

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 7 Financiación de la Formación Continua. Reflexiones desde la Sociedad Científica

El espacio del usuario

- 9 La factura sombra como herramienta de reflexión

Originales

- 11 Análisis de los motivos y tipos de consulta médicas en atención primaria en un área urbana
21 Relación entre la violencia escolar y el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales durante la adolescencia
30 Plan de calidad 2008-2011 de la unidad de gestión clínica "Gran Capitán" (Distrito Sanitario Granada): detección de problemas
39 Análisis del programa de detección precoz de retinopatía diabética en Atención Primaria

Artículo de revisión

- 44 Anticoncepción con gestágenos solos

Sin bibliografía

- 55 Experiencia de rotación internacional durante la formación como médico de familia

Artículo especial

- 60 Lenguaje científico respetuoso con las personas
66 Promoción de salud en el ámbito escolar: propuesta de una estrategia

Publicaciones de Interés

Cartas al director

- 98 La solidaridad puede salvar la excelencia de nuestro sistema sanitario

¿Cuál es su diagnóstico?

- 99 Paracentesis evacuadora

Actividades Científicas

Información para los autores

10^o SAMFyC
ANIVERSARIO

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 Pisa

Vocal de Residentes

Ana Martín Tarragona

Vocal de Formación Continuada

Pablo García López

Vocal de Relaciones Externas

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vocal provincial de Almería:

José-Pelayo Galindo Pelayo

jpelayo.galindo@gmail.com

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

leonorjl04@yahoo.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)

Tel: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR:

Manuel Gálvez Ibáñez

SUBDIRECTOR:

Antonio Manteca González

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

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

CONSEJO DE REDACCIÓN

Manuel Gálvez Ibáñez
Pablo García López
Francisca Leiva Fernández

CONSEJO EDITORIAL:

Cristina Aguado Taberné. *Córdoba.*
Juan de Dios Alcántara. *Sevilla.*
José Manuel Aranda Regulez. *Málaga.*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada.*
Maribel Ballesta Rodríguez. *Jaén.*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba.*
Pilar Barroso García. *Almería.*
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla.*
M^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 Villafañe. *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 Duráñez. *Jaén.*
Juan Tormo Molina. *Granada.*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga.*
Amelia Vallejo Lorenzo. *Almería.*

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

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

Medicina de Familia. Andalucía

Envíos

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

Para Correspondencia

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

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

Secretaría

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:

Revista Medicina de Familia. Andalucía

C.I.F.: G – 18449413

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. 11, Nº. 1, marzo 2010

Sumario

Editorial

- 7 Financiación de la Formación Continua. Reflexiones desde la Sociedad Científica

El espacio del usuario

- 9 La factura sombra como herramienta de reflexión

Originales

- 11 Análisis de los motivos y tipos de consulta médicas en atención primaria en un área urbana
21 Relación entre la violencia escolar y el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales durante la adolescencia
30 Plan de calidad 2008-2011 de la Unidad de Gestión Clínica "Gran Capitán" (Distrito Sanitario Granada): detección de problemas
39 Análisis del programa de detección precoz de retinopatía diabética en Atención Primaria

Artículo de revisión

- 44 Anticoncepción con gestágenos solos

Sin bibliografía

- 55 Experiencia de rotación internacional durante la formación como médico de familia

Artículo especial

- 60 Lenguaje científico respetuoso con las personas
66 Promoción de salud en el ámbito escolar: propuesta de una estrategia

73 Publicaciones de Interés

Cartas al director

- 98 La solidaridad puede salvar la excelencia de nuestro sistema sanitario

¿Cuál es su diagnóstico?

- 99 Paracentesis evacuadora

101 Actividades Científicas

102 Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol. 11, Nº. 1, march 2010

Summary

Editorial

- 7 Financing Ongoing Professional Training and Development Programs: Reflections from the Scientific Community

The Consumer's Corner

- 9 The *Shadow Invoice*¹ as a Tool for Reflection

Original Articles

- 11 Analysis of the Motives and Types of Medical Consultations Experienced in an Urban Primary Care District
- 21 The Relationship between the Consumption of Alcohol, Tobacco, and Illegal Drugs during Adolescence and School Violence
- 30 Use of a Quality Medical Care Plan to Detect Clinical Management Problems in a Health District (*from the Clinical Management Unit of Granada's "Gran Capitan" Health District for the period 2008-2011*)
- 39 Analysis of an Early Detection Program on Diabetic Retinopathy in Family Medicine

Review Article

- 44 Progestin-Only Contraceptives

Non-Bibliographical Article

- 55 A Family Doctor's Experience in Receiving Training through a Program of International Rotation

Special Articles

- 60 Scientific Language that Respects People
- 66 Health Promotion in Schools: a Strategic Proposal

73 Publications of Interest

Letters to the Editor

- 98 Solidarity Could Preserve Excellence in our Health System

What's Your Diagnosis?

- 99 Evacuation by Paracentesis

101 Scientific Activities

102 Information for Authors

¹ An invoice which is not to be paid by the patient, as it is covered by some alternative source of funding. Its emission is designed to encourage patient awareness of the real costs of health care received.

EDITORIAL

Financiación de la Formación Continua**Reflexiones desde la Sociedad Científica**

Lubián López M

Presidente SAMFyC

La formación profesional continua es un condicionante científico y ético para los profesionales de la salud, recogándose incluso en su Mapa de Competencias específico para la acreditación profesional certificada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Actualmente y a pesar de la situación de crisis económica que sufrimos, el Sistema Sanitario Público de Andalucía dedica amplios recursos a la formación continuada de los profesionales sanitarios. Estos recursos económicos provienen de diferentes organismos como el propio Servicio Andaluz de Salud a través de las Unidades de Formación de los Distritos de AP y Hospitales, el Ministerio de Administraciones Públicas, el Fondo Social Europeo, y otros financiadores. Todos ellos se integran en el Plan Integral de Formación del SSPA.

Por otra parte, es innegable que las Sociedades Científicas, cumpliendo con su obligación estatutaria, se convierten en proveedores de Formación de calidad para sus asociados a través de diferentes actividades como Congresos, Talleres, Jornadas. Es un hecho que la industria farmacéutica se ha convertido en un ocasional patrocinador de estas actividades.

Es un tópico afirmar que el apoyo económico de la Industria Farmacéutica facilita la realización de estas actividades, y parece haber poco menos que un consenso en la conveniencia de esta colaboración.

Pensamos que sería conveniente alcanzar un pacto para dar un impulso ético capaz de cambiar las cosas, reuniendo a los agentes implicados, pero con sinceridad, porque los códigos sin voluntad sirven para poco.

En este momento creemos que es apropiado estimular una nueva cultura de relación entre el profesional del Sistema Público de Salud y la industria farmacéutica basada en la transparencia y en estrictos condicionantes éticos y estéticos.

La mayoría de los profesionales en ejercicio en Andalucía trabajan exclusivamente para el Servicio Público de Salud. La formación continuada y la investigación son actividades a las que las distintas administraciones gestoras de los Servicios de Salud dedican los recursos disponibles, que son muchos, pero que en ocasiones favorece que los profesionales busquen fuera de su ámbito de trabajo clínico la formación imprescindible para mantener actualizados sus conocimientos y habilidades. Las Sociedades Científicas como principales referentes de los profesionales de las distintas especialidades en el ámbito de la formación continuada necesitan recursos económicos para poder llevar a cabo sus actividades, tan importantes para el mantenimiento de una atención sanitaria de calidad al servicio de los ciudadanos.

Las Sociedades Científicas, como SAMFyC, son asociaciones sin ánimo de lucro que ofrecen sus servicios, tanto científicos como de representación y de defensa de los intereses profesionales, a sus asociados.

Las Sociedades, como conocedoras de primera mano de las necesidades de sus asociados, están obligadas a ofertar productos de calidad y adaptados a las expectativas y necesidades del colectivo al que representan. La colaboración ideal entre la Industria y las Sociedades se produciría cuando éstas ofertasen un amplio abanico de actividades científicas de calidad elegidas con total independencia científica y la industria, en fun-

ción de sus presupuestos dedicados al patrocinio de actividades científicas, contribuyesen a financiar estas actividades de una manera transparente y ética.

La relación del profesional con las compañías farmacéuticas y sanitarias debe estar regida por los principios y valores característicos de la profesión sanitaria: rigor científico y racionalidad, austeridad, espíritu de cooperación, sentido de servicio a los ciudadanos y responsabilidad ante la sociedad.

Los profesionales que asumen responsabilidades directivas en aquellas actividades científicas y de formación que reciben financiación de entidades comerciales privadas deben garantizar la independencia de los contenidos de los programas que ellos desarrollan, y expresarán con claridad y transparencia la naturaleza del patrocinio recibido.

Ante la situación actual podría ser una opción viable, en aras de optimizar los recursos, que las Sociedades Científicas que se dedican a la formación de los profesionales, y para poder utilizarlos dentro del programa de formación del SSPA, evitando distorsiones y perversiones que a nadie benefician, plantear cuando

sea conveniente, un marco nuevo de colaboración.

Para ello proponemos un sistema de tres componentes:

- **Sistema Sanitario Público:** prioriza las actividades de formación, según sus líneas estratégicas específicas y los distintos Mapas de Competencias de los profesionales, las necesidades formativas detectadas en los Procesos Asistenciales Integrados y Planes Integrales de Salud, facilita a los profesionales la asistencia a dichas actividades y acredita las mismas según los criterios de calidad de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

- **Sociedades Científicas:** detectan necesidades formativas según el Mapa de Competencias específicas de su especialidad, ofertan docentes de excelencia para la formación y organizan actividades de formación basadas en el elevado nivel científico, la austeridad y la transparencia, estableciendo acuerdos específicos de colaboración con la Consejería de Salud.

- **Industria Farmacéutica:** financia las actividades a través de las Sociedades Científicas, según su capacidad financiera y sus líneas de colaboración establecidas.

AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2009

El Consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores sus valiosas y desinteresadas aportaciones, encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2009. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

Antonio Ares Camerino
M^a Ángeles Bonillo Garcia
Valle Coronado Vázquez
Rebeca Cuenca del Moral
Juan Manuel Espinosa Almendro
Manuel Gálvez Ibáñez
Pablo García López
Antonio Damián Gómez Alba
Carmen Pilar Jiménez Lorente
Rafael Montoro Ruiz
Francisca Muñoz Cobos
Luis Ángel Perula de Torres
Jesús Torío Duránte

EL ESPACIO DEL USUARIO

La factura sombra como herramienta de reflexión

Ranea Díaz S

Miembro del Gabinete Técnico Jurídico de FACUA-Andalucía

En enero, la Consejería de Salud anunció la implantación de la *Factura Sombra*, una medida consistente en entregar un documento informativo en el que se facilitará a los ciudadanos detalles sobre el coste aproximado de la atención sanitaria que hayan recibido.

Si bien es cierto que valorar esta medida sin apenas datos sobre la misma sería precipitado, compartimos el fondo que subyace, poner en valor la sanidad pública. Los ciudadanos deben ser conscientes de que los servicios sanitarios que reciben no son gratuitos. Estas prestaciones, pese a no pagarse directamente por los mismos, tienen un coste económico cuantificable y soportado solidariamente por todos.

La Consejería señala que esta iniciativa tiene como objetivo concienciar a los pacientes del precio de un servicio fundamental para la sociedad y, de la necesidad de hacer un uso racional del mismo. Estos documentos de carácter estrictamente informativo y didáctico, permiten, en opinión de Salud, conocer la inversión que se ha realizado en los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidado de las personas que acuden a los centros sanitarios.

La medida, que está siendo objeto de estudio para su implementación por parte de otras comunidades autónomas, es aplicada en la actualidad en la Comunidad Autónoma de Valencia.

Este proyecto, tal y como se señala por el Gobierno Andaluz, no es un paso previo para el desarrollo de otros modelos de financiación como el copago, por entender que inciden en las desigualdades y no considerarlo eficaz.

Es importante resaltar que en Andalucía existe un Sistema Sanitario Público de Salud que garantiza la atención universal y gratuita, siendo

uno de los exponentes esenciales del Estado del Bienestar.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía, los servicios y prestaciones que existen sin coste directo para los ciudadanos, suponen un esfuerzo económico a cargo del conjunto de la sociedad. No podemos olvidar que en otros sistemas sanitarios públicos de nuestro entorno, el nivel de atención es muy inferior, tanto en las prestaciones sanitarias que ofrece como en el número de sujetos que pueden tener acceso a las mismas. Por ello, debemos concluir que, en líneas generales, y no sin ciertas carencias y necesidades de mejora, estamos provistos de un aceptable Sistema Público de Salud.

Si bien este proyecto tiene aspectos positivos, no podemos dejar de destacar algunos problemas que su implantación podría producir. En primer lugar, es imprescindible que la implementación de ésta medida vaya precedida de la suficiente información a la ciudadanía para evitar que la entrega de la Factura Sombra, por cualquiera de las vías que se acuerde hacer, sea mal interpretada por los ciudadanos, generando inquietud y rechazo en los mismos, por no conocer que esta documentación es meramente a título informativo.

Por otro lado, sería conveniente valorar el coste económico que acarrearía la materialización de esta medida. Entendemos, que el objetivo de la misma es concienciar a la ciudadanía sobre el valor de lo que está recibiendo del sistema público de salud de carácter universal, así como fomentar un uso adecuado de los servicios y de los medios que la Administración pone a su servicio. Por ello, carecería de sentido que esta medida supusiera una inversión económica destacada y no fuera ni eficaz ni proporcional al objetivo perseguido.

Otro elemento que debe tenerse en cuenta es la percepción que la ciudadanía puede tener de esta iniciativa. Esta cuestión enlaza nuevamente con la información que se ofrezca para evitar herir susceptibilidades. En general, ningún ciudadano hace uso indiscriminado o abusivo de los ingresos hospitalarios.

Asimismo la idoneidad de esta medida, supeditada a su correcta aplicación, no puede hacernos perder de vista que a pesar del esfuerzo económico destinado al sistema sanitario público, persisten carencias en el mismo que deben ser subsanadas.

En primer lugar, si bien es cierto que hay normativa reguladora del tiempo máximo de espera en intervenciones quirúrgicas, primeras consultas con el especialista y pruebas diagnósticas, no es menos cierto que tal garantía de tiempo máximo de espera, afecta al catálogo de intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas que se detallan en las respectivas normas, es decir, no garantiza un tiempo máximo de espera para acceder a todas la intervenciones quirúrgicas susceptibles de ser acometidas por el Servicio Andaluz de Salud.

Igual suerte corren las pruebas diagnósticas que tienen establecido un tiempo máximo de espera, son aquellas que figuran en la norma, no la totalidad de las incluidas entre las prestaciones del Servicio Andaluz de Salud. De otra parte, es preciso seguir mejorando los tiempos garantizados y hacer mayores esfuerzos en determinadas especialidades y pruebas cuyo tiempo sigue siendo excesivo así como ir implementando la medida en los seguimientos y no sólo en la primera consulta.

En otro orden de cosas, otro punto a reforzar por la Consejería de Salud lo constituye la escasez de los medios habilitados para la participación ciudadana en el Sistema Sanitario. Se articulan fórmulas para la obtención de información por parte de los ciudadanos pero esto no es participación, ésta exige una oportunidad real y efectiva de expresar opiniones sobre aspectos concretos de interés para los ciudadanos ante la Administración y coparticipar en la toma de decisiones. Esta participación pública también deviene en elemento fundamental de puesta en valor de nuestro Sistema Sanitario público.

ANIVERSARIO

ORIGINAL

Análisis de los motivos y tipos de consulta médicas en atención primaria en un área urbana

Montoro Ruiz R¹, Moreno García M¹, Bonillo García MA¹, Guerrero García FJ,¹ Sevilla Martín F,² Puertas Tamayo A²

¹ Médico Familia Unidad Gestión Clínica Gran Capitán. Unidad Docente MFyC de Granada Distrito Granada

² M.I.R 4 año de Medicina Familiar y Comunitaria UGC Gran Capitán Unidad Docente MFyC Granada Distrito Granada

RESUMEN

Título: análisis de los motivos y tipos de consulta médicas en Atención Primaria en un área urbana.

Objetivo: analizar el tipo y características de la demanda en consultas de médicos de familia (MF) de 6 Centros de Salud (CS) de un Distrito Sanitario (DS) Urbano.

Diseño: estudio observacional transversal multicéntrico.

Emplazamiento: población urbana. DS Granada.

Población y muestra: 15 CS y 170 MF 254.274 pacientes.

Seleccionamos 6 CS 29 MF: 43.769 pacientes (17,21%).

Analizamos 866 principales motivos de consultas (16,22%) el 22 de Abril 2009

Intervenciones: Criterios de inclusión: principales motivos de consultas de pacientes mayores 14 años, con/sin cita, realizados en consulta médica, telefónicamente, domicilio o urgencias, dicho día. Criterios de exclusión: cuando no se registra el motivo o hay más de uno. Variables analizadas: sexo, edad, motivo principal y tipo de consulta según metodología de Casajuana (previsible y no visible y sus varia-

des asistencial y administrativa), lugar asistencia, existencia o no de docencia postgrado y turno mañana o tarde.

