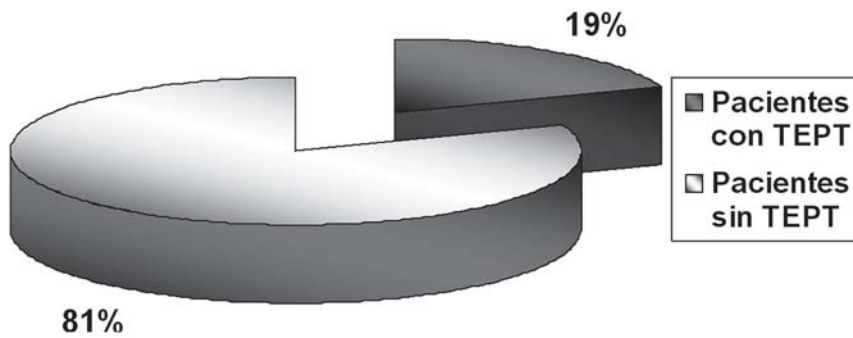
- Existe alta prevalencia de TEPT (19%) en nuestro medio.
- Deberíamos explorar en más detalle la posibilidad de TEPT en pacientes que consulten por síntomas de ansiedad.
- Deberíamos tratar individualizadamente a estos pacientes, bien tratamiento farmacológico o psicológico, para evitar cronicidad.

Palabras clave: Stress disorders or post-traumatic (Trastorno de estrés postraumático), Screening test (Test de detección precoz), Anxiety (Ansiedad).

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y CLÍNICA DEL GRUPO

Variable	Grupo (n = 50)
▪ Edad media	65,54
▪ Nacionalidad Española	76%
▪ Pareja actual	72%
▪ N° de hijos	2,4
▪ Educación	10.7
▪ Pérdida subjetiva de memoria	46%
▪ Factores de riesgo cardiovascular	80%
▪ Antecedentes de depresión	66%
▪ Antecedentes personales de ansiedad	68%
▪ Consumo actual de psicofármacos	54%

RESULTADOS TRAS EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON: “Cuestionario de Experiencias Traumáticas” y la “Escala de Trauma de Davidson”



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

¿Detectamos precozmente la depresión en atención primaria?

Alarcón Hidalgo M^aA1, Díaz Casado M^aC1, Carmona González F2, Ranchal Soto JM^a2, Fernández Millán J3, Alcaide García J4

¹ Médico de Familia. Centro de Salud Torrequebrada/Consultorio Benalmádena Pueblo. Málaga

² Médico de Familia Centro de Salud Torrequebrada. Málaga

³ Médico de Familia. Consultorio Benalmádena Pueblo. Málaga

⁴ I.T. Telecomunicación. Universidad Málaga

Título: ¿detectamos precozmente la depresión en atención primaria?

Objetivos: Conocer la prevalencia de depresión en una muestra de mujeres que acuden a consulta por cualquier causa.

Material y métodos:

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Centro Salud Urbano.

Sujetos: 83.

Criterios de selección: Se elige de forma consecutiva de todas las mujeres ≥ 55 años.

Se realiza recogida de datos: sociodemográficos, antecedentes familiares y personales de depresión y ansiedad, hábitos tóxicos, uso actual de psicofármacos.

Mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión reducida) detectamos la posible presencia de depresión. La puntuación total en la escala oscila entre 0 y 15:

- 0-5 puntos: normal.
- 6-9 puntos: posible depresión (S: 84%, E: 95%).
- >9 puntos: depresión establecida (S: 80%, E: 100%).

Resultados:

· La media de edad de nuestras pacientes fue de 65,82 años.

· En el 33% de los casos existen antecedentes familiares de depresión y/o ansiedad.

· Un 34% tienen antecedentes personales de depresión y un 39% de ansiedad.

· Según la escala de Yesavage un 8% tiene depresión establecida y un 16% probable depresión.

· Existe un consumo actual de psicofármacos en el 49% de las pacientes.

Conclusiones:

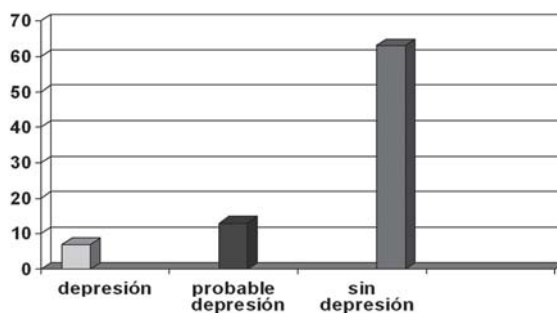
· Existe alta prevalencia de depresión (8%) en nuestro medio.

· Deberíamos explorar en más detalle la posibilidad de depresión en pacientes que acuden a nuestra consulta.

· Sería recomendable realizar cribaje en personas con factores de riesgo.

· Casi la mitad de las pacientes consumen psicofármacos. Deberíamos analizar quién los ha prescrito (automedicación?) y el motivo de su uso tan generalizado.

Palabras clave: Depresión (Depresión), Screening test (Test de cribado), Antidepressant drug (Fármacos antidepresivos).



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de hipotiroidismo subclínico (HS) en consulta de endocrinología

Ramírez Picó A¹, Rodríguez Contreras J², Santiago Fernández P³, Ureña Fernandez T³, Valverde Bolívar J³, Sánchez Malo C³

¹ Centro de Salud El Valle (Jaén)

² Centro de Salud Virgen de la Capilla (Jaén)

³ Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén (Jaén)

Título: prevalencia de hipotiroidismo subclínico (HS) en consulta de endocrinología.

Objetivos: Estimar prevalencia de consulta por HS en un Servicio de Endocrinología.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Diagnóstico de HS: TSH > 5 uUI/ml; T4-L normal. **Variables:** edad, sexo, bocio, TSH, T4-L y clínica; **Estadística:** análisis descriptivo, correlación de Pearson, test de la t de Student. Se consideró significativo un valor $p < 0.005$. Software SPSS 15.0.

Resultados: Se han analizado 160 historias. Media de edad: 51 años, 22 hombres (13.8%) y 138 mujeres (86.3%). El 12.5% presentaban bocio y, en éstos, la TSH es significativamente mayor (11.9 vs 9.14 uUI/ml; $\tilde{n} < 0.05$); 7% refería algún síntoma relacionado con el hipo-tiroidismo. 110 pacientes tienen TSH < 10 uUI/ml y 48

tiene TSH > 10 uUI/ml. El 32.5% tienen TPO positivo (+) y 56.3% negativo (-); con TPO (+) tienen niveles de TSH significativamente más altos que los de TPO (-) (10.45 vs 8.97 uUI/ml; $\tilde{n} = 0.032$) y no hay diferencias en los valores de T4 libre (0.72 vs 0.76 ng/dl). La TSH desciende a los tres meses de la primera determinación en un 89.9% y de éstos en el 50% los valores alcanzan cifras menores de 5 uUI/ml; en la segunda determinación de TSH, ésta es discretamente más elevada en los TPO (+) que en los TPO (-) (6.29 vs 5.78 uUI/ml).

Conclusiones: El 3.2% de las derivaciones a Endocrinología son por hipotiroidismo subclínico. La tiroiditis linfocitaria crónica está presente en la tercera parte de los sujetos que consultan por HS.

Palabras clave: Hipotiroidismo subclínico, TSH, TPO.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Certificación de calidad del centro de salud de Torrequebrada

Alarcón Hidalgo M^aA¹, Carmona González F¹, Sarrias Sánchez I², Mañas Avisbal F³, Silva Gómez F⁴, Marfil Henares A⁵

¹ Médico de Familia. Centro de Salud de Torrequebrada. Benalmádena Costa. Málaga

² Auxiliar de enfermería. Centro de Salud de Torrequebrada. Benalmádena Costa. Málaga

³ Médico de Familia. Directora Centro de Salud de Torrequebrada. Benalmádena Costa. Málaga

⁴ Administrativa. Responsable de Admisión. Centro de Salud de Torrequebrada. Benalmádena Costa. Málaga

⁵ Enfermero .Responsable de Enfermería Centro de Salud de Torrequebrada. Benalmádena Costa. Málaga

Título: certificación de calidad del centro de salud de Torrequebrada.

Objetivos: El proceso de acreditación tiene como principal objetivo determinar de qué manera la atención que se presta a los ciudadanos en materia de salud se ajusta a los patrones de referencia establecidos en el modelo de calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, con la finalidad de favorecer e impulsar la mejora continua de las instituciones sanitarias.

Material y métodos: Centro Urbano. Número de habitantes 19.172.

Se describen las principales fases del proceso de acreditación:

Fase 1: Preparación.

Fase 2: Autoevaluación.

Fase 3: Evaluación Externa.

Durante el procedimiento se analizarán el cumplimiento de los estándares de calidad que están divididos en 3 niveles.

I: Avanzado.

II: Óptimo.

III: Excelente.

Analizando las áreas de:
El ciudadano.

Organización de la actividad centrada en el paciente.
Profesionales.
Estructura.
Resultados.

Resultados:

· Se alcanzó la certificación avanzada al cumplir el 89.06% de estándares del nivel I, el 37.9% del nivel II y el 0% del nivel III.

· Se cumplieron 68 de los 111 estándares solicitados en las distintas áreas de evaluación.

Conclusiones:

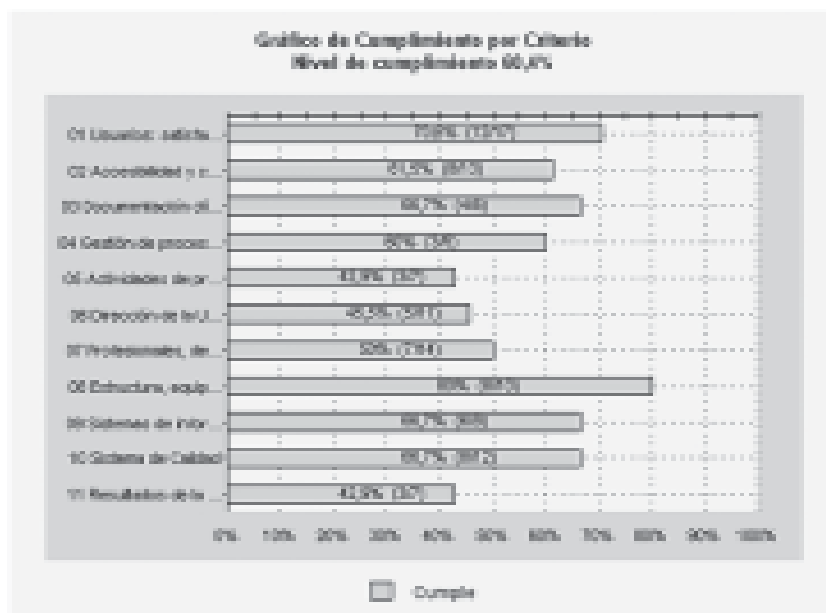
· Una vez finalizado el procedimiento de certificación se debe asegurar la estabilidad de los estándares.

· Se debe seguir impulsando la mejora continua para alcanzar una mejor atención al ciudadano.

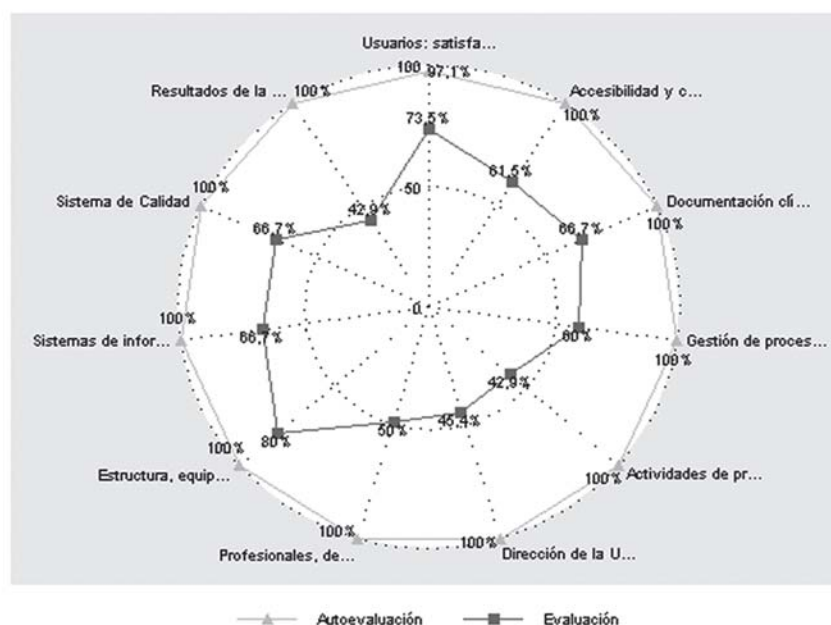
· Las áreas de mejora continua de los estándares es un proceso dinámico y continuo en el tiempo para así mantener la certificación o incluso alcanzar una acreditación de nivel superior.