Resultados: el 67% de las consultas las realizan mujeres. El motivo más frecuente es enfermedad aguda o crónica reagudizada (31.8%). El 31.64% fueron administrativas. La frecuentación media, incluidos no citados, fue de 32.80 consultas/médico, sin diferencias entre turnos. El 62.36% de las consultas fueron previsibles. Las consultas Imprevisibles-Asistenciales (Presión asistencial) fueron el 33,14%

Conclusiones: Consultan más las mujeres. Las actividades preventivas y enfermedades agudas son más frecuente en jóvenes y la renovación de recetas en mayores. Aproximadamente dos de cada tres consultas son previsibles. Las demandas burocráticas son motivo de consulta frecuente: 1/3 del total. La presión asistencial (demanda asistencial imprevisible) supone 1/3 del total. No hay diferencias de resultados entre turnos, ni si existe o no docencia postgrado.

Palabras clave: Demanda Asistencial. Atención Primaria. Gestión Clínica.

SUMMARY

Title: Analysis of the Motives and Types of Medical Consultations Experienced in an Urban Primary Care District.

Goal: To analyze the types and characteristics of services demanded by patients in their visits to general practitioners (GP) in six health centers (HC) pertaining to an urban health district (UHD).

Correspondencia: Rafael Montoro Ruiz
UGC Gran Capitán
C/. Gran Capitán, 10
18002 Granada
E-mail: rmontoro@samfyc.es

Recibido el 25-01-2010; aceptado para publicación el 22-02-2010
Med fam Andal 2010; 1: 11-20

Design: Cross-sectional, observational multi-centric study.

Setting: Urban population, Granada Health District

Population and Sample: 15 HC; 170 GPs; 254.274 patients.

We selected 6 HCs, 29 GPs and 43.769 patients (17.21%).

We analyzed 866 reasons given for visits to GPs (16.22%) on April 22, 2009.

Interventions:

Inclusion criteria: main reason for consultations by patients aged 14 or older, with or without a scheduled appointment in the doctor's office, over the phone, during a home or in emergency visit on April 22, 2009.

Exclusion criteria: when the main reason for the visit was not registered or if there was more than one reason for the visit.

Variables analyzed: sex, age, main reason for the consultation, and type of consultation following a methodology developed by J. Casajuana (predictable and non-predictable; medical and administrative aspects), place where the care was provided, whether or not post-graduate training existed, morning shift or afternoon shift.

Results: Women accounted for 67% of the visits. The most frequent reason for the visit was an acute illness or a severe bout of chronic illness (31.8%). 31.64% had to do with administrative issues. The average patient load, including those who came without an appointment, was 32.8 consultations per doctor. There was no difference between the morning or afternoon shifts. 62.36% of the consultations were predictable. 33.14% were unpredictable medical consultations (patient load pressure).

Conclusions: Women consult more frequently than men. Among young people the most frequent motive for consulting had to do with prevention activities or acute illnesses. Among the elderly, the main reason was prescription renewal. One third of all consultations had to do with bureaucratic questions. Patient demand (unpredictable requests for care) represented one third of the total. No differences in results were found between shifts or when post-graduate training existed.

Key words: Health Planning, Primary Health Care, Clinical Practice Management.

INTRODUCCIÓN

La cantidad y las características de la utilización de los servicios sanitarios en Atención Primaria (AP) es motivo de análisis en diversos estudios por parte de profesionales y gestores desde hace muchos años. El interés crece a medida que la demanda se ve modificada por un lado por el avance y desarrollo de la sociedad que genera nuevas percepciones de necesidades en ocasiones de difícil definición y acotación por los sistemas sanitarios; por otro por el incremento de la capacitación de los profesionales que origina un aumento del poder resolutivo, una mayor cartera de servicios y por tanto una necesidad de tiempo mayor para realizar tareas y actividades que hasta ahora eran propias de otro ámbito asistencial, sin olvidar las exigencias de la organización y de los gestores sanitarios que proponen fórmulas de demoras que en ocasiones obligan a la sobrecarga de las consultas en aras de una mayor accesibilidad con aumento continuo de la cartera de servicios.

Dichos estudios están enfocados por un lado al análisis de los factores que influyen en la demanda de las consultas¹ encuadrados en factores inducidos por el usuario, por el profesional, por la organización de la consulta (micro-organización) y por la Organización Sanitaria (macro-organización). Así se sabe que el tamaño del cupo explica el 5-10% de la variabilidad de utilización de la consulta en AP² y que entre el 40-50% de la demanda depende de factores del usuario³, los factores que conciernen al profesional alcanzan un 63% de la variabilidad de la utilización de las consultas de AP⁴. Otros grupo de trabajos se centran en el estudio de aquel pequeño grupo de pacientes que acaparan un mayor volumen de consultas llamados hiperutilizadores⁵, y por fin otros se dedican a conocer los motivos de consultas⁶ o el tiempo dedicado a cada una de las actuaciones del médico en la misma⁷. En ambos casos destacan las actividades burocráticas, por su peso tanto en los motivos de consulta (40% de las consultas previsibles) como en el tiempo empleado en ellas: el 50% del tiempo se dedica actividades burocráticas y de registro de datos y de este tiempo el burocrático (recetas, partes, etc.) supone el 72%, es decir el 36% del tiempo total. La renovación de las recetas de tratamientos crónicos ocupa el primer lugar en estas listas de actividades burocráticas.

Los estudios y las conclusiones que alcanzan los distintos estudios y grupos de trabajo para la desburocratización de la demanda^{6, 8, 9} concluyen en la necesidad proporcionar apoyo administrativo e informático para disminuir la carga burocrática que se soportan en las consultas de AP, en particular la necesidad de propiciar un sistema para la exclusión de la demanda de renovación de las recetas de largos tratamientos.

En Andalucía se produjo hace años, en casi todo el territorio, la implantación de la historia clínica única informatizada (DIRAYA) y recientemente se ha puesto en marcha la receta electrónica para la renovación de la medicación a través de las oficinas de farmacia por indicación facultativa con un tiempo máximo de 1 año (RECETA XXI). Estas medidas, teóricamente, responden a las demandas que los profesionales vienen realizando para disminuir su carga burocrática. A pesar de eso, el sentir de los médicos sigue siendo la excesiva carga burocrática y el excesivo tiempo que se dedica a la misma.

El objetivo del presente trabajo es realizar un estudio para comprobar el estado actual de la demanda asistencial, según el principal motivo de consulta y sus características, en un grupo de pacientes atendidos en las consultas de MF en el año 2009, tras la puesta en marcha de las diferentes medidas para la reducción de la actividad burocrática en las consultas.

SUJETOS Y MÉTODOS

Para la consecución del objetivo diseñamos un estudio observacional transversal multicéntrico, que se realizó el día 22 de Abril de 2009 (se eligió un miércoles para evitar distorsión de inicio o fin de semana) en el Distrito Sanitario Granada, que consta de 15 Unidades de Gestión Clínica (UGC), y con unos recursos humanos de 170 médicos de familia (MF) que atienden a una población de 254.274 pacientes. Se seleccionaron 6 UGC repartidas por los distintos barrios de la ciudad y en ellas se seleccionaron, por muestreo aleatorio, a 29 consultas de Médicos de Familia, que atienden un total de 43.769 pacientes (17,21% del total de pacientes del Distri-

to Sanitario). Se incluyeron a todas las consultas realizadas por mayores de 14 años, con/sin cita, valorados en consulta, telefónicamente y en domicilio. Se excluyeron los menores de 14 años, o los que fueron registrados con ninguno o varios motivos de consulta, (Gráfica 1).

La recogida de datos la coordinó el equipo investigador y se realizó mediante una hoja de recogida en donde se reflejaban las distintas variables a estudiar: sexo, edad, actividad docente, turno trabajo, existencia o no de cita previa y motivo principal, lugar de asistencia (asistencia consulta, telefónica, domicilio y otros lugares de atención) y tipo de consulta según sus característica de previsibilidad o no, y tipo de actividad realizada, clínica o administrativa, según propone Casajuana¹⁰ (Tabla 1):

- Consulta previsible: se puede prever su contenido (revisiones, recogida de resultados).
- Consulta imprevisible: no podemos prever su contenido (problemas agudos) y surge inesperadamente. Engloba la consulta catalogada como urgente por el personal sanitario o por el propio paciente.
- Consulta administrativa: comprende las tareas burocráticas, como la expedición de recetas, partes de incapacidad temporal, certificados o cartillas de largo tratamiento.
- Consulta asistencial: su finalidad es prevenir, diagnosticar y/o tratar la enfermedad, así como realizar el seguimiento de ésta.

Se explicó al personal médico participante el objetivo del trabajo, la metodología a seguir así como se debía de realizar la recogida de los datos y los criterios de inclusión y exclusión. Previamente se realizó un pilotaje de mediciones con la hoja de recogida de datos en varias consultas para detectar y subsanar errores.

El análisis estadístico de los resultados se realizó con el programa informático SPSS para Windows. Para estudiar la significación estadística entre variables, fijada en $p < 0.05$, se calcularon los intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS

De las 29 consultas estudiadas, 21 se realizaron en el turno de mañana (72,4%, IC del 95%: 56.2-88.6) y 8 en el turno de tarde (17.6%, IC del 95% 3.8-31.4). 19 de ellas tenían docencia. (65,52%, IC del 95% 48.2-82.8).

El día del estudio se registraron en todo el Distrito 5339 consultas. La frecuentación media, incluidos no citados, fue de 32.80 consultas/médico (IC del 95% 31.5-34). No existiendo diferencias significativas entre turno de mañana o tarde.

Del estudio se recogieron 952 consultas, de las que tras aplicar los criterios de exclusión establecidos, se han obtenido un total de 886 consultas válidas para el estudio, 16,22% del total de consultas del distrito en ese día (IC del 95% 13.8-18.6). (Gráfica 1)

Agrupados por sexos, el 67% consultas fueron realizadas por mujeres (IC del 95% 63.2-70.8). No existiendo en nuestro estudio diferencias significativas entre sexo de la persona que consulta y las variables motivo principal de consulta, turno de trabajo, ni lugar de asistencia.

El motivo más frecuente de consulta es enfermedad aguda o crónica reagudizada con 31.8% (IC del 95% 28.7-34.8), (Tabla 2). No encontramos diferencias entre la variable turno de trabajo y motivo de consulta (Gráfica 2). Tampoco las hemos encontrado con las variables edad, sexo, número de pacientes por consulta, o la existencia de docencia.

La media de edad de los pacientes que acudieron con cita previa es de 53, 57 años (IC del 95% 50.1-57.1), no existiendo diferencia edad con los no citados.

Según grupos de edad hemos encontrado diferencias significativas ($p < 0.05$) en los motivos de consulta por enfermedad aguda y crónica reagudizada (más frecuente en < 35 años), las actividades preventivas (más frecuentes en < 45 años) y la renovación de recetas de crónicos (más en > 65 años). (Gráfica 3).

El 90,54% de las consultas lo fueron con cita previa (IC del 95% 88.6-92.4). En los no citados el

principal motivo es enfermedad aguda o crónica no agudizada, existiendo diferencia significativa respecto a citados ($p < 0.05$).

El lugar de asistencia más frecuente es en la "consulta del médico de familia" con un 95,7% (IC del 95% 94.4-97.1) seguida de "atención domiciliaria" con un 2% (IC del 95% 1.1-2.9), "otro lugar" con 1.6% (IC del 95% 0.8-2.4) y por último, la "atención telefónica" con 0.7% (IC del 95% 0.1-1.3).

Por motivos de consulta y lugar donde se realiza, la revisión de enfermedad es causa más común de consulta en la "atención domiciliaria" 76.5% (IC del 95% 56.3-96.6). El resultado de pruebas ocupa el 50% (IC del 95% 10-90) de la "atención telefónica". Las actividades preventivas representan el 50% (IC del 95% 23.8-76.2) de los motivos en "otros lugares de atención".

Respecto a la previsibilidad y contenido, el 62.36% de las consulta analizadas fueron previsibles (IC del 95% 59.1-65.6) y el 37.64% imprevisibles (IC del 95% 34.5-40.9). El 68,36% fueron asistenciales (IC del 95% 65.2-71.5 y el 31.64% fueron administrativas (IC del 95% 28.5-34.8), de las que la mayoría fueron previsibles (OR de 0,1764, (I.C. al 95% 0,1212-0,2567.)). (Tabla 3).

Dentro de las consultas previsibles, el 56.48% son clínicas y el resto administrativas, mientras que en las imprevisibles el 88.03% son asistenciales (Gráfica 4).

Entre las consultas previsibles la renovación de recetas de crónicos, representa el 33.88% de ellas (IC del 95% 29.8-37.8). De las imprevisibles la enfermedad aguda o crónica reagudizada son el 84,5% (IC del 95% 80.5-88.5). (Tabla 4)

Entre las consultas administrativas la renovación de recetas de crónicos supone el 33,85% (IC del 95% 28.2-39.4), mientras que en las consulta clínicas destaca la enfermedad aguda o crónica reagudizada 46,45% (IC del 95% 40.4-52.4), (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Respecto a la metodología, realizamos un estudio observacional transversal multicéntrico don-

de lo registrado es el principal motivo de consulta y los datos los recoge el médico en una ficha creada específicamente para ello.

En los distintos estudios nacionales consultados existe variedad de metodología: retrospectivos: recogen el principal motivo de consulta a través de registros de historia clínica⁶, o prospectivos todos los motivos a través de un observador externo¹². Esta diferencia debe tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Ninguno de los médicos seleccionados rechazó participar en el estudio, lo que le da fuerza al mismo. Por otro lado, al tratarse de una evaluación de nuestro sistema sanitario, es difícil la comparación con estudios realizados en otros países donde los criterios de accesibilidad, financiación y organización son diferentes y no extrapolables.

Entre los profesionales el problema más sentido por los médicos es la elevada presión asistencial que soportamos. En España la accesibilidad a la Atención Primaria es muy alta, y las demoras muy cortas (0-1 días de espera para el médico). En nuestro estudio la media de 32.9 pacientes/día, se asemeja a la media del País de 154 pacientes por semana, frente a los 94 de Finlandia, los 98 de Portugal y los 90 de Suecia.¹¹, siendo inferior a otros estudios nacionales como el de Orozco D.⁶ que es de 51 consultas médico/día y el de Raba Oruña S¹², que fue de 42.71.

En nuestro estudio el 67% de las consultas fueron realizadas por mujeres, datos similares a Raba Oruña S¹²: 62% y Orozco D.⁶: 57%. La explicación de este fenómeno puede deberse a peor percepción subjetiva de salud, a mayor adherencia a protocolos o seguimientos clínicos y, fundamentalmente, al papel de gestor de salud familiar que ejercen las mujeres siendo las intermediarias entre la familia y sistema sanitario, García Calvente MM¹³. La no existencia de diferencias entre los turnos de mañana y tarde y las variables estudiadas, puede deberse a cuestiones metodológicas (el estudio no estaba diseñado para encontrarlas y no se ha realizado un muestreo adecuado) o a otros factores que necesitarían revisión de los modelos organizativos asistenciales. Igual ocurre con la no diferencia de resultados en consultas docentes o no.

El 31,64% de las consulta realizadas lo fueron por motivos administrativos, porcentaje más

bajo que en el estudio de Orozco, que alcanza el 49.84%, y que los estudios de nuestra comunidad antes de la implantación de la historia clínica informatizada y la receta XXI, que cifran la actividad administrativa entre un 40-50%⁷. Si bien estos avances no han conseguido evitar que una de cada tres consultas en nuestro estudio tenga como motivo principal un acto administrativo, en particular por renovación de recetas.