Palabras clave: Certificate of qualification (Certificación de Calidad), Accreditation (Acreditación), Continuous improvement (Mejora continua).

Representación del número de estándares conseguidos en las distintas áreas de acreditación



Cumplimiento de estándares por criterios en autoevaluación y evaluación externa



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Diabetes, riesgo cardiovascular. Adecuación en la antiagregación. ¿POPADAD O A.D.A?

Fernández Rodríguez I¹, González Fábrega A², Salmerón Zamora P³, Rodríguez Bravo I⁴

¹ MIR 4º MFyC. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

² MIR 1º MFyC. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

³ MIR 3º MFyC. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

⁴ Médico MFyC. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

Título: diabetes, riesgo cardiovascular. Adecuación en la antiagregación. ¿POPADAD O A.D.A?

Objetivos: identificar áreas de mejora en la terapéutica cardiovascular; estimación del riesgo cardiovascular para la prevención primaria, indicaciones para el uso de antiagregantes en pacientes diabéticos.

Material y métodos: estudio observacional analítico en Centro de Salud urbano. Se incluyeron pacientes con diabetes tipo 2 del proceso de diabetes con edades entre 36 y 94 años. Variables analizadas: edad, sexo, hemoglobina glicosilada, índice riesgo cardiovascular, complicaciones vasculares, antiagregación, especificando indicación primaria o secundaria. Se realizó análisis estadístico mediante frecuencias y Chi-cuadrado.

Resultados: muestra de 102 pacientes con edad media de 67,1±13,04 años. En tratamiento mayoritariamente con antidiabéticos orales (55,9%). Existió buen control en 52% de la muestra (HbA1c <7%). Un 23,5% de los pacientes pre-

sentaban evento cardiovascular en forma de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular o arteriopatía periférica. La retinopatía diabética aparece en un 26,8% y pie de riesgo 14%. Se calculó el riesgo coronario según score de Framingham con un 29,2% de riesgo alto. Del total de diabéticos un 36% no recibían ningún tipo de antiagregación por diferentes motivos como la alergia, riesgo de hemorragia. La antiagregación se indicó en un 68,3% por prevención primaria y en 31,7% como secundaria. Un 5,2% recibían doble antiagregación, un 94,8% aspirina y un 18,4% clopidogrel.

Conclusiones: la tasa de antiagregación en pacientes diabéticos en nuestro medio es elevada mayoritariamente como prevención primaria, sobre todo con aspirina. La alternativa terapéutica para la AAS es el clopidogrel a 75 mg, aunque esta indicación aún no está autorizada, nos permitiría aumentar la tasa de antiagregación favoreciendo la prevención primaria.

Palabras clave: prevention, diabetes, aspirin.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Necesidad del uso del servicio de radiología en un centro de urgencias de atención primaria (AP)

Ramos Navas-Parejo JM^{a1}, Ferrón García FJ², Martín Granados M^aA³, Guiote Torres AJ², García García M^aN⁴, Expósito Barroso F⁵

¹ Médico de Familia, coordinador DCCU distrito Granada (Granada)

² Médico de Familia, DCCU de Sierra Nevada (Granada)

³ Técnico Radio Diagnóstico, DCCU de Sierra Nevada (Granada)

⁴ Enfermera, DCCU de Sierra Nevada (Granada)

⁵ Enfermero, DCCU de Sierra Nevada (Granada)

Título: necesidad del uso del servicio de radiología en un centro de urgencias de atención primaria (AP).

Objetivos: Analizar la pertinencia del uso del servicio de radiología en un centro de urgencias de AP.

Diseño: Estudio descriptivo de las radiografías realizadas durante el mes de febrero del presente año, detallando "zona anatómica" y el hallazgo de lesiones.

Emplazamiento: "DCCU en un centro relacionado con deportes".

Población y muestra: Pacientes registrados como radiografiados en el servicio de rayos.

Intervenciones: Análisis de los Pacientes y sus radiografías en el servicio de rayos...

Resultados: De los 2297 pacientes asistidos durante el mes de Febrero, 811 (35.30%) necesitaron radiografías. Tenían alguna lesión ósea 390 (48'08%) del total. La mayor incidencia de casos 324 fueron traumatismos en miembro superior. Sin embargo, las radiografías de hombro son las

que más patología presentaban, un 63.9% de las mismas, seguidas de las de miembro superior, un 50.92% y miembro inferior con un 43.70% de lesiones. Por otro lado, el total de tórax fueron 49 con un 20.48% de patología, 47 de columna con un 40.42% de lesiones y de 28 de cráneo con un 28.57% de anomalías.

Las proyecciones menos solicitadas son de lesiones abdomen un total de 4 de las cuales el 25% tenían lesión, seguidas de las de pelvis 17 con un 17.64% patológicas.

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran la necesidad y pertinencia de la radiología como prueba diagnóstica en nuestro DCCU, dado el alto porcentaje de usuarios a los que se les indica (35'30%) y el alto porcentaje de lesiones diagnosticadas con esta técnica (48'08 % de los radiografiados). El correcto diagnóstico incide en una mayor calidad en las actuaciones terapéuticas, indicaciones de derivación y capacidad de resolución de nuestro DCCU.

Palabras clave: musculoskeletal abnormalities (C05.660), radiology (G 02.403.776.700), snow sports (I 03.450.642.845.787).

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Grado de cumplimiento del control metabólico del Diabético tipo 2 (DM2)

Salas Bravo D, Garcia Merino M^aR, Estrada Ortiz P, Navarro Martin JA, Carnero Naharro N, Vázquez Rodríguez F

Médicos de Familia. CS. Arroyo de la Miel. Málaga

Título: Grado de cumplimiento del control metabólico del Diabético tipo 2 (DM2).

Objetivos: Valorar grado de cumplimiento del proceso asistencial DM2.

Diseño: Estudio descriptivo aleatorio sistemático.

Ámbito: Atención primaria.

Población y muestra: Diabéticos tipo 2 de un Centro Salud Urbano. Se estimó un tamaño muestral de 154 pacientes. Criterios:

- Inclusión: DM2.

- Exclusión: Desplazados, incapacitados, DM1.

Variables: Control metabólico, perfil lipídico, registro constantes, valoración complicaciones.

Métodos de evaluación de la respuesta: Registro Diraya.

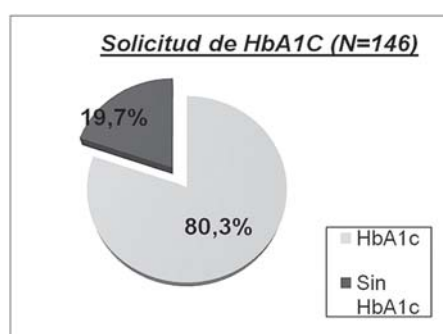
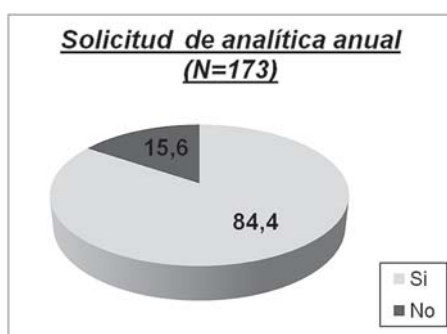
Análisis Estadístico: SPSS v.15

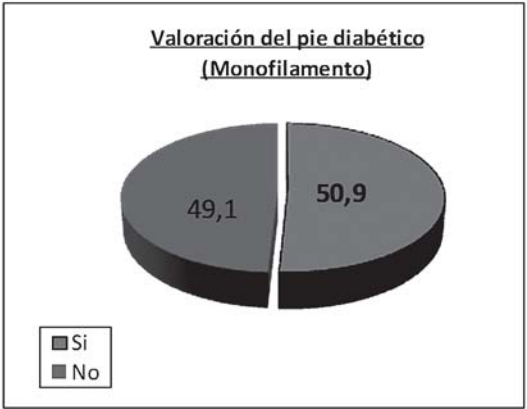
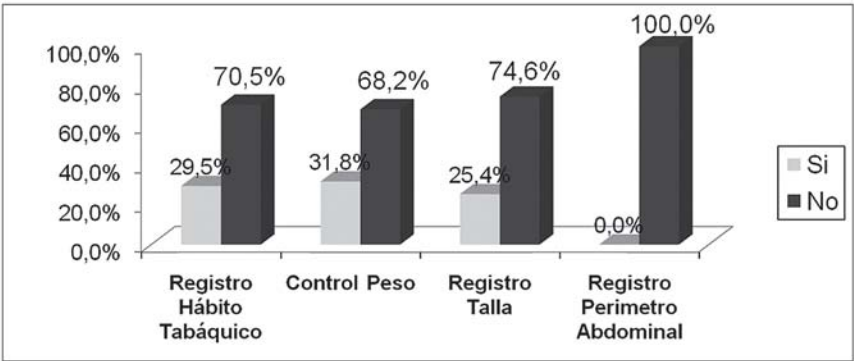
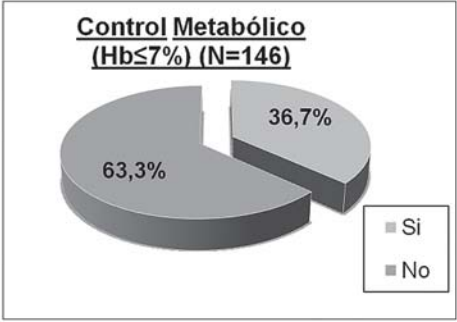
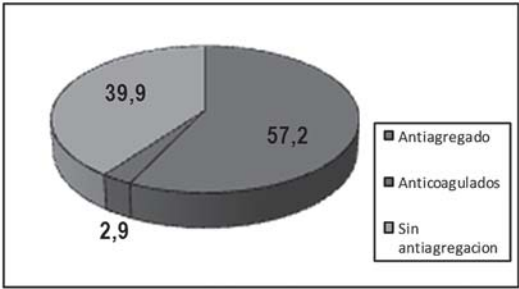
Resultados: De 173 pacientes, 50,1% eran varones, la edad media fue 64 años (IC95%54-74), y una evolución de 9,2 años (IC95:2,1-16,4). 71% de los pacientes eran Hipertensos, 65,3% dislipémicos, 12,7% habían sufrido IAM, 7,5% enfermedad arterial periférica, 4,1% ACV. La solicitud analítica anual la tenía el 84,4%, de estas 80,3% tenía HbA1c, con 36,7% ≤ 7 mg/dl. El 39,9% de los pacientes no esta antiagregado. LDL=100mg/dl lo tenía el 42,1% y TG ≤ 150 mg/dl el 57,5%. El 77,5% tenía al menos una toma de tensión arterial. Al 68,2% no se controlaba el peso. No existía registro del perímetro abdominal de ningún paciente en la historia informatizada.