Que el motivo de consultas "actividad preventiva" sea más frecuente en jóvenes que en otros grupos de edad, pensamos que puede ser debido a la existencia de actividades específicas como las consultas de prevención de cáncer genital, dentro del programa de la mujer, ésto además explicaría que las consultas preventivas se realicen con más frecuencia en el apartado "otros lugares de atención" por la existencia de una consulta específica para ello. La enfermedad aguda o crónica agudizada es más frecuente en menores de 45 años y la renovación de recetas más en mayores de 65 años son coherentes con los hallazgos encontrados en otros trabajos, Raba Oruña S¹²: 62% y Orozco D.⁶

El 62.3% de las consultas son previsibles, similar a los datos de Orozco que alcanzan el 60%. Lo que nos hace pensar que si gestionamos, entre los profesionales y los gestores, todas las consultas previsibles antes de que se vayan a producir, estaremos gestionando dos tercios de la actividad total de los Médicos de Familia, lo que nos permitiría decidir qué día acudirán, con cuánto tiempo disponible de consulta y qué profesional las atendería. Algunos autores como Ruiz A¹⁴, consideran que la verdadera presión asistencial debe referirse a los episodios nuevos, es decir a la consultas asistenciales imprevisiones, que como señala Casajuana son las más difíciles de gestionar, en nuestro estudio representan el 33% de los motivos de consulta, algo inferior son los datos de Orozco que suponen el 29.55%. Según aconseja Casajuana, una consulta organizada debe de presentar el 50% de los motivos de consulta las imprevisiones asistenciales (definido como la verdadera presión asistencial) mientras que una consulta con mala organización es cuando este grupo se acerca al 20% del total. Para alcanzar el grado deseado, debe aumentar el porcentaje de consultas imprevisiones asistenciales a costa de disminuir el número de consultas administrativas, que como vemos son previsi-

bles y de previsibles asistenciales. Este exceso de demanda administrativa y de demanda asistencial previsible, es el resultado principal que destacamos en este estudio. Controlar esta demanda administrativa y gestionar las consultas previsibles asistenciales, debe ser un objetivo prioritario para toda la organización sanitaria, de tal manera que el Médico de Familia atienda en su consulta lo que debe de atender, y con el tiempo suficiente para ello, sin que lo tenga que emplear en otras actividades que se pueden organizar en otros espacios y con otros profesionales del equipo, administrativos, enfermería, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bellón JA, Lardelli P, Luna JD, Delgado A. Validity of self-reported utilisation of primary Elath care services in a urban population in Spain. *J Epidemiol Com health*. 2000; 54:544-652.
2. Groenewegen P, Hutten JBF. The influence of supply-related characteristics on general practitioners' workload. *Soc Sci Med*. 1995; 40:349-58.
3. Bellon JA, Martínez-Cañavate MT, Delgado A. Modelo causal de los factores del proveedor y la organización que intervienen en la utilización de los servicios de atención primaria (MOCAUT-III). *FIS*. 2004; 00/1046.
4. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and Elath belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med*. 1999; 29: 1347-57.
5. Bellón JA. Modelo explicativo de la hiperutilización en la Atención Primaria. [Tesis Doctoral]. Universidad de París; 1995.
6. Orozco D, Pedrera V, Gil V, Prieto I, Ribera MC, Martínez P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten primaria*. 2004; 2:69-77.
7. Bellón JA, Molina F, Panadero A. El tiempo de comunicación y registro en las entrevistas de atención primaria. *Aten Primaria*. 1995; 15: 439-44.
8. Grupo de trabajo de Gestión Clínica Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Lo que no hay que hacer para desburocratizar la atención primaria. *Aten Primaria*. 2008; 40:273-4.
9. Grupo de Trabajo semFYC-Semergen. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. *Aten Primaria*. 1997; 21:489-98.
10. Casajuana J. La organización funcional del EAP. En: Oyarzabal JI, coordinador. Manual del curso de Gestión del día a día en el equipo de atención primaria. Curso a distancia. Módulo 1. Madrid: semFYC; 2002.
11. European Commission. European communities 2000. Eurostat. Key data on health 2000. Luxembourg: Eurostat; 2000.
12. Raba Oruña S, Ortiz Lebaniegos I, Villa Puente M, Pérez Martín A, Gutiérrez Conde ML, Urcullu San Cristóbal A. Burocracia en las consultas de Atención Primaria e informatización: ¿hemos mejorado? *Medicina General*. 2005; 71:18-23.
13. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el Sistema Informal de Salud. 2ª ed. París: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000.
14. Ruiz A. La presión asistencial. *Aten Primaria*. 2004; 33: 145-148.

Gráfica 1:

Datos de la muestra: Población diana y de estudio

Población diana:

15 UGC

170 M.F.

254.274 pacientes

5.339 consultas



Población estudio:

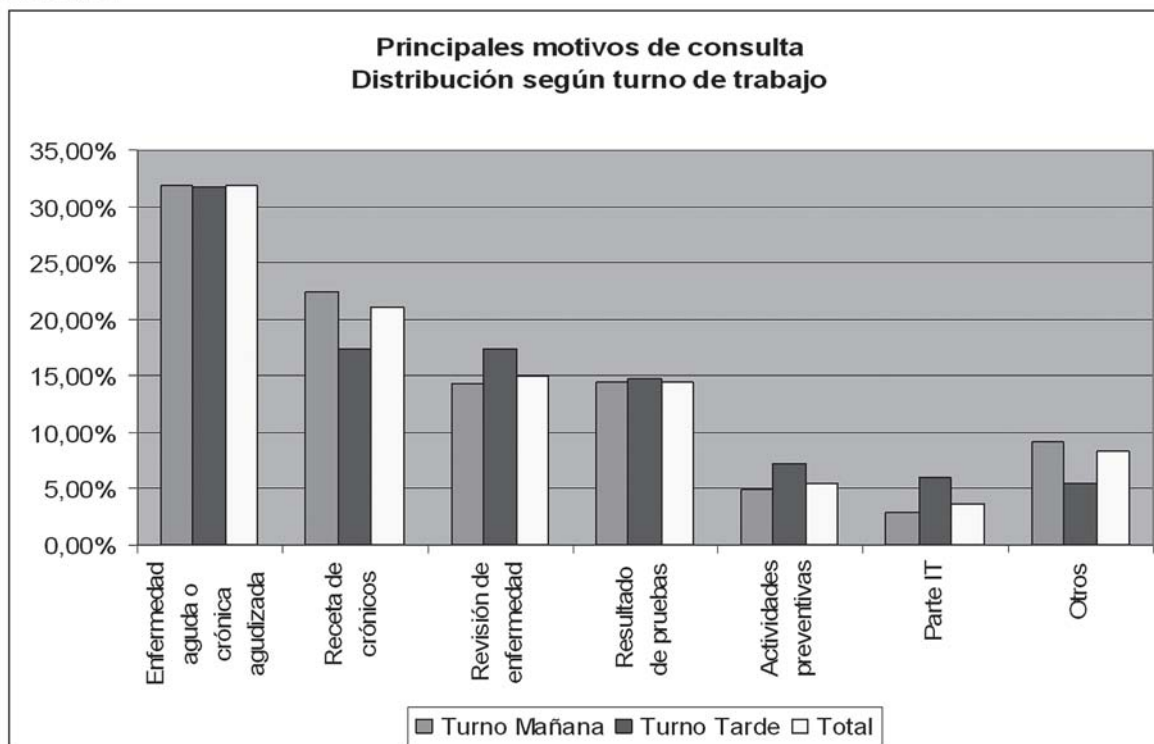
6 UGC

29 M.F.
(17.05%)

43.769 pacientes
(17.21%)

866 consultas
(16.22%)

Gráfica 2



Gráfica 3:

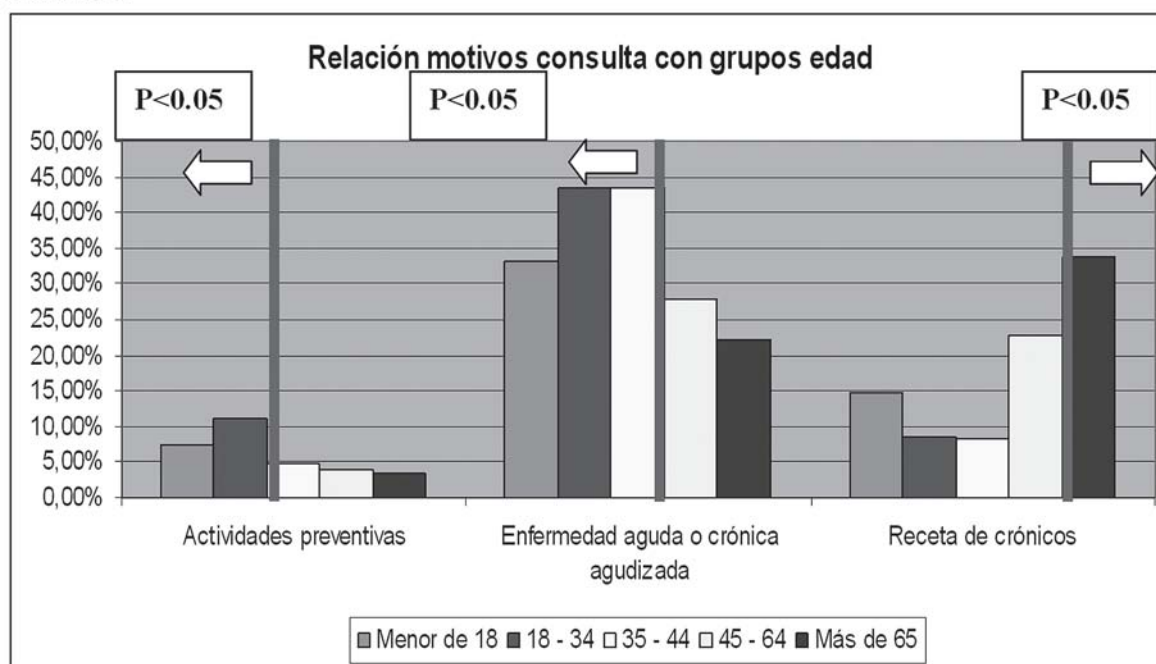


TABLA 1.- Actividad asistencial: relación entre las necesidades de asistencia con la naturaleza de las consultas. Casajuana J. 2002

	Necesidades	
Naturaleza de consulta	Asistencial	Administrativa
Previsible	• Revisión enfermedad crónica y aguda • Recogida de Pruebas • Actividad Preventiva	• Partes de IT • Recetas de Crónicos • Hojas de transporte • Informes • Certificados • Recetas alta hospitalaria
Imprevisible	• Enf. agudas o crónicas reagudizadas • Altas hospitalarias	• Solicitud de informes • Petición analítica, interconsulta o transporte sanitario • Certificados

TABLA 2.- Motivos de consulta en porcentaje sobre el total de consultas y su distribución según turnos de trabajo, en % y su significación estadística, $p < 0,05$

Motivo de consulta	Turno			P<0.05
	Mañana	Tarde	Total	
Enfermedad aguda o crónica agudizada	31,80%	31,70%	31,80%	no
Receta de crónicos	22,40%	17,40%	21,10%	no
Revisión de enfermedad	14,40%	17,40%	15,10%	no
Resultado de pruebas	14,50%	14,70%	14,50%	no
Actividades preventivas	4,90%	7,30%	5,50%	no
Parte IT	2,90%	6,00%	3,70%	no
Recetas al alta de un servicio	2,30%	1,80%	2,20%	no
Informes / Certificados	2,20%	1,80%	2,10%	no
Peticiones de analítica	1,70%	1,40%	1,60%	no
Altas hospitalarias	1,70%	0,50%	1,40%	no
Derivaciones	0,90%	0,00%	0,70%	no
Trámite ambulancia	0,30%	0,00%	0,20%	no

TABLA 3.- Necesidad y tipo de actividad según naturaleza de la misma en %

Según Naturaleza	Según Necesidad		Total
	Asistencial	Administrativa	
Previsible	35.22%	27.14%	62.36%
Imprevisibles	33.14%	4.50%	37.64%
Total	68.36%	31.64%	100%

TABLA 4.- Motivos de consulta según naturaleza previsible o imprevisible en %

Previsibles		Imprevisibles	
Renovación de recetas de crónicos	33,85%	Enfermedad aguda o crónica reagudizada	84,47%
Revisión de enfermedad	24,24%	Informes / Certificados	5,59%
Resultado de pruebas	23,26%	Peticiones de analítica	4,29%
Actividades preventivas	8,83%	Altas hospitalarias	3,76%
Parte IT	5,94%	Derivaciones	1,89%
Recetas al alta de un servicio	3,54%		
Trámite ambulancia	0,34%		
TOTAL	100%	TOTAL	100%

TABLA 5.- Motivos de consulta según necesidad asistencial o administrativa en %

Administrativas		Clínicas	
Renovación recetas de crónicos	66,79%	Enfermedad aguda o crónica agudizada	46,45%
Partes de IT	11,68%	Revisión enfermedad	22,13%
Recetas alta de hospital o servicio	6,93%	Resultados analíticas	21,16%
Informes, Certificados	6,57%	Actividades preventivas	8,18%
Peticiones de analítica	5,11%	Valoración tras altas hospitalaria	2,08%
Derivaciones	2,19%		
Informe para ambulancia	0,73%		
TOTAL	100%	TOTAL	100%



ORIGINAL

Relación entre la violencia escolar y el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales durante la adolescencia

Pérez Milena A¹, Jiménez Pulido I², Leal Helmling FJ³, Pérez Milena R⁴, Martínez Fernández M⁵L⁵, Álvarez Nieto C⁶

¹ Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Valle (Jaén)

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Epidemióloga. Distrito Sanitario Jaén Nordeste

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Jódar (Jaén)

⁴ Licenciado en Psicología. Departamento de Orientación. IES Villanueva del Mar (La Herradura, Granada)

⁵ Licenciada en Historia. Jefatura de estudios. IES Jabalcuz (Jaén)

⁶ Doctora en Biología y Diplomada en Enfermería. Profesora del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén

El resumen del trabajo fue presentado como comunicación oral al XXVI Congreso de la semFYC celebrado en Valencia en noviembre del 2006, obteniendo el premio al mejor trabajo de investigación, y a la WONCA Europe Conference en octubre de 2007 (París). Todos los autores pertenecen al Grupo de Trabajo del Adolescente de SAMFYC.

RESUMEN

Título: relación entre la violencia escolar y el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales durante la adolescencia.

Objetivo: valorar la relación entre la existencia de conductas violentas en el medio escolar y el consumo de sustancias tóxicas en adolescentes.

Diseño: estudio descriptivo de asociación cruzada.

Emplazamiento y población: alumnos de educación secundaria y bachillerato de dos centros educativos (rural y urbano).

Material y métodos: encuesta autoadministrada recogiendo edad, sexo, consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, drogas), test AUDIT, y cuestionario sobre violencia escolar.

Resultados: 450 adolescentes (70% urbano), edad media 14,5 años [$\pm$ EEM0,2]; 48% varones. Percepción de violencia: nunca/casi nunca 50% [$\pm$ EEP2,3], a veces 39% [$\pm$ 2,3], a menudo 10% [$\pm$ 1,4], casi siempre 4% [$\pm$ 0,5]; la mayoría son agresiones a compañeros y/o actos de desobediencia. Actitud ante la violencia: observadores 67% [$\pm$ 3,6], agresores 27% [$\pm$ 2,4], víctimas 37% [$\pm$ 4,1]. El 17% [$\pm$ 2,4] no participan en actos violentos. El consumo de alcohol (46% $\pm$ 3,2) se relaciona con mayor percepción de violencia ($p<0,001$ X^2) y con ser agresor o víctima ($p<0,001$ X^2). La sospecha de consumo perjudicial de alcohol (24% $\pm$ 3,9) es más frecuente en hombres ($p<0,05$ X^2), siendo posiblemente inferior en no violentos ($p=0,065$ X^2). Los adolescentes que fuman (21% $\pm$ 2,6) o consumen drogas ilegales (11% $\pm$ 2,0) se relaciona con una mayor percepción de violencia ($p<0,01$ X^2) y una actitud agresora (tabaco $p<0,001$ X^2 ; drogas $p<0,05$ X^2).

Conclusiones: el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, drogas ilegales) y la percepción de violencia en el medio escolar están relacionadas, siendo más frecuente el consumo en aquellos adolescentes con actitudes de agresión a otros compañeros. Se debe hacer un esfuerzo multidisciplinario para conseguir conductas adaptativas funcionales en el adolescente.

Palabras clave: adolescente, *bullying*, violencia escolar, alcohol, tabaco, drogas.

Correspondencia: Alejandro Pérez Milena
Unidad de Gestión Clínica El Valle
C/. Ronda Alcalde García Segovia, 9
23009 Jaén
E-mail: alpemi@gmail.com

Recibido el 15-07-2009; aceptado para publicación el 14-09-2009
Med fam Andal 2010; 1: 21-29

SUMMARY

Title: the Relationship between the Consumption of Alcohol, Tobacco, and Illegal Drugs during Adolescence and School Violence.

Goal: Study the relationship between violent behavior in school and adolescents' consumption of toxic substances.

Design: A crossed association descriptive study.

Population and Setting: High school students from two educational centers, one rural and one urban.

Interventions: A self-administered survey to gather data on age, sex, and the use of toxic substances (alcohol, tobacco, illegal drugs); AUDIT test; and a questionnaire on school violence.

Results: 450 adolescents (70% urban), average age 14.5 years [$\pm$ EE0, 2]; 48% males. Perception of violence: never/hardly ever 50% [$\pm$ EEP2.3], occasionally 39% [$\pm$ 2.3], frequently 10% [$\pm$ 1.4], almost always 4% [$\pm$ 0.5]; the majority consist of aggressions against fellow students and/or acts of disobedience. Attitudes toward violence: observers 67% [$\pm$ 3.6], aggressor 27% [$\pm$ 2.4], victims 37% [$\pm$ 4.1]. 17% [$\pm$ 2.4] do not participate in violent acts. Alcohol consumption (46% $\pm$ 3.2) is related to an increased perception of violence ($p<0.001$ X^2) and with being the aggressor or the victim ($p<0.001$ X^2). The suspicion of harmful consumption of alcohol (24% $\pm$ 3.9) is more frequent among males ($p<0.05$ X^2), possibly being less among the non-violent ($p=0.065$ X^2). Adolescents who smoke (21% $\pm$ 2.6) or use illegal drugs (11% $\pm$ 2.0) are associated with higher perceptions of violence ($p<0.01$ X^2 and aggressive attitudes (tobacco $p<0.01$ X^2 ; drugs $p<0.05$ X^2).

Conclusions: An association exists between the consumption of toxic substances (alcohol, tobacco, and illegal drugs) and the perception of violence in the school environment; consumption is more frequent among adolescents with aggressive attitudes toward other classmates. A multidisciplinary effort needs to be made to help adolescents acquire functional adaptive behavior.