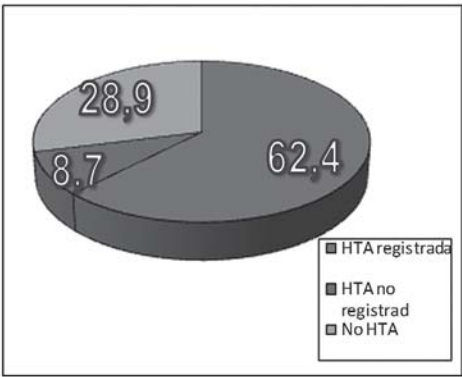
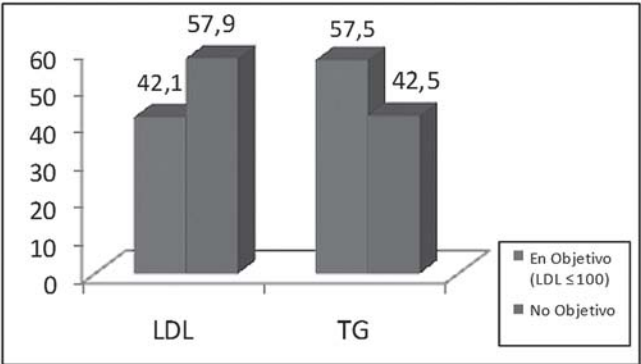
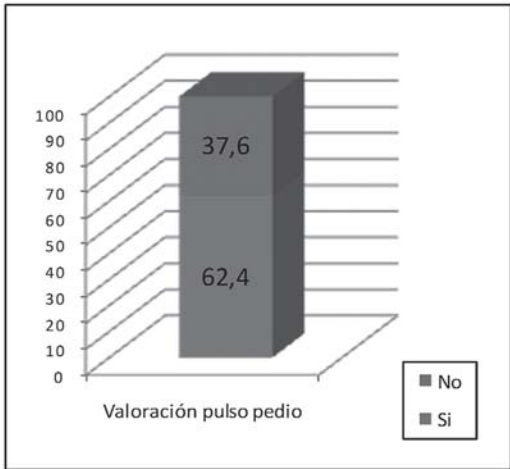
El 46,8% tenían una retinografía anual, al 50,6% se había valorado la neuropatía periférica con monofilamento y al 60,1% la nefropatía con microalbuminuria.

Conclusiones: Se encontró un bajo control metabólico y dislipémico, así como una insuficiente profilaxis aterotrombótica, control del peso y del perímetro abdominal.

Palabras Claves: Type 2 Diabetes; Quality of Care; Metabolic control; Complications.







COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de la actitud y motivación del Diabético tipo 2 ante la enfermedad

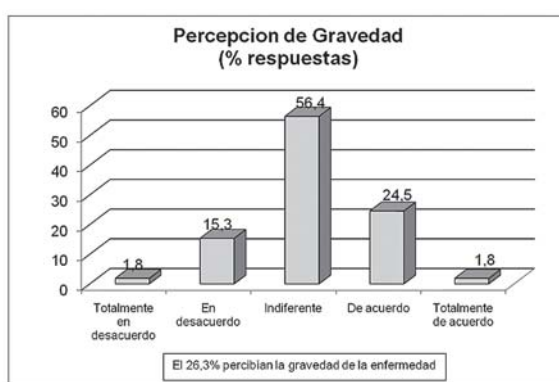
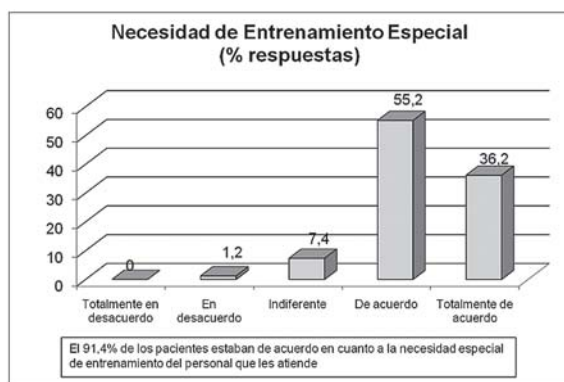
García Merino M^oR, Salas Bravo D, Estrada Ortiz P, Navarro Martín JA, Sánchez Rivas JM, Pedernela M

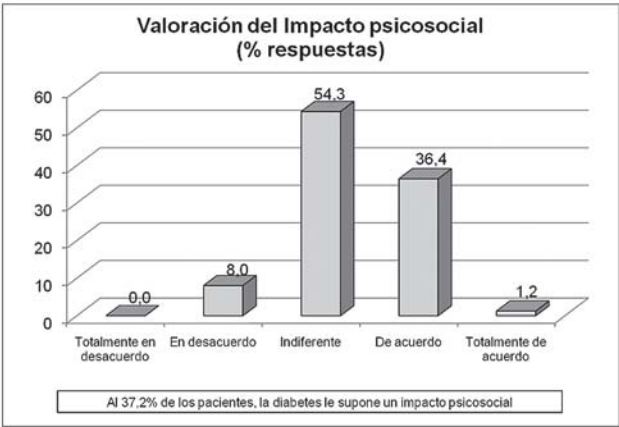
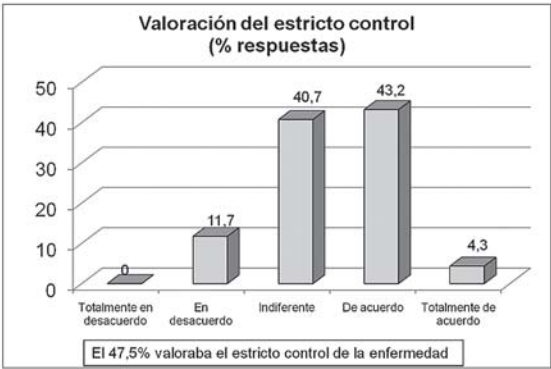
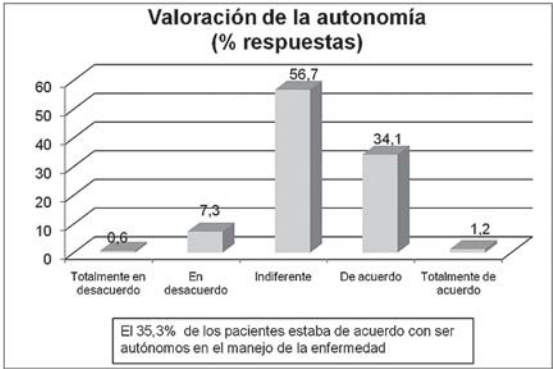
Médicos de Familia. CS. Arroyo de la Miel. Málaga

Título: Evaluación de la actitud y motivación del Diabético tipo 2 ante la enfermedad.**Objetivos:** Valorar el grado actitud y motivación del paciente diabético tipo 2 ante la enfermedad.**Diseño:** Estudio transversal aleatorio sistemático de 16 cupos médicos.**Ámbito:** Atención primaria.**Población y muestra:** Diabéticos Tipo2 de un área urbana. Estimación de 152 pacientes. Criterios:

-Inclusión: DM tipo 2.

-Exclusión: Desplazados, incapacitados, demencia senil o trastornos cognitivos. DM tipo1.

Variables: Necesidad entrenamiento, percepción gravedad, valoración del estricto control, impacto psicosocial y autonomía.**Método:** Test DAS3.**Análisis:** SPSS.**Resultados:** De 163 pacientes entrevistados, 50,1% eran varones, edad media de 64 años (IC95%:54-74), y con evolución de 9,2 años (IC95%:2,1-16,4). 56,1% tenía estudios de primaria y un 16,2% eran analfabetos. 91,4% de los pacientes estaban de acuerdo con la necesidad de entrenamiento del personal que les atiende. 26,3% percibía la gravedad de la enfermedad, 47,5% valoraba el estricto control, para 37,2% suponía impacto psicosocial y 35,3% estaba de acuerdo con la autonomía con el tratamiento.**Conclusiones:** Encontramos una alta prevalencia de la percepción de la necesidad de entrenamiento del personal, pero no encontramos una motivación para la autonomía con el tratamiento o el estricto control. Ni se percibe la gravedad de la enfermedad ni supone un impacto psicosocial.**Palabras Claves:** Diabetes mellitus. Education. Attitudes. Motivations.



COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del conocimiento diabetológico del DM2

Salas Bravo D, García Merino M^aR, Estrada Ortiz P, Navarro Martín JA, Blázquez Puerta A, Vázquez Rodríguez FM

Médicos de Familia. CS. Arroyo de la Miel. Málaga

Título: Evaluación del conocimiento diabetológico del DM2.

Objetivos: Valorar el grado de conocimientos diabetológicos del DM tipo2.

Diseño: Estudio transversal aleatorio sistemático.

Emplazamiento: Atención primaria.

Población y muestra: Diabéticos Tipo 2 de un área urbana. Se estimó un tamaño muestral de 152 pacientes. Criterios:

Inclusión: DM tipo 2 del proceso asistencial DM2.

Exclusión: Desplazados, incapacitados, demencia senil o trastornos cognitivos.

Variables: Conocimiento del concepto de HbA1c y valor de control, objetivo de tratamiento

Métodos de evaluación de la respuesta: Test de valoración de conocimientos diabetológicos (ECODI).

Análisis Estadístico: SPSS v.15

Resultados: De 170 pacientes entrevistados, 50,1% varones, edad media de 64 años (IC95%54-74), evolución de 9,2 años (IC 2,1-16,4). 56,1% tenía estudios de primaria, y un 16,2% eran analfabetos. 52,4% superaron el cuestionario. 34,5% conocían el concepto de HbA1c, 21,4% su valor de objetivo. 45,6% sabían el valor de TA y un 13,5% el de LDL que debían tener. 64,2% percibían que la diabetes aumentaba el riesgo cardiovascular.

Conclusiones: Encontramos un bajo grado de conocimientos diabetológicos. Los objetivos de control metabólico de la Diabetes no son conocidos por la mayoría de los pacientes.

Palabras Clave: Type 2 Diabetes; ECODI; Primary Health Care; diabetes questionnaires knowledge.

COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de la satisfacción del Diabético tipo 2

García Merino M^aR, Salas Bravo D, Navarro Martín JA, Estrada Ortiz P, De la Morena González LM, Serrano Monroy P

Médicos de Familia. CS. Arroyo de la Miel. Málaga

Título: Evaluación de la satisfacción del Diabético tipo 2.

Objetivos: Valorar el grado de satisfacción del paciente diabético con el tratamiento.

Diseño: Estudio transversal aleatorio sistemático de 16 cupos médicos.

Emplazamiento: Atención primaria.

Población y muestra: Diabéticos tipo 2 de un área urbana. Se estimó un tamaño muestral de 152 pacientes en base a la prevalencia 6% y una precisión estimada del 5%. criterios:

-Inclusión: DM tipo 2 residentes en el área de estudio.

-Exclusión: Desplazados, incapacitados, demencia senil o trastornos cognitivos. DM tipo 1.

Variables: Grado de satisfacción con el tratamiento. Percepción de Hiper o Hipoglucemia.

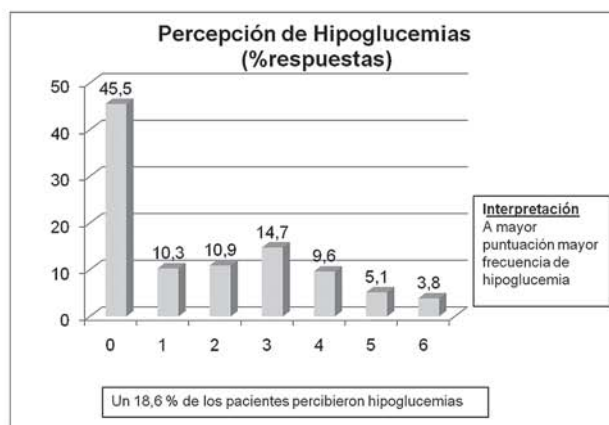
Métodos de evaluación: Test de Satisfacción DTSQ.