Key words: adolescent, bullying, school violence, alcohol, tobacco, drugs.

INTRODUCCION

La violencia escolar es un fenómeno con una gran repercusión mediática al que se le está prestando una especial atención en los últimos años. Sin embargo, no es un problema nuevo¹: hace una década que la mayoría de miembros de la Unión Europea coincidieron en la necesidad de prevenir las conductas violentas en los centros educativos², lo que se ha traducido en una mayor atención a este problema desde las diferentes administraciones³⁻⁵.

Los centros de educación secundaria constituyen un microsistema abierto de iguales donde el adolescente inicia su proceso socializador mediante la inmersión en una cultura de grupo, con normas y valores propios^{6,7}. La violencia distorsiona este aprendizaje, y forma parte de un conjunto de hábitos nocivos para la salud que el adolescente adopta, como puede ser el consumo de sustancias tóxicas⁸⁻¹⁰.

Este estudio, diseñado por médicos de familia, educadores y psicólogos, plantea valorar la percepción y actitud de los adolescentes ante la violencia escolar y su relación con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio se realizó en dos Institutos de Educación Secundaria en una zona urbana y otra rural, con un entorno socioeconómico medio/medio-bajo. El diseño es descriptivo de asociación cruzada, mediante cuestionario autoadministrado y anónimo. Se realizó una prueba piloto inicial, pasando posteriormente la encuesta en diferentes jornadas escolares y con adiestramiento previo de los profesores. Se recogió edad, sexo, violencia escolar y consumo de tóxicos.

Se usó un cuestionario sobre violencia escolar¹¹, validado para centros educativos españoles, que recoge la percepción de violencia mediante una escala ordinal (casi nunca, a veces, a menudo y casi siempre) y valora la actitud ante ella (agresor, víctima, observador o no violento). Se valoró el patrón de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales y se cuantificó el consumo de alcohol (unidades de bebida estándar por semana

-UBE/semana-) y el tabaco (número de cigarrillos/día). Se entregó también el test AUDIT¹², validado para población española y útil para la detección precoz del consumo perjudicial y la dependencia (CPP=8 y CPN=0,22).

Los datos fueron analizados mediante el programa informático RSigma (© Horus Hardware), comprobando la normalidad de los datos. Los valores se muestran como media $\pm$ error estándar de la media [EEM] o de la proporción [EEP] y como intervalos de confianza al 95%. Se propone un nivel de significación estadística con $p < 0,05$, aplicándose el test de la t de Student y ANOVA de una vía para comparación de medias y el test X^2 para la comparación de proporciones. La correlación se valora mediante la r de Pearson.

RESULTADOS

Se recogen 450 cuestionarios válidos de un total de 485 alumnos (4% de pérdidas por falta de asistencia y 3% por mala cumplimentación). La media de edad es de 14,5 años [$\pm 0,2$] (de 12 a 17 años). 216 alumnos son hombres (48%) y 234 son mujeres (52%). No existen diferencias entre el centro urbano (70% cuestionarios) y rural (30%).

La mayoría del alumnado percibe actos de violencia *nunca/casi nunca* (50% $\pm$ 2,3) o *a veces* (39% $\pm$ 2,3), siendo minoritarias las percepciones *a menudo* (10% $\pm$ 1,4) o *casi siempre* (1% $\pm$ 0,5). Estos datos no dependen del sexo; en cambio, los adolescentes del grupo *casi siempre* tienen 1,9 años ($\pm 0,3$) más que el resto de los grupos ($p < 0,05$ ANOVA) (tabla 1). El tipo de violencia escolar más frecuente son las agresiones a compañeros y los actos de desobediencia (figura 1). Los adolescentes se definen como observadores (67% $\pm$ 3,6), agresores (27% $\pm$ 2,4) y/o víctimas (37% $\pm$ 4,1), asumiendo en más del 50% diferentes actitudes (figura 2). La quinta parte del alumnado (IC 95% [13%; 23%]) no participa ni percibe actos violentos. Entre los agresores predominan los hombres ($p < 0,05$ test X^2) (tabla 2). Los agresores y las víctimas perciben menos la violencia que los adolescentes observadores ($p < 0,01$, test X^2) (figura 3).

Casi la mitad de los adolescentes consumen alcohol (IC al 95% [40%; 52%]), sin diferencias por

sexo. Los bebedores tienen 1,3 [$\pm 0,2$] años más de media que los no bebedores ($p < 0,001$ t Student). El consumo es intermitente (61% $\pm$ 4,8) y en fin de semana (36% $\pm$ 4,7), y en pocos casos diario (3% $\pm$ 1,6), con una media de 8 UBE/semana (IC al 95% [4,7; 12,1]). El test AUDIT ofrece una cuarta parte de resultados con sospecha de consumo perjudicial (IC al 95% [15%; 31%]) y un 1% con posible dependencia (IC al 95% [0%; 3%]); un resultado positivo es más frecuente en hombres (29% $\pm$ 2,3 y mujeres 8% $\pm$ 1,1; $p < 0,05$ X^2) y en adolescentes de mayor edad (diferencia media de 0,9 años [$\pm 0,35$]; $p < 0,01$ t de Student).

Tanto la frecuencia de consumo de alcohol ($p < 0,001$ X^2) como la cantidad ingerida por los adolescentes ($p < 0,05$ t Student) se incrementa conforme aumenta la percepción de violencia escolar, pudiendo tener un comportamiento similar la sospecha de consumo perjudicial de alcohol ($p = 0,065$ X^2) (tabla 1). Todos los adolescentes que participan en la violencia consumen más alcohol que los no violentos, encontrándose la mayor prevalencia entre los agresores ($p < 0,001$ test X^2) (tabla 2). La puntuación del AUDIT tiene una asociación positiva con la percepción de violencia ($r = 0,46$; $p < 0,05$ correlación de Pearson) y también se relaciona con la percepción de violencia ($p < 0,05$ ANOVA) (tabla 1) y con la actitud ante la misma ($p < 0,001$ test X^2), con puntuaciones medias más elevadas entre agresores ($p < 0,05$ ANOVA de 1 vía) (tabla 2).

La quinta parte son fumadores (21% $\pm$ 2,6) y tienen más edad que los no fumadores (diferencia media: 0,7 años [$\pm 0,3$]; $p < 0,05$ t de Student). El consumo medio es de 6 cigarrillos/día [$\pm 0,9$], con un consumo predominantemente diario (48% $\pm$ 5,8) y ocasional (35% $\pm$ 5,5), siendo inferior durante el fin de semana (17% $\pm$ 4,4). El tabaquismo es más frecuente en los grupos que perciben más violencia ($p < 0,001$ test X^2) (tabla 1), con máxima prevalencia entre agresores ($p < 0,001$ test X^2) (tabla 2). El consumo es cuantitativamente menor entre los que perciben poca violencia o no participan en ella ($p < 0,05$ ANOVA) (tablas 1 y 2).

El consumo de drogas ilegales supera el 10% (IC 95% [7,1%; 14,9%]), con un patrón intermitente (68% $\pm$ 5,8) y, en menor frecuencia, durante el fin de semana (20% $\pm$ 3,2) y diario (12% $\pm$ 3,1). El tipo

de drogas más usado es el cannabis (95%±1,2 del total). La frecuencia del consumo de drogas ilegales es mayor cuanto más violencia se percibe ($p<0,001$ test X^2) (tabla 1), siendo baja en no violentos, similar a la media en observadores y víctimas, y más prevalente en agresores ($p<0,001$ test X^2) (tabla 2).

DISCUSIÓN

En España hay más de seis millones de adolescentes que precisan atención formativa, social y también sanitaria. La asistencia médica al adolescente suele ser episódica y relacionada con problemas muy concretos¹³. Sin embargo, los verdaderos problemas de salud son las conductas de riesgo que se adoptan en esta etapa de la vida^{8-10,14}. Estos hábitos nocivos los aprende y adopta el adolescente durante su crecimiento físico y psicosocial sin ser consciente de los problemas que le supondrán más adelante: éste es el espacio propio de la violencia escolar que, pese a su repercusión mediática actual, es un problema conocido desde hace varias décadas^{1,2}: las relaciones entre los alumnos de un instituto están ubicadas en un marco ambiental que influye sobre todos los acontecimientos que rodean al adolescente, creando un microsistema de iguales que proporciona normas y valores que configuran los primeros comportamientos sociales⁶. La aparición de conductas violentas altera la finalidad de este microsistema, apareciendo figuras dominantes y otras dominadas que son un mal referente para el desarrollo psicosocial del joven¹⁵. La presencia de la violencia y la actitud adoptada por el alumnado en los dos centros estudiados es similar a la de otros países de nuestro entorno con características sociales similares^{1,16,17}. No hay importantes diferencias de género, aunque llama la atención la escasa percepción de violencia de los principales actores, debido posiblemente a la normalidad de dichas conductas en su vida así como el cambio de roles: observadores que a veces son agresores y otras veces víctimas.

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre adolescentes es otro problema de salud pública con gran trascendencia. Los patrones de consumo han cambiado en la última década^{18,19}: igualdad entre hombres y mujeres, consumo

experimental precoz para asociarlo posteriormente a momentos de ocio, alcanzado prevalencias superiores a la población, y policonsumo con aparición de nuevas drogas. Los datos presentados son similares a las de otras poblaciones de adolescentes¹⁸⁻²⁰ aunque llama la atención la alta sospecha de consumo perjudicial de alcohol entre adolescentes²¹.

Se ha documentado ampliamente la relación la violencia escolar y el consumo de alcohol²²⁻²⁵, tabaco^{24,26} y otras drogas²⁷⁻²⁹. Esta asociación aparece en nuestros datos, presentando mayor percepción de violencia cuanto mayor es el consumo e incluyendo a todos los actores de la violencia (también observadores), e igual ocurre con la sospecha de consumo perjudicial de alcohol. Por el contrario, los porcentajes más bajos de consumo se encuentran en el grupo de adolescentes que no participan en actos violentos.

No podemos establecer la relación causa-efecto y se debe tener en cuenta un posible sesgo de información; sin embargo, los resultados son lo suficientemente importantes como para proponer una línea de investigación multidisciplinaria que profundice en la relación entre factores de riesgo en la adolescencia^{5,9,20,21,25}: la violencia escolar se ha relacionado con el fracaso escolar¹⁰, la disfunción sociofamiliar y un menor número de habilidades sociales¹⁵. Estamos, pues, ante un fenómeno social y psicológico que requiere una visión integral necesaria para prestar una atención personalizada a todos los actores de la violencia, detectando grupos de riesgo y empleando estrategias de círculos de calidad que promuevan el desarrollo de habilidades para la gestión de la convivencia y la mejora de la autoestima y evitando, por tanto, otras conductas dañinas como el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales^{6,8,10,20,22,23}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega R, Mora-Merchán JA. Investigaciones sobre la violencia en los centros educativos. En: Ortega R. La convivencia escolar: qué es y cómo abordarla. Programa Educativo de Prevención de Maltrato entre compañeros y compañeras. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia (Junta de Andalucía); 2002. p. 51-76. URL: <http://>

- www.juntadeandalucia.es/averroes/publicaciones/valores/convivencia.pdf
2. European Conference on initiatives to combat school bullying. Conferencia de Utrecht de la Comisión Europea; 1997. URL: <http://www.gold.ac.uk/euconf/spanish/>
3. Consejo Escolar Andaluz. Encuesta sobre la convivencia en los centros educativos (avance de resultados). Junta de Andalucía, 2006. URL: http://www.juntadeandalucia.es/educacion/scripts/w_cea/encuesta.htm
4. Violencia escolar: el Maltrato entre Iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2006. Defensor del Pueblo 2006. URL: <http://www.defensordelpueblo.es>
5. Real Decreto 275/2007 de 23 de febrero por el que se crea el Observatorio Estatal de la Convivencia Escolar. Boletín Oficial del Estado 2007; 64: 11007-10. URL: <http://www.fedadi.org/LOE/Observatorio%20convivencia.pdf>
6. Ortega R. La vida en las aulas y las relaciones entre el alumnado. En: Ortega R. La convivencia escolar: qué es y cómo abordarla. Programa Educativo de Prevención de Maltrato entre compañeros y compañeras. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia (Junta de Andalucía); 2002. p. 9-10. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/publicaciones/valores/convivencia.pdf>
7. Orte C. *Bullying*: la necesidad del abordaje multidisciplinario. FMC. 2005; 12:130-8.
8. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*. 2007; 119:76-85.
9. Swaim RC, Henry KL, Kelly K. Predictors of aggressive behaviors among rural middle school youth. *J Prim Prev*. 2006; 27: 229-43.
10. Farrington DP, Loeber R. Epidemiology of juvenile violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2000; 9:733-48.
11. Guil R, Mestre JM. Violencia escolar: su relación con las actitudes sociales del alumnado y el clima social del aula. *Revista Electrónica Iberoamericana de Psicología Social*. 2004; 2. URL: <http://www.psico.uniovi.es/REIPS/v2n1/articulo1.html>
12. Morales A, Rubio G. Diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria. *Medifam*. 1997; 7: 211-225.
13. Pérez Milena A, Jiménez I, Leal FJ, Martínez JL, Pérez R, Martínez ML. ¿Acude el adolescente al médico? Estudio sobre frecuentación y factores asociados. *Aten Primaria*. 2001; 28 (supl 1): 118.
14. Colomer J, Cortés O, Delgado JJ, Galbe J, Merino M, Pallás CR, et al. Programa de la infancia y adolescencia 2005. *Aten Primaria*. 2005; 36 (supl 1): 131-140.
15. Pérez Milena A, Pérez R, Martínez ML, Leal FJ, Jiménez I, Milena JA. Relación entre violencia escolar, habilidades sociales y apoyo sociofamiliar en la adolescencia. *Aten Primaria*. 2006; 38: 164.
16. Smith-Khuri E, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Gabhainn SN, Pickett W, Harel Y. A cross-national study of violence-related behaviors in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004; 158: 539-44.
17. Vermeiren R, Schwab-Stone M, Deboutte D, Leckman PE, Ruchkin V. Violence exposure and substance use in adolescents: findings from three countries. *Pediatrics*. 2003; 111: 535-40.
18. Pérez Milena A, Leal FJ, Jiménez I, Mesa MI, Martínez ML, Pérez R. Evolución del consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). *Aten Primaria*. 2007; 39: 299-304.
19. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo, España 2004. URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>
20. Ruiz J, Corredera M. Plan integral de la juventud andaluza: Educación, cultura y ocio. Córdoba : Junta de Andalucía ; 2004.

21. Pérez-Milena A, Martínez ML, Pérez R, Leal FJ, Jiménez I, Martínez JL. Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. Med fam Andal. 2005; 6: 28-33.

22. Swahn MH, Donovan JE. Alcohol and violence: comparison of the psychosocial correlates of adolescent involvement in alcohol-related physical fighting versus other physical fighting. Addict Behav. 2006; 31:2014-29.

23. Ondersma SJ, Delaney-Black V, Covington CY, Nordstrom B, Sokol RJ. The association between caregiver substance abuse and self-reported violence exposure among young urban children. J Trauma Stress. 2006; 19: 107-18.

24. Sullivan TN, Farrell AD, Kliever W. Peer victimization in early adolescence: association between physical and relational victimization and drug use, aggression, and delinquent behaviors among urban middle school students. Dev Psychopathol. 2006;18:119-37.

25. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. Pediatrics. 2007; 119:76-85.

26. Camenga DR, Klein JD, Roy J. The changing risk profile of the American adolescent smoker: implications for prevention programs and tobacco interventions. J Adolesc Health. 2006; 39:1-10.

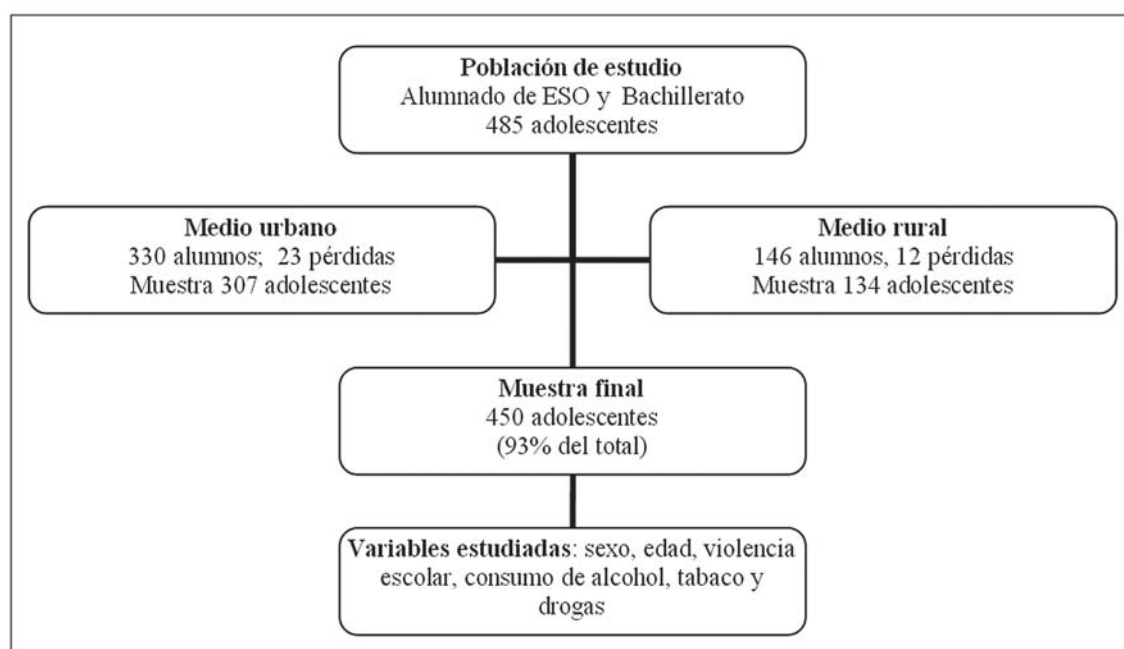
27. Herrenkohl TI, Maguin E, Hill KG, Hawkins JD, Abbott RD, Catalano RF. Developmental risk factors for youth violence. J Adolesc Health. 2000; 26:176-86.

28. Brook DW, Brook JS, Rosen Z, De La Rosa M, Montoya ID, Whiteman M. Early risk factors for violence in Colombian adolescents. Am J Psychiatry 2003;160:1470-8.

29. Ramos-Lira L, Gonzalez-Forteza C, Wagner FA. Violent victimization and drug involvement among Mexican middle school students. Addiction. 2006; 101: 850-6.

TABLA SUJETOS Y MÉTODOS

CUADRO RESUMEN



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta autoadministrada

Tabla 1
RELACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA ENTRE LOS ADOLESCENTES CON EL SEXO, LA EDAD Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS.

	Percepción de violencia			
	Nunca/ Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
Porcentaje	50%±2,3	39%±2,3	10%±1,4	1 %±0,5
Sexo varón	50%	43%	56%	56%
Edad ^(a)	14,3±0,1	14,9±0,2	14,3±0,2	16,0±0,1
Alcohol				
Porcentaje de consumo ^(b)	33%±3,1	62%±3,7	57%±7,0	68%±
UBE/semana ^(b)	3,4±1,5	6,6±1,2	8,2±1,8	10,4±2,9
Test AUDIT				
Tests patológicos ^(b)	6%±1,6	18%±2,9	13%±4,9	26%±2,8
Puntuación media ^(a)	1,7±0,3	3,6±0,5	3,2±0,9	4%±0,9
Tabaco				
Porcentaje de consumo ^(b)	12%±2,2	30%±3,1	37%±6,8	39%±3,1
Cigarrillos/día ^(a)	4±1,1	6±1,5	8,3±1,9	9,1±3,0
Drogas ilegales				
Porcentaje de consumo ^(b)	4%±0,9	19%±3,0	16%±5,3	19%±2,6

Los datos se muestran como medias o proporciones con su correspondiente error estándar de la media o de la proporción. ^(a) p<0,05 test ANOVA 1 vía. ^(b) p<0,001 test χ^2 .

Tabla 2
RELACIÓN DE LA ACTITUD ANTE LA VIOLENCIA ENTRE LOS ADOLESCENTES CON EL SEXO, LA EDAD Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS.

	Actitud ante los actos de violencia escolar			
	No violento	Observador	Agresor	Víctima
Porcentaje	17%±2,4	67%±3,6	27%±2,4	37%±4,1
Sexo varón ^(a)	55%±7,7	47%±2,7	58%±4,5	48%±3,9
Edad	14,02±0,2	14,7±0,1	14,6±0,2	14,5±0,2
Alcohol				
Porcentaje de consumo ^(b)	24%±4,9	54%±2,7	69%±4,2	55%±3,9
UBE/semana ^(c)	0,8±0,6	7,7±1,6	10,0±1,9	8,2±0,8
Test AUDIT				
Tests patológicos ^(b)	5%±2,6	13%±1,8	26%±4,0	14%±2,7
Puntuación media ^(d)	1,1±0,5	2,9±0,3	5,0±0,7	3,0±0,5
Tabaco				
Porcentaje de consumo ^(b)	9%±3,3	25%±2,3	37%±4,4	23%±3,3
Cigarrillos/día ^(c)	0,6±0,3	5,9±1,0	5,3±0,8	5,5±1,2
Drogas ilegales				
Porcentaje de consumo ^(b)	5%±2,6	12%±1,8	22%±3,8	14%±2,7

Los datos se muestran como medias o proporciones con su correspondiente error estándar de la media o de la proporción. ^(a) p<0,05 test χ^2 . ^(b) p<0,001 test χ^2 . ^(c) p<0,05 test ANOVA de 1 vía. ^(d) p<0,01 test ANOVA de 1 vía.

Figura 1
Tipos de violencia escolar percibida por los adolescentes

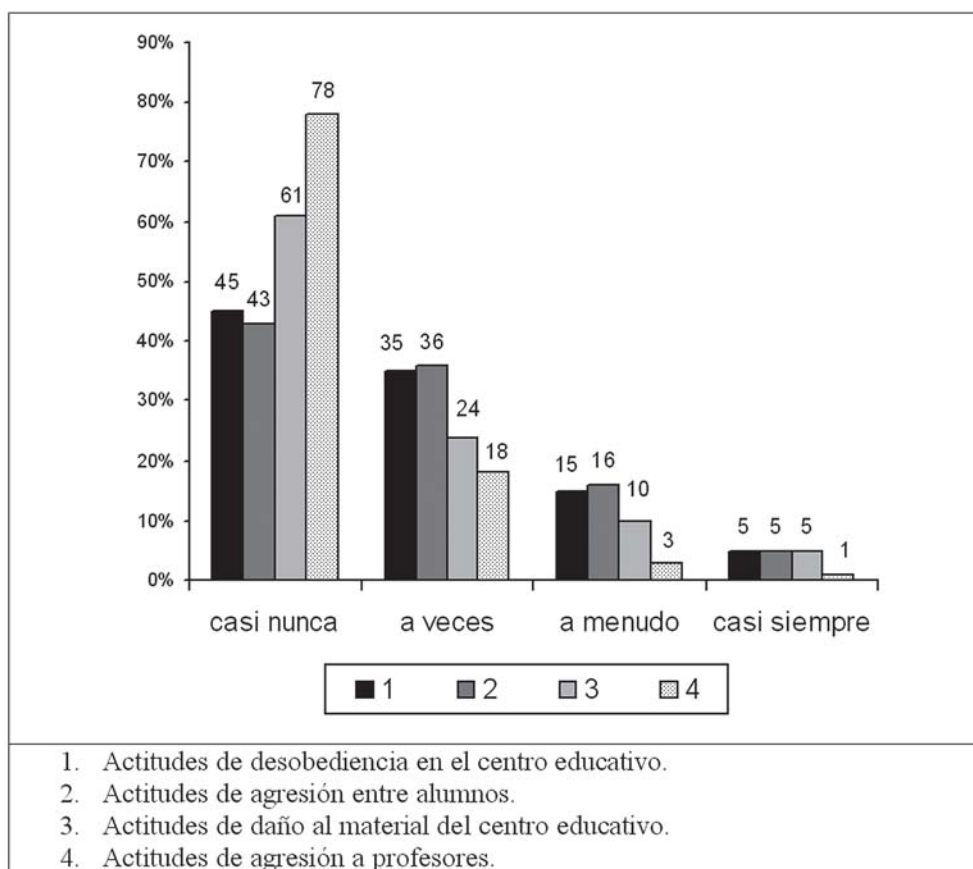


Figura 2
Interrelaciones en las actitudes de los adolescentes ante la violencia escolar

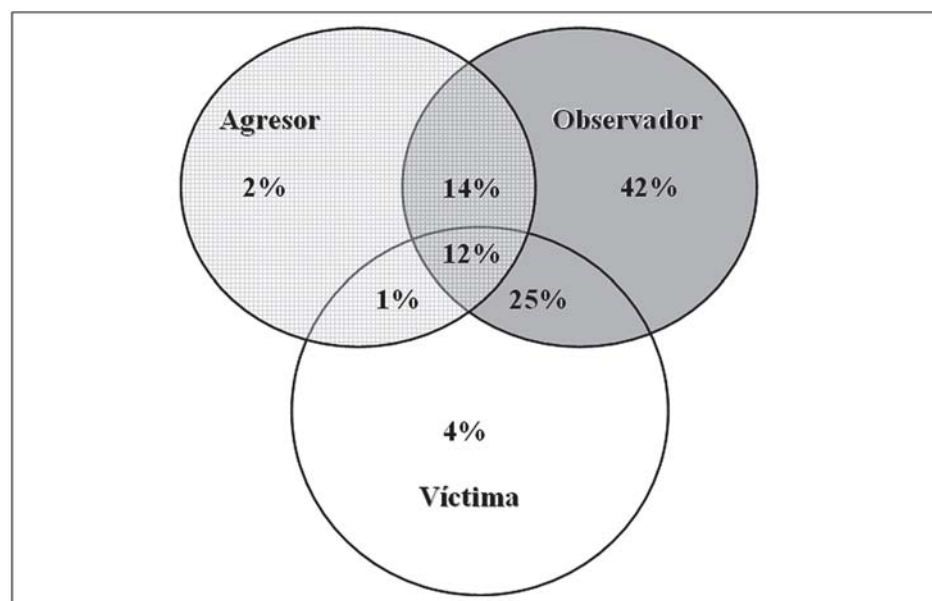
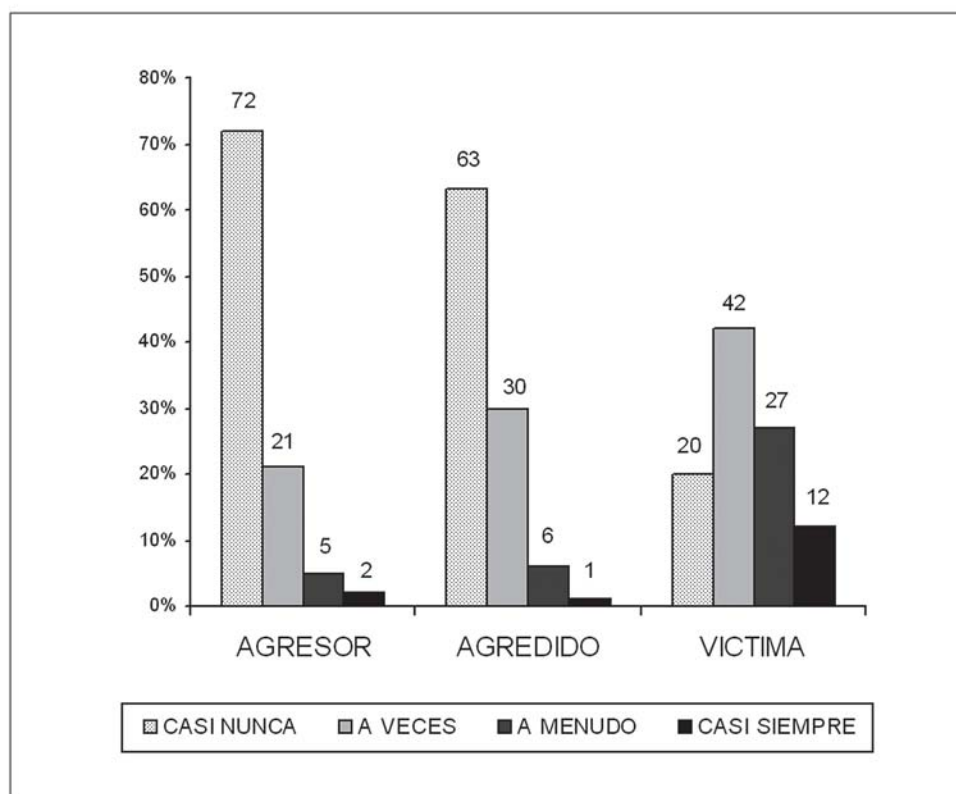


Figura 3
Relación entre la percepción de violencia escolar y la actitud que el adolescente adopta



Diferencias significativas con $p < 0,001$ test χ^2

ORIGINAL

Plan de Calidad 2008-2011 de la Unidad de Gestión Clínica "Gran Capitán" (Distrito Sanitario Granada): Detección de problemas

Bonillo García MA¹, Guerrero García FJ¹, Montoro Ruiz R¹, Gálvez Ibáñez M¹, Ferrer Luque FJ¹, Puertas Tamayo A²

¹ Médico de Familia, UGC Gran Capitán. Distrito Sanitario Granada

² Médico Residente MFyC, UGC Gran Capitán. Unidad Docente MFyC Granada

RESUMEN

Título: Plan de Calidad 2008-2011 de la Unidad de Gestión Clínica "Gran Capitán" (Distrito Sanitario Granada): Detección de problemas.

Objetivos: Describir métodos de identificación y analizar causas, dimensiones de la calidad afectadas y grado de solución de los problemas detectados en la implantación del Plan de Calidad de una Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Atención Primaria.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: UGC urbana, 80 profesionales y población de referencia de 40.000 habitantes de nivel socio-económico medio-alto.

Población y muestra: 176 problemas identificados.

Intervenciones:

- 1ª Fase: Detección de problemas por la *Comisión de Calidad* mediante *observación directa/escucha activa*, integrados en los objetivos operativos del plan de calidad con sus correspondientes acciones de mejora.
- 2ª Fase: Detección de problemas mediante *tormenta de ideas* de los *tres grupos profesionales* (médicos, enfermeros y servicio de atención al ciudadano), analizados por la dirección en reunión de equipo.

Resultados: Se analizaron las siguientes variables:

- Método de identificación: observación directa/escucha activa (43.75%) y tormenta de ideas médicos (21.02%), enfermeros (21.02%) y servicio de atención al ciudadano (14.20%).
- Causa del problema: estructura (17.61%), organización interna (53.97%), organización externa (21.02%) y competencia profesional (7.38%).
- Dimensión afectada: accesibilidad (27.84%), seguridad (14.20%), satisfacción del ciudadano (23.86%) y continuidad asistencial (34.34%).
- Solución del problema (65.33%): por la dirección (33.52%) o tras las acciones del Plan de Calidad (31.81%).

Conclusiones:

- La mayoría de problemas detectados son de organización interna, afectan a la continuidad asistencial y son solucionados por la propia unidad.
- La implicación y el compromiso de la dirección son elementos clave para la implantación de la mejora continua.

Palabras clave: Primary Health Care, Quality Medical Care.

SUMMARY

Title: Use of a Quality Medical Care Plan to Detect Clinical Management Problems in a Health District (from the Clinical Management Unit of Granada's "Gran Capitan" Health District for the period 2008-2011)

Goals: Describe methods for identifying and analyzing key clinical processes, overall quality, and the extent to which problems are resolved during the implementation of a quality plan by a clinical management unit in a primary care health district.

Correspondencia: M^a. Ángeles Bonillo García
UGC Gran Capitán

C/. Gran Capitán, 10. 18002 Granada

E-mail: mariaa.bonillo.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 25-01-2010; aceptado para publicación el 19-02-2010

Med fam Andal 2010; 1: 30-38

Design: Observational descriptive study.

Setting: An urban clinical management unit, 80 professionals and an upper middle class population of 40,000 persons.

Population and sample: 176 problems were identified.

Interventions:

· Phase 1: Members of the *Commission for Quality* use direct observation/active listening to detect problems integrated into the operative goals of the Quality Plan and accompanied by actions for improvement.

· Phase 2: *Three professional groups* (doctors, nurses, and patient services staff) use *brainstorming techniques*, analyzed by management in a team meeting.

Results:

The following variables were analyzed:

· *Identification method:* direct observation/active listening (43.75%); brainstorming sessions with doctors (21.02%), nurses (21.02%) and staff responsible for attending to users' concerns (14.20%).

· *Cause of the problem:* infrastructure (17.61%), internal organization (53.97%), external organization (21.02%) and professional competence (7.38%).

· *Dimension affected:* accessibility (27.84%), safety (14.20%), users' satisfaction (23.86%) and continuity of care (34.34%).

· *Solution of the problem* (65.33%) by management (33.52%) or through actions included in the medical quality plan (31.81%).

Conclusions:

· Most problems detected are related to internal organizational questions that affect the continuity of care and can be resolved by the unit itself.

· Management's active involvement and commitment are key elements in establishing the continuous improvement of quality.

Key words: Primary Health Care, Quality Medical Care.

INTRODUCCIÓN

La Gestión Clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica¹. Supone otorgar a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente².

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Atención Primaria "Gran Capitán" se constituye, según se define en el Decreto 197/2007 de 3 de julio de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía², como una estructura responsable de la atención primaria de salud a la población que tiene asignada, lo que supone un cambio en su organización que implica coordinar y motivar a todos los profesionales para conseguir unos objetivos relacionados con la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas y fijar estándares que permitan monitorizar la consecución de los mismos. Así pues, ante la necesidad de fijar objetivos y/o estándares anuales que permitan monitorizar el funcionamiento de la unidad es por lo que se plantea la puesta en marcha de un Plan de Calidad para cuatro años que estructure nuevas iniciativas de calidad, junto a las que ya se estaban realizando, y que sensibilice a los profesionales hacia el ciudadano, cuyas expectativas habrá que explorar, de forma que se puedan adaptar los servicios sanitarios que se prestan hacia un abordaje integral e integrado del proceso de atención³.