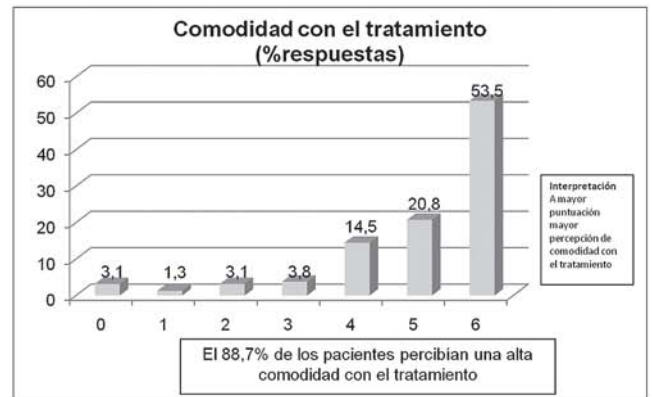
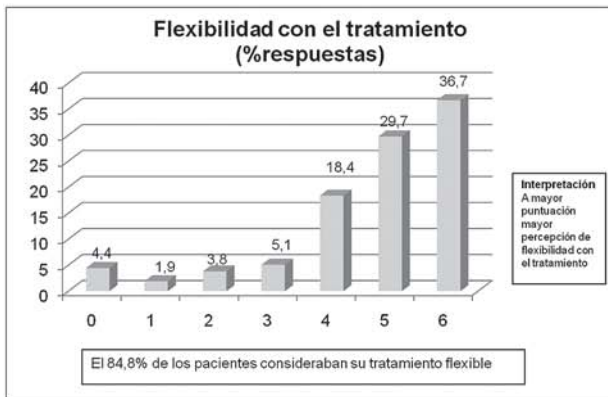
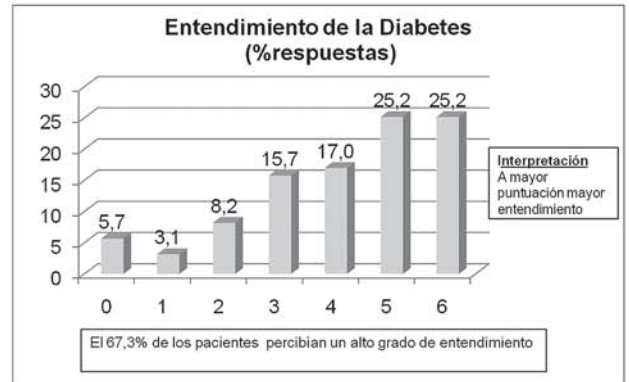
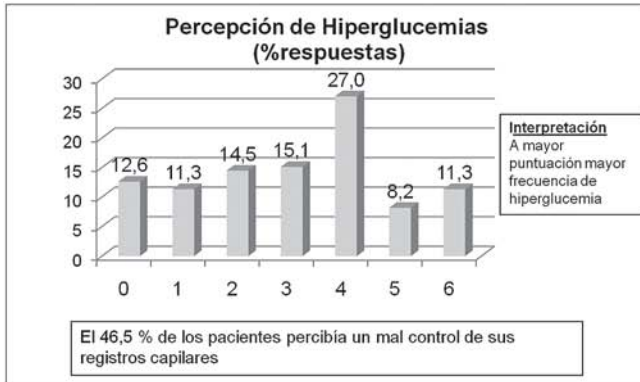
Análisis Estadístico: SPSS v.15

Resultados: De 161 pacientes entrevistados, 50,1% eran varones, con edad media de 64 años (IC95%:54-74), y una evolución de 9,2 años (IC95%:2,1-16,4). 56,1% tenía estudios de primaria y un 16,2% eran analfabetos. 87,6% describía un alto grado de satisfacción. 66,7% tenía una baja percepción de hipoglucemias. 61,6% mostraba una alta percepción de hiperglucemias. 36,7% tenían un buen control metabólico. No se observó asociación con satisfacción con el tratamiento y el buen control metabólico ($p=0,71$).

Conclusiones: Encontramos un buen grado de satisfacción con el tratamiento. La percepción de hiperglucemias es alta y se corresponde con un bajo control metabólico.

Palabras Clave: Type 2 Diabetes; Primary Health Care; treatment satisfaction questionnaire; DTSQ.





COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER

Satisfacción del paciente diabético tipo 2 tras el cambio a Insulina Glargina

Salas Bravo D¹, Olalla Sierra J², Sánchez Rivas JM^{a1}, Serrano Monroy P¹, Blázquez Puerta A¹, Gallardo Martín A¹

¹ Médicos de Familia. CS. Arroyo de Miel. Málaga

² Medicina Interna Hospital Costa del Sol. Málaga

Título: Satisfacción del paciente diabético tipo 2 tras el cambio a Insulina Glargina.

Objetivos: Valorar la satisfacción del paciente DM tipo 2 tras el cambio de pauta de insulina NPH o NPL o Mezclas a Glargina.

Diseño: Estudio transversal no aleatorizado.

Ámbito: Consulta Especializada de Diabetes.

Población y muestra: Diabéticos Tipo2. Estimamos tamaño muestral de 30 pacientes. Criterios:

-Inclusión: DM2 en tratamiento con NPH o Mezclas.

-Exclusión: DM1.

Variables: Grado de satisfacción. Percepción de Hiper o Hipoglucemia.

Método: Test de Satisfacción con el tratamiento (DTSQc)

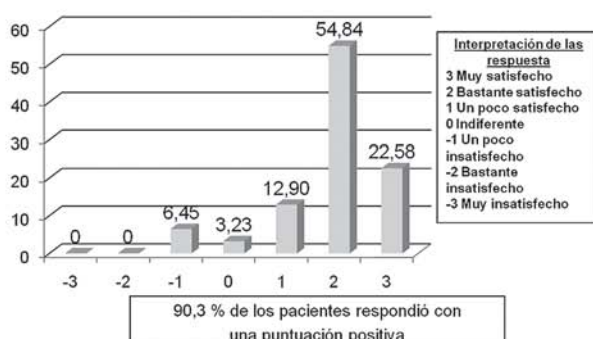
Análisis: SPSS v15

Resultados: Se entrevistó a 31 pacientes. Edad media fue 63,13 años (IC95%:59,62-66,64), con evolución de 15,19 años (IC95%:11,98-18,41). Media de tiempo con insulina fue 8,48 años (IC95%:6,45-10,52) y con Glargina 14,9 meses (IC95:11,71-18,09). 42% eran varones. Media HbA1C previa 9,28 y posterior 8,1 (p=0,001). 54,8% estaba muy satisfecho tras el cambio, 6,5% contestaron negativamente. Sólo un paciente volvería al tratamiento previo. 67,7% mejoró control glucemia capilar, 86,6% percibieron menos hipoglucemias y 74,2% percibían mayor comodidad. 93,5% recomendarían este tratamiento. Los principales inconvenientes del uso insulina fueron 35,5% pinchazo y 32,3% ganancia de peso. 84% consideraba positivamente la reducción de pinchazos.

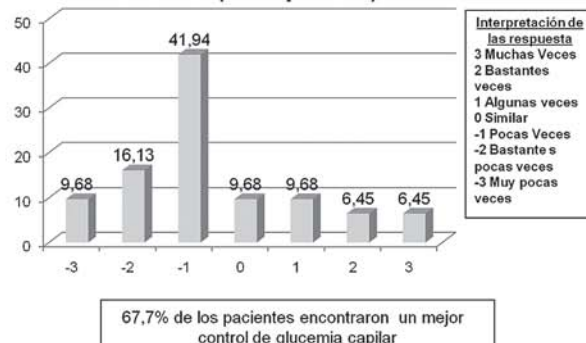
Conclusiones: El cambio a insulina glargina se asocia a una mayor satisfacción y un menor número de hipoglucemias.

Palabras Clave: Type 2 Diabetes. DTSQc. Glargine insuline. psychological assessment, quality of life.

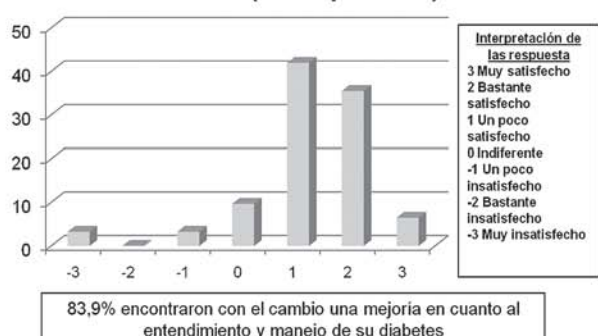
Grado de Satisfacción actual con el tratamiento (% respuestas)



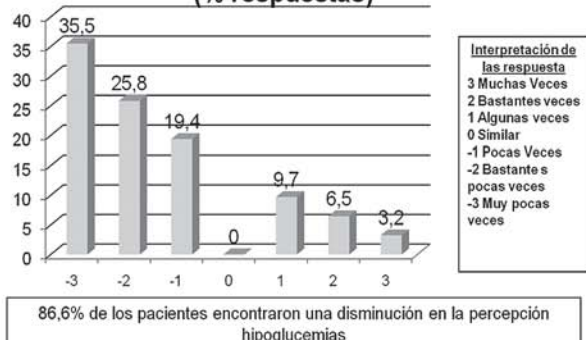
Grado de Percepción de Hiperglucemias (% respuestas)



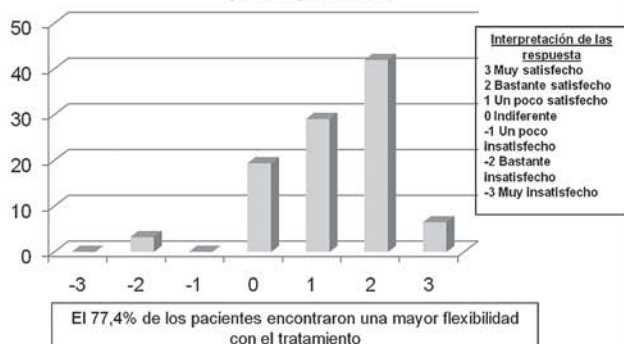
Grado de entendimiento y manejo de su DM (% respuestas)



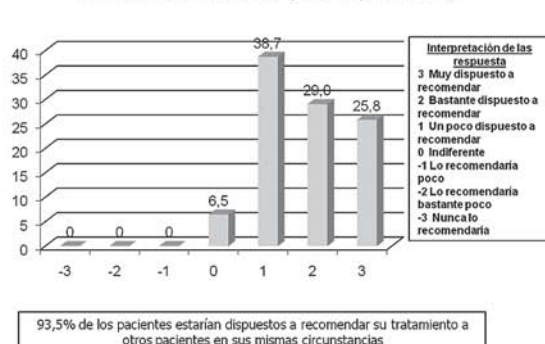
Grado de percepción de hipoglucemias (% respuestas)

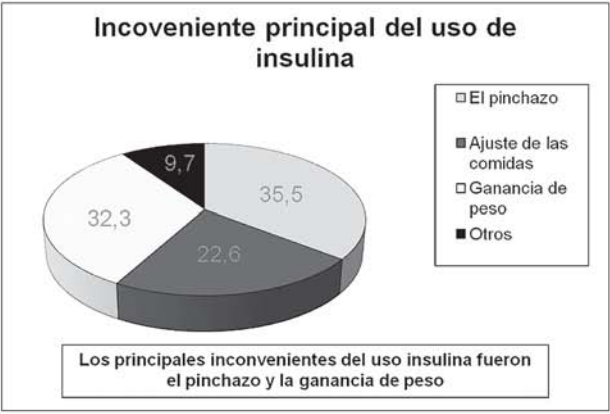


Grado de flexibilidad con el tratamiento (% respuestas)



Disposición a recomendar su tratamiento actual (% respuestas)





9^{as} Jornadas SAMFyC para R3

4-5 de febrero 2010
Hotel Aracena Park
Aracena (Huelva)
www.jornadasr3samfyc2010.com



Secretaría Técnica:

acm andaluza de
congresos médicos

Apdo. de Correos 536.18080 Granada. Tlf./Fax: 958 523 299
www.andaluzacongresosmedicos.com info@andaluzacongresosmedicos.com

Patrocina:

Almirall
Soluciones pensadas en ti

VI Jornadas para tutores

Almería

18-19 de Marzo 2010
Hotel NH Ciudad de Almería

Secretaría Técnica:



andaluza de
congresos médicos

Apdo. de Correos 536 • 18080 Granada • Tel/Fax: 958 523 299
www.andaluzacongresosmedicos.com • info@andaluzacongresosmedicos.com