Para el diseño y puesta en marcha del Plan de Calidad se creó una estructura estable de gestión de la calidad (Coordinación de Calidad, Comisión de Calidad y Grupos Técnicos de Calidad) (**FIGURA 1**), que fuera dinámica, participativa y que posibilitara alcanzar los resultados esperados. También se ha rediseñado una nueva estructura organizativa dentro de la unidad (**FIGURA 2**) mediante la creación por parte de la dirección de diferentes coordinaciones que asumen el liderazgo de determinadas áreas, lo que supone la creación de espacios de responsabilidad compartida para conseguir una gestión más eficaz y facilitar la consecución de los objetivos asistenciales, de investigación y docencia con criterios de calidad y de acuerdo con las ca-

racterísticas que corresponden a una UGC de Atención Primaria.

La primera fase del diseño del plan consistió en la realización de un diagnóstico de factibilidad y evaluación del entorno, que incluyó el análisis de situación basado en los resultados obtenidos de la evaluación de los objetivos y estándares del primer semestre de 2008 fijados en el Acuerdo de Gestión Clínica (lo cuantitativo) y en los resultados de los grupos de trabajo y discusión multidisciplinarios, que con diferentes metodologías realizaron la detección de problemas (lo cualitativo)⁵⁻⁷. De esta forma se definen los tres grandes objetivos estratégicos del plan en el que se detecta la necesidad de introducir la cultura de calidad como herramienta de mejora del equipo⁸⁻¹² y de la calidad de vida profesional¹³⁻¹⁷, con la necesidad de integrar el Acuerdo de Gestión Clínica que refleja el compromiso entre los profesionales y la organización.

El objetivo de este estudio es describir los métodos de identificación de problemas del análisis de situación cualitativo, a la vez que se analizan las causas, las dimensiones de la calidad afectadas y el grado de solución de los problemas detectados, en una UGC urbana con 80 profesionales y una población de referencia de 40.000 habitantes de nivel socio-económico medio-alto.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo de los problemas detectados en el 2º semestre de 2008 con las siguientes metodologías:

- 1ª Fase: Detección de problemas por la Comisión de Calidad mediante observación directa/escucha activa, que los integró en los objetivos operativos del plan de calidad con sus correspondientes acciones de mejora
- 2ª Fase: Detección de problemas mediante tormenta de ideas de los tres grupos profesionales (médicos, enfermeros y servicio de atención al ciudadano) que fueron analizadas por la dirección en reunión de equipo.

Una vez identificados los problemas se han analizado las siguientes variables:

- Método de identificación: observación directa/escucha activa por la Comisión de Calidad y tormenta de ideas por los tres grupos profesionales (médicos, enfermeros y servicio de atención al ciudadano).

- Causa de los problemas: estructura, organización interna, organización externa y competencia profesional.

- Dimensión de la calidad afectada por los problemas: accesibilidad, seguridad, satisfacción del ciudadano y continuidad asistencial.

- Solución de los problemas: inmediata por la dirección tras la notificación o tras las acciones establecidas en los objetivos del plan de calidad.

RESULTADOS

Se detectaron 176 problemas que se clasificaron en función de las variables descritas anteriormente.

- Método de identificación: observación directa/escucha activa (43.75%) y tormenta de ideas médicos (21.02%), enfermeros (21.02%) y SAC (14.20%). (**GRÁFICO 1**)

- Causa del problema: estructura (17.61%), organización interna (53.97%), organización externa (21.02%) y competencia profesional (7.38%). (**TABLA 1**)

- Dimensión de la calidad afectada: accesibilidad (27.84%), seguridad (14.20%), satisfacción del ciudadano (23.86%) y continuidad asistencial (34.34%). (**TABLA 1**)

- Solución del problema (65.23%): inmediata por la dirección tras la notificación (33.52%) o tras las acciones establecidas en los objetivos del PC (31.81%). (**TABLA 2 y TABLA 3**)

DISCUSIÓN

Los resultados nos indican que la puesta en marcha del Plan de Calidad ha sido útil para solu-

cionar los problemas identificados y, por tanto, para la mejora de la calidad asistencial.

Utilizar diversas metodologías para la detección de problemas ha sido importante para conocer aspectos que tal vez no habrían sido identificados y la obtención de un grado de solución del 65.33% del total de los problemas identificados (33.52% de forma inmediata por la dirección tras la notificación y 31.81% a través de los planes operativos del Plan de Calidad) se podría relacionar con el alto grado participación de los profesionales tanto en la detección como en los grupos de mejora.

Como en otros estudios¹⁸, las causas más frecuentes de los problemas detectados han sido las de organización interna, sea cual sea la dimensión de la calidad afectada de las cuatro que se han estudiado. Esto podría deberse a que los profesionales identificaran problemas relacionados con aspectos organizativos cuya mejora dependiera de ellos mismos, ya que los problemas que han sido solucionado tanto directamente por la dirección, tras la notificación de los resultados de las diferentes tormentas de ideas de los tres grupos profesionales que componen la unidad, como por la Comisión de Calidad a través de las acciones derivadas de la puesta en marcha del plan de calidad, son de organización interna; y aquellos que aún están pendientes de solución son mayoritariamente de estructura y organización externa, cuya resolución sólo podría conseguirse tras la reforma arquitectónica de la que está pendiente el centro.

La dimensión de la calidad más afectada ha sido la continuidad asistencial, que junto con la satisfacción del ciudadano conforma el mayor grupo de problemas pendientes de solucionar. La dirección ha solucionado la mayor parte de los problemas de accesibilidad, mientras que las acciones derivadas de la implantación del plan de calidad suponen el mayor grado de solución de los problemas relacionados con la continuidad asistencial y la satisfacción.

Existen trabajos previos en Atención Primaria¹⁹⁻²⁴ en los que se demuestra que la implantación de planes de calidad, con la introducción de metodologías y herramientas para la mejora de la calidad asistencial, cohesiona y mejora el trabajo en equipo a la vez que facilita el camino para los diferentes procesos de acreditación.

Concluida esta fase del plan de calidad su utilidad ha derivado de la observación, tras el análisis de los problemas detectados, que gran parte de ellos podían ser solucionados dentro de la propia unidad y de que tanto la implicación como el compromiso de la dirección son elementos clave para la implantación de la mejora continua.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carballo F, Júdez J, De Abajo F, Violánd C. Uso racional de recursos. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117: 662-675.
2. Orozco Beltrán D, Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Prieto Erades I, Ribera Montés MC, Martínez Cánovas P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria*. 2004; 33: 69-77.
3. Decreto 197/2007 de 3 de julio por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía* 2007; 140:10-18.
4. Comissió de Millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. *Provant de seure a l'altre cadira. La perspectiva del client*. Barcelona: EDIDE; 1998.
5. De la Cuesta-Benjumea, C. ¿Por dónde empezar? La pregunta en la investigación cualitativa. *Enferm Clin*. 2008; 18: 205-10.
6. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76:423-436.
7. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud: apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76: 473-482.
8. Øvretveit J, Gustafson D. Improving the quality of health care: Using research to inform quality programmes. *BMJ*. 2003; 326: 759-761.

9. Donabedian A. Criteria and Standard for quality assessment and monitoring. *Qual Rev Bull.* 1986; 12:99-108.
10. Domínguez Velásquez J. Calidad frente a cantidad en atención primaria: ¿resolución o supervivencia? *Aten Primaria.* 2002; 30: 455-7.
11. Suñol R, Bañeres J. Origen, evolución y características de los programas de gestión de la calidad en los Servicios de Salud. En: *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria.* Madrid: Du Pont Pharma; 1998. p. 48-77.
12. Marquet Palomar R. La cultura de la mejora. En: *Gestión del día a día en el equipo de atención primaria.* Barcelona: semFYC; 2007. p.185-201.
13. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2003; 31: 227-33.
14. Martín Fernández JM, Gómez Gascón T, Martínez García-Olalla C, Del Cura González MI, Cabezas Peña MC, García Sánchez S. Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. *Aten Primaria.* 2008; 40: 327-36.
15. Pujol Ribera E. Revaluando la validez del cuestionario CVP-35: sensibilidad al cambio, cambios importantes y mínima diferencia importante. *Aten Primaria.* 2008; 40(7): 327-36.
16. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Rev Calidad Asistencial.* 2002; 17: 237-46.
17. Cabezas C. La calidad de vida de los profesionales. *Curso de Mejora Continua de la Calidad.* FMC. 2000; 7:53-68.
18. Davins Miralles J, Calvet Junoy S, Pareja Rossell C. Experiencia del plan de mejora de la calidad del Centro de Salud La Mina (1989-2004). *Aten Primaria.* 2006; 38: 501-5.
19. Mena Mateo JM, Sánchez Perruca L, Cañada Dorado A, Cárdenas Valladolid J. Implantación y evaluación informática de un programa de mejora de la calidad asistencial en el Área 4 de Atención Primaria de Madrid. *Rev Calidad Asistencial.* 2006; 21: 238-46.
20. Heath I, Rubinstein A, Stange KC, Van Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ.* 2009; 338: b1242
21. Rubinstein A, Rubinstein F, Botargues M, Barani M, Kopitowski K. A Multimodal Strategy Based on Pay-Per-Performance to Improve Quality of Care of Family Practitioners in Argentina. *J Ambulatory Care Manage.* 2009; 32:103-114.
22. Palacios Llamazares L, Gens Barberà G, Hernández Vidal N, Vidal Esteve E. Acreditación externa de calidad. «Oportunidad de mejora a través de la experiencia». *Aten Primaria.* 2008; 40: 517-9.
23. Gens Barberà M, Palacios Llamazares L, Hernández Vidal N, Vidal Esteve E. Metodología utilizada para la acreditación externa en calidad en un centro de salud. *Aten Primaria.* 2008; 40: 577-80.
24. Palacios Llamazares L, Gens Barberà M, Hernández Vidal N, Anglès Segura T. Relevancia de la gestión del entorno y la seguridad para garantizar una asistencia de calidad. *Aten Primaria.* 2009; 41: 109-11.

FIGURA 1.- SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA UGC GRAN CAPITÁN.

CFyD: Miembro de la Comisión de Formación y Docencia

CC: Miembro de la Comisión de Calidad

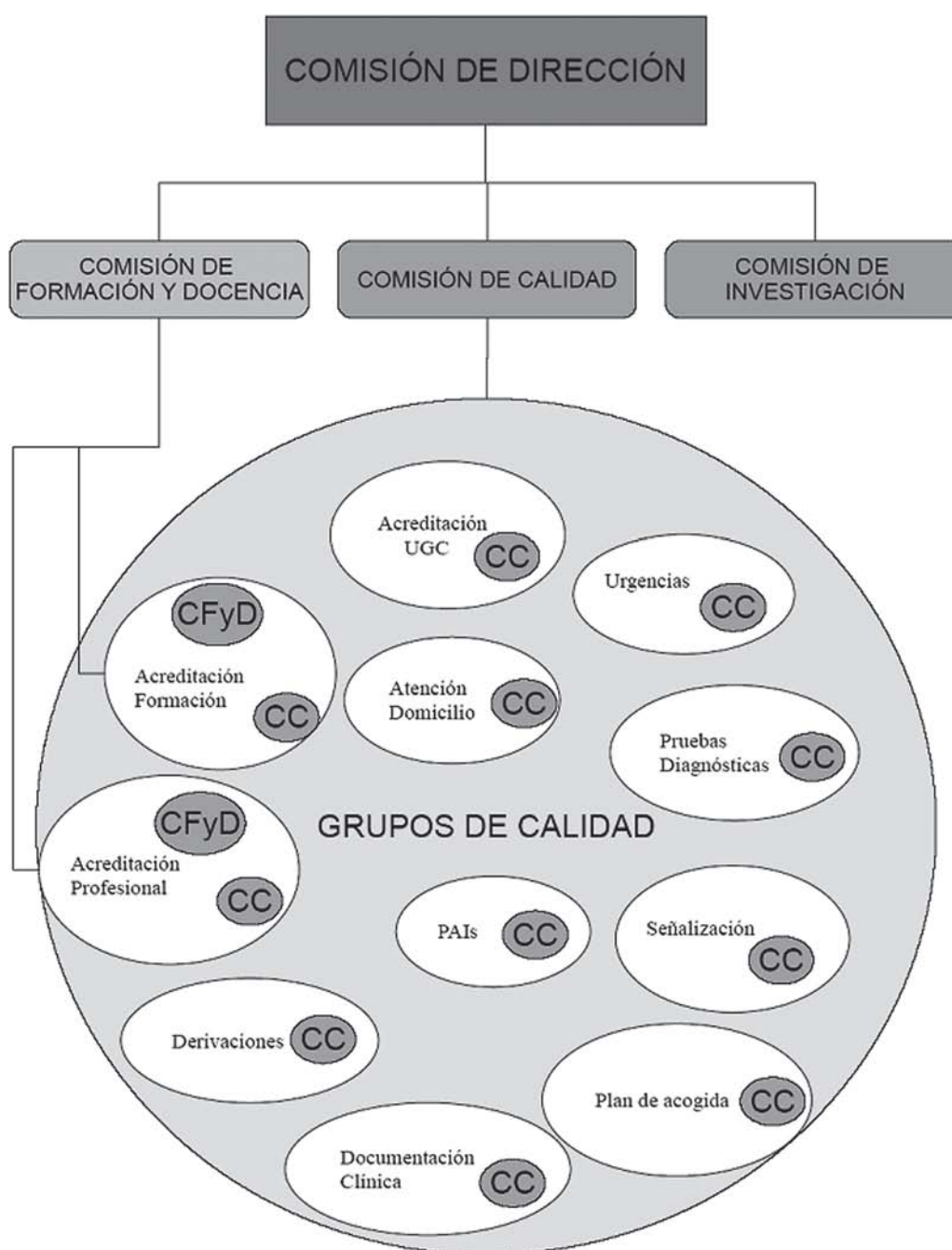
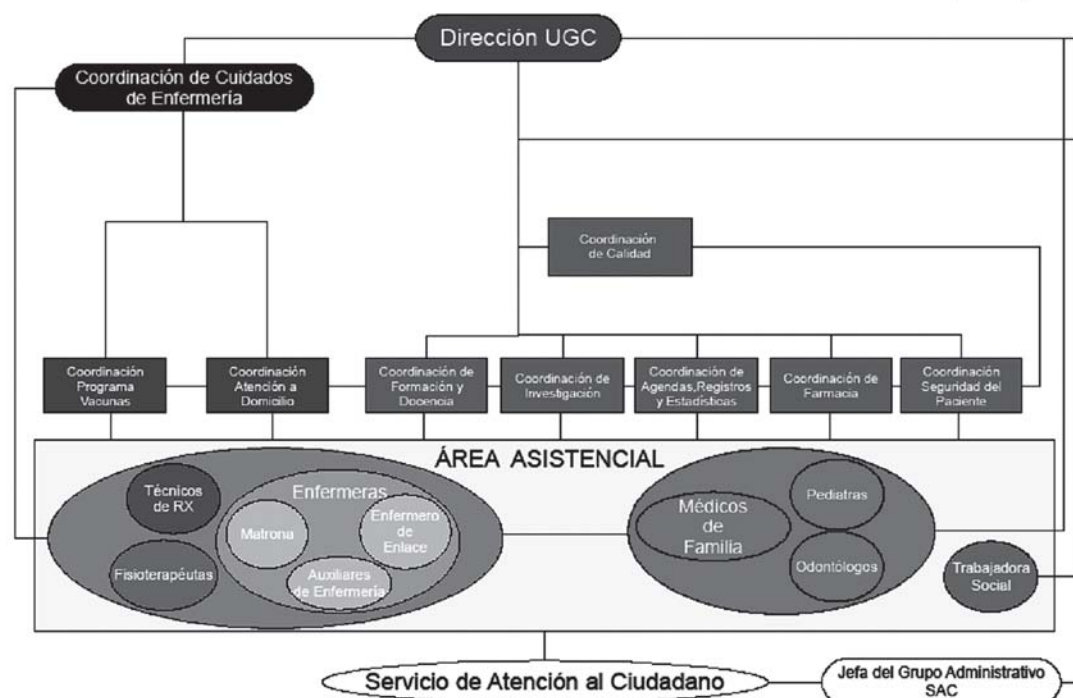


FIGURA 2.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA. UGC GRAN CAPITÁN (2008).



Organigrama UGC Gran Capitán. Distrito Sanitario Granada

GRÁFICO 1.- MÉTODOS DE IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS. PLAN DE CALIDAD 2008-2011. UGC GRAN CAPITÁN.

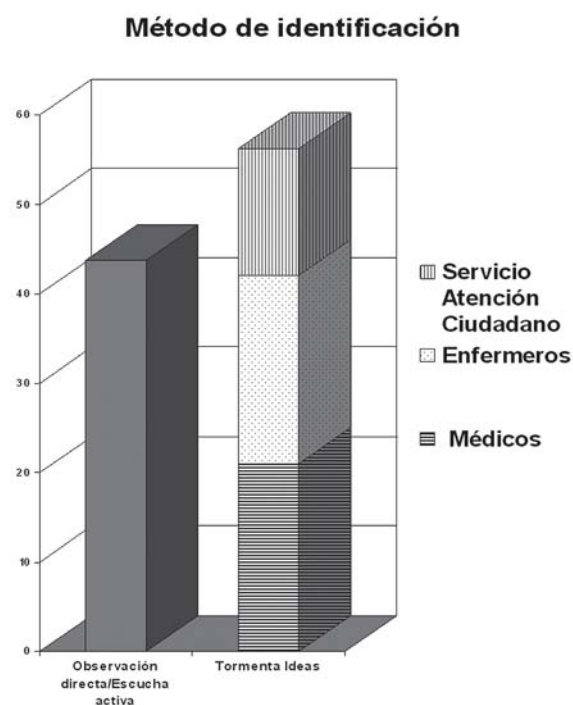


TABLA 1.- DIMENSIÓN DE LA CALIDAD AFECTADA SEGÚN LA CAUSA DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS.

	Estructura	Organización interna	Organización externa	Competencia profesional	TOTAL
ACCESIBILIDAD	6 (3.40%)	33 (18.75%)	10 (5.68%)	0 (0%)	49 (27.84%)
SEGURIDAD	7 (3.97%)	11 (6.25%)	3 (1.70%)	4 (2.27%)	25 (14.20%)
SATISFACCIÓN CIUDADANO	14 (7.95%)	18 (10.22%)	6 (3.40%)	4 (2.27%)	42 (23.86%)
CONTINUIDAD ASISTENCIAL	4 (2.27%)	33 (18.75%)	18 (10.22%)	5 (2.84%)	60 (34.34%)
TOTAL	31 (17.61%)	95 (53.97%)	37 (21.02%)	13 (7.38%)	176 (100%)

TABLA 2.- GRADO DE SOLUCION SEGUN LA CAUSA DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Causa de los problemas identificados	Problemas solucionados por la Dirección UGC	Problemas solucionados a través de las acciones del Plan de Calidad	Problemas pendientes de solucionar	TOTAL
ESTRUCTURA	7 (3.97%)	2 (1.13%)	22 (12.50%)	31 (17.61%)
ORGANIZACIÓN INTERNA	45 (25.56%)	43 (24.43%)	7 (3.97%)	95 (53.97%)
ORGANIZACIÓN EXTERNA	4 (2.72%)	2 (1.13%)	31 (17.61%)	37 (21.02%)
COMPETENCIA PROFESIONAL	3 (1.71%)	9 (5.11%)	1 (0.56%)	13 (7.38%)
TOTAL	59 (33.52%)	56 (31.81%)	61 (34.65%)	176 (100%)

TABLA 3.- GRADO DE SOLUCION SEGUN LA DIMENSION DE LA CALIDAD AFECTADA POR LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS.

Dimensión de la Calidad afectada	Problemas solucionados por la Dirección UGC	Problemas solucionados a través de las acciones del Plan de Calidad	Problemas pendientes de solucionar	TOTAL
ACCESIBILIDAD	23 (13.06%)	15 (8.52%)	11 (6.25%)	49 (27.84%)
SEGURIDAD	12 (6.81%)	7 (3.97%)	6 (3.40%)	25 (14.20%)
SATISFACCIÓN CIUDADANO	10 (5.68%)	14 (7.95%)	18 (10.22%)	42 (23.86%)
CONTINUIDAD ASISTENCIAL	14 (7.95%)	20 (11.36%)	26 (14.77%)	60 (34.09%)
TOTAL	59 (33.52%)	56 (31.81%)	61 (34.65%)	176 (100%)

ORIGINAL BREVE

Análisis del programa de detección precoz de retinopatía diabética en atención primaria

Ruiz Moruno FJ¹, Redondo Sánchez J², De Dios Ruiz AM³

¹ Médico de familia. UGC Fuensanta. Córdoba

² Médico de familia. UGC Lucano. Córdoba

³ Médico de familia. Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Córdoba

RESUMEN

Título: Análisis del programa de detección precoz de retinopatía diabética en atención primaria.

Objetivos:

1.-Valoración de las retinografías solicitadas dentro del programa de detección precoz de retinopatía diabética. 2.-Conocer su utilidad y concordancia diagnóstica.

Diseño: Estudio descriptivo transversal

Emplazamiento: Dos centros de salud urbanos.

Población y muestra: Valoración de 329 retinografías realizadas durante el primer año del programa.

Intervenciones: Variables estudiadas: edad, sexo, años de evolución de la diabetes, médicos de familia, diagnóstico del médico de familia y del oftalmólogo. Análisis estadístico univariado (frecuencias relativas e índice de concordancia simple -ICS-). Los datos se procesaron en SPSS, 12.0.

Resultados: De las 329 retinografías estudiadas, el 55.6% eran de hombres. La edad media fue de 64±11 (DT) años. Los profesionales solicitaron una media de 9,8 ± 6 retinografías. Los 21 médicos de familia diag-

nosticaron 83 retinopatías diabéticas (25%), 16 no diabéticas (4,9%), 15 no valorables (4,6%) y 215 retinografías normales. Del total de pruebas derivadas, 53 (ICS=48,2%; IC95%: 38,4 a 57,9%). fueron confirmadas como patológicas. El oftalmólogo confirmó 45 (56%) retinopatías diabéticas: 35 no proliferativa leve-moderada, 2 graves y 16 otros hallazgos patológicos. La edad media de los pacientes con retinopatía fue de 66,45±10 años, con una media de 12,6±4 años de diagnóstico de su diabetes.

Conclusiones:

· Se derivaron un tercio de las pruebas realizadas con sospecha de retinopatía diabética.

· El ICS entre médico de familia y oftalmólogo fue bajo.

· Un alto porcentaje de pruebas derivadas no se confirmaron como retinopatías diabéticas.

· Creemos necesario el seguimiento de los indicadores de calidad y mantener la formación periódica de los profesionales.

Palabras clave: Retinal photography, diabetes mellitus, Family Medicine. Retinografía, diabetes mellitus, medicina de familia.

SUMMARY

Title: Analysis of an Early Detection Program on Diabetic Retinopathy in Family Medicine.

Goals: 1.- Evaluate requests for retinal scans under an early detection program on diabetic retinopathy. 2.- Assess their utility and diagnostic concordance.

Correspondencia: Fco. Javier Ruiz Moruno
CS Fuensanta
C/. Núñez de Balboa, s/n.
14010 Córdoba
E-mail: jruiz.moruno@telefonica.net

Recibido el 25-01-2010; aceptado para publicación el 15-03-2010
Med fam Andal 2010; 1: 39-43

Design: Cross-sectional descriptive study.

Setting: Two urban health centers.

Population and sample: An assessment of 329 retinal scans conducted during the program's first year.

Interventions: Variables studied: age, sex, diabetic history, family medicine practitioners, the diagnosis of practitioners of family medicine and the diagnosis of ophthalmologists. Univariate statistical analysis (relative frequencies and simple concordance index). Data was processed on SPSS software, v. 12.

Results: 55.6% of the 329 retinal scans were performed on men. Average age was 64 ± 11 (DT) years. Practitioners requested an average of 9.8 ± 6 retinal scans. 21 family doctors diagnosed 83 diabetic retinopathies (25%), 16 non-diabetic retinopathies (4.9%), 15 non-evaluable (4.6%), and 215 normal retinal scans. 53 of the total number of tests referred to ophthalmologists (CIS=48.2%; CI 95%: 38.4 to 57.9%) were confirmed as pathological. The ophthalmologist confirmed the diagnosis of 45 (56%) diabetic retinopathies: 35 non-proliferative weak-moderate, 2 severe and 16 other pathological findings. The average age of patients with retinopathy was 66.45 ± 10 , and the average length of time from diagnosis of their diabetes was 12.6 ± 4 years.

Conclusions:

- One third of those tested were referred under suspicion of diabetic retinopathy.
- The CIS between family doctor and ophthalmologist was low.
- An elevated percentage of those referred for tests were not confirmed as diabetic retinopathies.
- The authors believe it is necessary to conduct a follow-up on quality indicators and continue the periodical training of professionals.

Key words: Retinal photography, diabetes mellitus, family medicine.

INTRODUCCIÓN

La retinopatía diabética es la segunda causa de ceguera en España. Se conoce que a mayor tiempo de evolución de la diabetes mayor es la prevalencia de la misma alcanzando cifras de hasta el 70%. La prevalencia de la ceguera a los 10 años del diagnóstico es de aproximadamente de un 5% en la diabetes tipo 2 (1). La fotocoagulación temprana puede reducir el porcentaje de ceguera hasta un 60%.

En Andalucía se puso en marcha el Plan Integral de Diabetes de Andalucía (2003-2007), donde se trabaja la Diabetes desde todas sus vertientes. Incluida en estas, la detección precoz de la retinopatía. El programa de detección precoz de la retinopatía diabética en Andalucía incluye la realización de retinografías en sus centros de atención primaria, donde se valoran y derivan según las circunstancias por los Médicos de Familia, con el objetivo de un cribaje rápido para enlentecer la evolución de esta complicación. El método de elección es la retinografía digital ya que cumple un criterio costo-efectivo positivo, alcanzándose cifras de acuerdo con los criterios de Saint Vincent (80% de sensibilidad y 95% de especificidad) (2).

La retinografía digital es por tanto una prueba de alta sensibilidad y especificidad idónea como test de cribado en pacientes de riesgo. Pretende detectar retinopatías en estadios precoces y susceptibles de tratamiento (3).

Los médicos de familia de nuestras unidades se formaron en valoración de dicha técnica en 2 sesiones de 5 horas, con material didáctico de apoyo. Manteniendo comunicación y acceso a consultas de forma diaria.

El objetivo de nuestro estudio fue el de valorar las retinografías solicitadas por los profesionales de atención primaria dentro del programa de detección precoz de la retinopatía diabética y durante el primer año de implantación, y conocer su utilidad y la concordancia diagnóstica entre el médico de familia y el oftalmólogo en la práctica clínica.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio realizado fue un estudio descriptivo. Se llevó a cabo en dos centros de salud urbanos

de Córdoba capital: Centro de Salud Fuensanta y Centro de Salud Lucano. Se analizaron las retinografías realizadas en dichos centros durante el primer año de implantación del programa de detección de retinopatía diabética (año 2008). Los pacientes seleccionados fueron aquellos que no padecían retinopatía previa y no presentaban contraindicación para realizar dicha prueba.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, años de evolución de la diabetes, médicos de familia que realizaron la primera lectura, diagnóstico del médico de familia y diagnóstico del oftalmólogo en el caso de las pruebas que fueron derivadas para su confirmación o no.

Los datos fueron procesados y analizados mediante el paquete SPSS, versión 12.0. Se realizó un análisis estadístico univariado y se estimó el Índice de concordancia simple (ICS) entre el médico de familia y el oftalmólogo de las retinografías informadas como patológicas.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética e investigación Sanitaria del Distrito Córdoba.

RESULTADOS

Se estudiaron todas las retinografías realizadas durante el año 2008 en ambos centros de salud, un total de 329. El 55,6% de ellas eran de hombres y el 44,4% de mujeres. La edad media de los pacientes fue de 64 ± 11 (DT) años. *Tabla 1.*

Participaron 21 médicos de familia que solicitaron una media de $9,8 \pm 6$ retinografías por profesional.

Se diagnosticaron en atención primaria 83 retinopatías diabéticas (25%), 16 retinopatías no diabéticas (4.9%), 15 pruebas se catalogaron como no valorables (4.6%) y 215 retinografías fueron normales (65.3%). *Tabla 2.*

Se derivaron un total de 110 retinografías, de ellas 80 con las sospecha de retinopatía diabética, y el oftalmólogo informó como normales 57 pruebas (51,8%) y 53 como patológicas (ICS=48,2%; IC95%: 38,4 a 57,9%). Del total de pruebas patológicas fueron clasificadas de la siguiente manera: 35 retinopatías diabéticas no

proliferativas leve-moderadas, 2 retinopatías diabéticas no proliferativas graves, 0 retinopatías proliferativas y 16 retinografías se informaron como con otros hallazgos patológicos. *Tabla 3.*

La edad media de los pacientes con retinopatía fue de $66,45 \pm 10$ años, con un tiempo de evolución de la diabetes de $12,6 \pm 4$ años.

En el estudio de concordancia simple, por lo tanto, se confirmaron como patológicas el 48.2 % de las pruebas derivadas (ICS=48,2%; IC95%: 38,4 a 57,9%).

La prevalencia de retinopatía encontrada fue del 12,15%.

DISCUSIÓN

El total de pruebas derivadas a oftalmología tras la realización de la retinografía fue aproximadamente de un tercio de las pruebas. Es decir, dos tercios de los pacientes estudiados no necesitaron ser revisados por oftalmología. Este hecho reafirma el interés de la realización de retinografías en atención primaria evitando la derivación de pacientes a consultas hospitalarias.

La prevalencia estimada de la Retinopatía Diabética es de aproximadamente el 25% de los pacientes diabéticos (4). En nuestro estudio, considerando el total de pruebas realizadas y como diagnóstico final el que confirma el oftalmólogo, la prevalencia de la enfermedad fue del 12,5%, lo que coincide con distintos autores (5) y como ellos consideramos que esta baja prevalencia puede ser debida a que los pacientes derivados son aquellos sin patología previa. Los pacientes con afectación retiniana en gran parte ya están siendo controlados en consulta de oftalmología o bien tienen otra patología ocular.

Comparando nuestros resultados con otros publicados (5, 6, 7), observamos que el porcentaje de acierto de las pruebas derivadas como patológicas en nuestros profesionales es bajo (48,2%). Estos autores alcanzan coincidencias del 80%-90%. Nuestro estudio presenta algunas limitaciones, no todas las retinografías realizadas son derivadas y valoradas por el oftalmólogo sino solo las pruebas que los médicos de familia han

considerado patológicas. Por esta cuestión, únicamente hemos podido realizar el índice de concordancia simple de las retinografías informadas como patológicas en atención primaria, y no se ha podido emplear otro estimador que resulta más adecuado en el análisis de la concordancia interobservador, como es el índice Kappa. También este bajo porcentaje creemos puede ser debido a que nos encontramos en el inicio de la implantación de la retinografía como medio diagnóstico en atención primaria y los profesionales son cautelosos y derivan dudas diagnósticas. Sería interesante revisar los nuevos resultados en los sucesivos años y mantener sesiones de formación.

El porcentaje de pruebas rechazadas por ser pruebas no valorables debido a su mala calidad (4,6%) es superponible al que se encuentran en los estudios de retinografía que oscila entre el 1,4% y 8% (8, 9).

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Integral de Diabetes. Programa de detección precoz de la retinopatía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud; 2005. p. 1-18.
2. Cribado de Retinopatía Diabética mediante Retinografía Digital. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
3. Retinal photography screening for diabetic eye disease. London: British Diabetic Association; 1994.
4. Goldaracena MB, Escudero JM, Arrondo A, Villarrubia A, Armendia B. Prevalencia de la retinopatía diabética en una población diabética en atención primaria. Arch Soc Esp Oftalmol. 1998; 73: 263-268.
5. Andonegui J, Berástegui L, Serrano L, Eguzkiza A, Gaminde I, Aliseda D. Concordancia en el estudio de retinografías en diabéticos: oftalmólogos vs médicos de familia. Arch Soc Esp Oftalmol. 2008; 83: 527-532.
6. Gill JM, Cole DM, Lewobitz HM, Diamon JJ. Accuracy of screening for diabetic retinopathy by family physicians. Ann Fam Med. 2004; 2: 218-220.
7. Tillman Farley F, Mandava N, Ryan PF, Carsky C. Accuracy of Primary Care Clinicians in Screening for Diabetic Retinopathy: Methods. Annals of Family Medicine. 2008; 6: 428-434.
8. Saari Jm, Summanen P, Kivela T, Saari KM. Sensitivity and specificity of original retinal images in grading diabetic retinopathy. Acta Optalmol Scand. 2004; 82: 126-130.
9. García-Serrano JL, Serrano-Laborda D, López Pozas M, Cabello-Aparicio C, Castro Rosales L. Estudio Granada sobre retinopatía diabética. Cribado de 8244 pacientes diabéticos. Arch Soc Esp Oftalmol. 2007; 82: 11.

Tabla 1. Características de nuestros pacientes.

Sexo	55.6 % hombres
Edad	64 ± 11 años
Nº retinografía / profesional	9.8 ± 6
Edad media de los pacientes con retinopatía	66.45 ± 10 años
Años de diagnóstico de diabetes	12.6 ± 4 años

Tabla 2. Diagnósticos realizados en atención primaria. Total 329 retinografías

83 retinopatías diabéticas (25%)
16 retinopatías no diabéticas (4.9%)
15 no valorables (4.6%)
215 retinografías normales (65.3%)

Tabla 3. Diagnósticos según oftalmología de las pruebas derivadas desde atención primaria. ICS: índice de concordancia simple. Total 110 retinografías.

53 Patológicas: ICS: 48.2%
35 retinopatías no proliferativa leve-moderada
2 retinopatías no proliferativa graves
0 retinopatía proliferativa
16 otros hallazgos
57 Sin Patología 51.8%

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Anticoncepción con gestágenos solos

Trillo Fernández C¹, Piña Martín V², Ana María Vargas Fuentes AM³, Seoane García J⁴, Carmona Sánchez E³, Navarro Martín JA⁵

¹ Médico de familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

² Médico de familia. Hospital Clínico Universitario. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

⁴ Médico del trabajo y farmacóloga clínica. Servicio de Prevención ANTEA. Málaga

⁵ Médico de familia. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga

Grupo de Salud Reproductiva de la Mujer de la SAMFyC

INTRODUCCIÓN

Aunque los anticonceptivos que sólo contienen gestágenos se encuentran en el mercado desde hace tiempo, son menos conocidos y menos prescritos que los anticonceptivos hormonales combinados, a pesar de que su eficacia es similar a la de éstos¹ y de tener ventajas como la de poder ser administrados en mujeres en las que están contraindicados o no toleran los estrógenos y durante la lactancia; además algunos de ellos presentan indicaciones específicas, como es el caso del tratamiento de la metrorragia idiopática o de la dismenorrea con el sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (DIU-LNG)^{2,3}.

A pesar de las ventajas descritas, probablemente su escaso uso está relacionado, entre otros factores, por el mal control del ciclo menstrual que proporcionan.

La presentación inyectable con acetato de medroxiprogesterona depot (AMPD) fue la primera de este grupo que se comercializó en nuestro país; posteriormente han ido apareciendo otras formas de presentación con gestágenos mejor

tolerados y con mejor perfil de seguridad, tales como la píldora con gestágenos solos, los implantes subdérmicos y el DIU-LNG.

El propósito de la presente revisión es proporcionar al médico de familia información actualizada de los anticonceptivos con sólo gestágenos disponibles en nuestro medio, en relación con su manejo, indicaciones específicas, forma de empleo, ventajas e inconvenientes.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en la Cochrane Library, Medline Pubmed, Evidence Based Review y Embase. El periodo de búsqueda se ha prolongado hasta noviembre de 2009.

ASPECTOS GENERALES

Los anticonceptivos que sólo contienen gestágenos comercializados actualmente en España son:

- Anticonceptivo oral con desogestrel (minipíldora): Cerazet®.

- Sistema uterino de liberación de levonorgestrel: Mirena®.

- Implantes subdérmicos:

· Con etonogestrel: Implanon®.

· Con levonorgestrel: Jadelle®.

Correspondencia: Cristóbal Trillo Fernández
CS Puerta Blanca
Av. Gregorio Diego, 46
29004 Málaga
E-mail: ctrillof@gmail.com

Recibido el 10-12-2009; aceptado para publicación el 15-02-2010
Med fam Andal 2010; 1: 44-54

- Anticoncepción inyectable con AMPD: Depo-Progevera® 150.

En la contracepción de urgencia también se utiliza un gestágeno sólo (levonorgestrel), aunque ésta no se considera dentro de este grupo y no será tratada en este artículo.

Los anticonceptivos con gestágenos solos actúan a cuatro niveles:

- Moco cervical: Aumenta su viscosidad, lo que impide el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina.

- Endometrio: Inducen adelgazamiento y atrofia, dificultando la implantación.

- Ovulación: Es inhibida mediante la supresión del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.

- Trompas de Falopio: Disminuyen su motilidad.

Aunque todos los anticonceptivos de este grupo actúan a esos cuatro niveles, el efecto predomina a uno u otro nivel dependiendo del anticonceptivo de que se trate. Así por ejemplo, la minipíldora (desogestrel) tiene un efecto importante sobre la ovulación, mientras que el DIU-LNG actúa principalmente sobre el endometrio y sobre el moco cervical.

Los anticonceptivos que sólo contienen gestágenos están especialmente indicados cuando existe contraindicación para la toma de estrógenos (fumadoras de más de 35 años, hipertensas, mujeres con antecedentes de trombofilia, diabéticas con afectación de órganos diana, etc.) o cuando la paciente presente efectos adversos achacables a los estrógenos; también pueden ser prescritos fuera de estos casos, como la anticoncepción hormonal durante la lactancia o el tratamiento de las menorragias idiopáticas (DIU-LNG)^{4,5}. En el caso del implante subdérmico, muchas mujeres lo utilizan sin que exista una indicación específica o una contraindicación para la toma de estrógenos, debido a su alta efectividad y comodidad de uso.

En cuanto a la lactancia materna, los anticonceptivos que sólo contienen gestágenos carecen de efectos negativos sobre la cantidad y la calidad de la leche materna (al contrario de lo que ocu-

rre con los combinados), así como de efectos negativos sobre el lactante⁶.

El principal efecto adverso de los anticonceptivos que contienen sólo gestágenos consiste en que una proporción significativa de mujeres que los usan presentan un patrón impredecible de sangrado menstrual (amenorrea, irregularidad menstrual, spotting, sangrado infrecuente o, en ocasiones, frecuente), ya que no se utiliza la administración cíclica de los anticonceptivos hormonales combinados^{7,8}. La alteración del patrón de sangrado suele ser más acusada en los primeros meses de uso. Ésta es la principal causa por la que algunas mujeres abandonan el método. Para mejorar la aceptabilidad y la tasa de continuidad de estos anticonceptivos es importante que informemos a la mujer de esta posible eventualidad antes de que empiece a utilizarlos. En general la cantidad global de sangrado es menor que la que presenta una mujer con menstruaciones normales.

Otros efectos adversos que pueden aparecer incluyen acné, cefalea, mastalgia, náuseas, cambio del estado de ánimo y disminución de la libido.

Con la excepción del AMPD, la baja dosis de gestágeno que proporcionan estos anticonceptivos hace que la producción folicular de estrógenos se mantenga dentro de valores normales, con lo que probablemente no existen efectos indeseables causados por su déficit, como la disminución de la densidad mineral ósea⁹. Actualmente no hay ningún argumento para considerar los anticonceptivos que sólo contienen gestágenos como un factor de riesgo de fractura¹⁰.

Aunque desde hace tiempo se considera poco probable que exista un aumento del riesgo de cáncer de mama en mujeres que utilizan anticonceptivos con sólo gestágenos^{10,11}, recientemente se ha apuntado que este aumento del riesgo puede existir y ser superior al que presentan las mujeres que no los utilizan o que toman anticonceptivos combinados¹².

No existe evidencia de que los gestágenos por sí solos produzcan un aumento del riesgo de trombosis^{13,14}, por lo que, a diferencia de los anticonceptivos hormonales combinados, no están contraindicados en mujeres con antecedentes de

trombosis venosa profunda (TVP) o tromboembolismo pulmonar (TEP). Tampoco es necesario suspender estos fármacos ante una intervención quirúrgica programada. A pesar de estas evidencias, no deben utilizarse en caso de TVP o TEP actual, ya que el riesgo potencial podría superar al beneficio.

La eficacia de los anticonceptivos que contienen sólo gestágenos es similar a la de los anticonceptivos combinados. La tasa de fallos en condiciones ideales de uso está por debajo del 1% en todos los casos (tabla 1)^{1,15}.

En relación con el implante de etonogestrel, en los primeros 5 años de comercialización se notificaron 218 embarazos imprevistos entre los 204.486 insertados (1/1000 inserciones aproximadamente), aunque solo 13 se pudieron catalogar como fallos del método tras descartar otras razones¹⁵.

En cuanto a los criterios de elección, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece 4 categorías que hay que tener en cuenta a la hora de elegir el método anticonceptivo¹⁶:

- Categoría 1: Condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.

- Categoría 2: Condición en la que las ventajas del uso del método generalmente superan a los riesgos teóricos o probados.

- Categoría 3: Condición en la que los riesgos teóricos o probados generalmente superan a las ventajas del uso del método.

- Categoría 4: Condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

En la tabla 2 se reflejan aquellas circunstancias catalogadas dentro de las categorías 3 y 4 para los distintos anticonceptivos que contienen sólo gestágenos¹.

En los apartados donde se especifica inicio/ continuación se hace referencia a inicio del método en mujeres con el problema referido/ continuación del método cuando aparece o empeora el problema referido (tabla 2).

MINIPÍLDORA

La minipíldora (Cerazet®), contiene 75 microgramos de desogestrel; su metabolito activo es el etonogestrel, un gestágeno altamente selectivo con escasa actividad androgénica.

Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación; se ha demostrado que este efecto es casi constante y ocurre en la mayoría de los ciclos¹⁷, aunque como el resto de anticonceptivos con gestágenos, también actúa alterando el moco cervical, afectando al desarrollo del endometrio y disminuyendo la motilidad de las trompas.

La mujer debe tomar un comprimido diario de forma ininterrumpida, sin periodo de descanso. El momento apropiado para el inicio de la toma es:

- Mujer con ciclos regulares: Primeros cinco días posteriores al inicio del sangrado menstrual. En caso de que hayan pasado más de 5 días, la mujer utilizará protección adicional durante dos días, tiempo necesario para que el anticonceptivo actúe sobre el moco cervical.

- Mujer con lactancia materna: A partir de las 6 semanas del parto (OMS).

- Postparto en mujeres sin lactancia materna: Puede iniciarse en cualquier momento. Si se inicia después de la tercera semana, la mujer utilizará protección adicional durante dos días.

- Tras un aborto: Se puede iniciar su uso inmediatamente después.

- Cambio desde otro método hormonal: No es necesario esperar a la próxima menstruación, puede iniciarse en cualquier momento si el uso del método previo ha sido correcto o si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada; en el caso de que el método previo sea inyectable, tendríamos que esperar 12 semanas desde la última administración; si se trataba de un implante subdérmico o de un DIU-LNG, el mismo día de la extracción.

Aunque la OMS recomienda no comenzar la toma en las mujeres lactantes hasta pasadas 6 semanas tras el parto, otros autores no encuen-

tran contraindicación en hacerlo más precozmente¹⁸, aunque no sería necesario hacerlo antes de los 21 días tras el parto, ya que en las primeras 3 semanas es muy improbable la ovulación, especialmente si la mujer está lactando. Si por cualquier motivo se decide iniciar la toma antes de las 3 semanas en la mujer lactante, nunca lo haremos antes del 3º día postparto, para no interferir en la lactogénesis que se produce tras la caída de los estrógenos y los gestágenos naturales del embarazo.

Además de la lactancia, la minipíldora estará especialmente indicada cuando existe contraindicación para la toma de estrógenos, como por ejemplo en mujeres hipertensas o en fumadoras de más de 35 años. También ha sido demostrada su utilidad en el tratamiento de la endometriosis^{19,20}.

Al igual que el resto de los anticonceptivos que sólo contienen gestágeno, su principal inconveniente es la alteración del patrón de sangrado (ciclos irregulares, spotting, amenorrea); otros efectos secundarios de la minipíldora son mastalgia, náuseas y cefalea²¹.

Tradicionalmente se ha recomendado tomar la píldora de desogestrel a la misma hora, recomendando un refuerzo anticonceptivo durante 7 días si la toma se demora más de 3 horas. Actualmente estas recomendaciones han cambiado:

- Se amplía de 3 a 12 horas el periodo de demora en la toma de la píldora sin que exista riesgo de embarazo, ya que se ha demostrado que la inhibición del eje hipotálamo-hipófisis-ovárico se mantiene hasta 36 horas²².

- Si el retraso es superior a 12 horas, el refuerzo anticonceptivo es necesario solamente durante 2 días, tiempo necesario para que se produzca el espesamiento del moco cervical.

Por lo tanto, si el retraso de la toma es superior a 12 horas, se recomienda tomar la píldora olvidada y utilizar preservativo durante 2 días.

En cuanto a las interacciones farmacológicas, su eficacia puede ser disminuida por aquellos fármacos que induzcan el citocromo P-450 (rifampicina, griseofulvina y algunos anticomieles como los barbitúricos, carbamazepina, oxcabamazepina, etosuximida, fenitoína, topiramato o primidona).

DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL

El DIU-LNG, comercializado con el nombre de Mirena®, consiste en un dispositivo en forma de T que contiene un cilindro alrededor de su rama vertical que contiene levonorgestrel. La duración de su efecto es de, al menos, 5 años. La fertilidad se restablece rápidamente tras la retirada del dispositivo²³.

Su acción contraceptiva se ejerce fundamentalmente por medio del efecto gestagénico y antiproliferativo que ejerce el levonorgestrel sobre el endometrio y a través del espesamiento del moco cervical.

Además de su acción contraceptiva, el DIU-LNG presenta otros efectos beneficiosos:

- Debido al efecto que ejerce sobre el endometrio, está indicada su inserción como tratamiento de la menorragia idiopática, ya que reduce la duración y la cantidad de los sangrados menstruales².

- Su eficacia en el tratamiento del sangrado menstrual abundante parece tener efectos terapéuticos similares a los de la ablación endometrial hasta 2 años después del tratamiento²⁴.

- Disminuye el dolor durante la menstruación, por lo que puede utilizarse como tratamiento de la dismenorrea³.

- Es una buena opción en aquellas mujeres que deseen el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo y presenten hipermenorrea y dismenorrea importantes con el medicado con cobre.

- Proporciona protección endometrial en pacientes en tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos²⁵, aunque esta indicación no se ha aprobado por el momento. En cualquier caso, las mujeres con DIU-LNG que desarrollan síntomas vasomotores importantes, se podrían beneficiar del tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos manteniendo el efecto protector del levonorgestrel sobre el endometrio.

- Ha demostrado ser una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de la hiperplasia endometrial sin atipia en mujeres peri y post-menopáusicas²⁶.

Se ha sugerido que el efecto beneficioso que proporciona en mujeres con menorragia idiopática y con dismenorrea, mejora la calidad de vida y la salud sexual de las usuarias del DIU-LNG, así como una menor prevalencia de disfunciones sexuales en comparación con usuarias de dispositivo intrauterino de cobre y con mujeres que no usan anticonceptivos²⁷.

La inserción del DIU-LNG puede ser realizada por el médico de familia tras un periodo de formación adecuado²⁸; ésta debe realizarse dentro de los primeros 7 días después del inicio del sangrado menstrual para asegurar su eficacia contraceptiva desde el principio, aunque también puede hacerse en cualquier otro momento del ciclo de la mujer si se está razonablemente seguro de que no está embarazada, aunque en este caso la mujer deberá tener protección adicional durante 7 días. En cuanto al momento de inserción tras el parto o tras una cesárea, se debe esperar 4 semanas para que se produzca la involución uterina, tanto si la mujer está lactando como si no lo hace.

Si no se desea un embarazo, la retirada se realizará durante la menstruación o en cualquier otro momento si la mujer no ha mantenido relaciones sexuales con penetración en la semana previa. Si el sistema se retirase durante los días centrales del ciclo y la usuaria hubiese mantenido relaciones sexuales durante la semana anterior, se debe considerar el riesgo de embarazo, a no ser que se inserte un nuevo sistema inmediatamente después de la retirada del anterior.

IMPLANTE SUBDÉRMICO

Actualmente hay comercializados en nuestro país dos modelos de implante subdérmico:

- Jadelle®: Está formado por dos varillas de 4.3 cm de longitud y 2.5 mm de diámetro que liberan levonorgestrel; la duración de su efecto es de 5 años, aunque si la mujer pesa 80 kg o más, deberán extraerse tras 4 años de uso.

- Implanon®: Está formado por una varilla de 4 cm de longitud y 2 mm de diámetro que libera etonogestrel, metabolito activo del desogestrel; la duración de su efecto es de 3 años, no habien-

dose demostrado pérdida de eficacia con el tiempo en mujeres obesas.

La efectividad anticonceptiva de ambos es similar y su efecto secundario más frecuente es el patrón menstrual impredecible, presentando una tasa de continuidad del 80% a los 2 años²⁹. Con Implanon® se ha descrito un índice de Pearl del 0% (intervalo de confianza 95%, 0.00-0.09)³⁰.

Su acción se ejerce fundamentalmente a través de la inhibición de la ovulación y mediante el espesamiento del moco cervical. La fertilidad se recupera rápidamente tras su retirada³¹.

Debido a la presencia de folículos preovulatorios, los niveles de estradiol se mantienen dentro de la normalidad, por lo que no existe ambiente hipoestrogénico. Estos folículos pueden aumentar de tamaño, ya que los gestágenos no producen supresión folicular, aunque habitualmente involucionan en menos de 6 semanas tras el inicio del método.

Los implantes deben insertarse lo más superficialmente posible, bajo la piel (subdérmico), ya que si se insertan más profundamente puede dificultarse su localización y/o extracción posterior. En caso de inserción demasiado profunda, los implantes pueden localizarse por ecografía³² y, como segunda opción, mediante resonancia magnética. No son radiopacos, por lo que la radiografía convencional o la tomografía computarizada no son útiles (podría intentarse con radiología de partes blandas).

Existe una variante del implante de etonogestrel con el nombre comercial de Implanon® NXT³³ (aun no comercializada) con 2 novedades:

- Es radioopaco, lo que facilita su localización en caso de pérdida.

- Está provisto de un nuevo sistema que dificulta las inserciones profundas.

Otros problemas que puede causar la colocación incorrecta, son la aparición de daños neurológicos^{34,35} o vasculares³⁶. También se han descrito casos de migración del implante³⁷.

El momento apropiado para la inserción es el mismo descrito en el apartado de la minipíldora, con

la diferencia de que, en el caso de inicio después del 5º día de la menstruación en mujeres con ciclos regulares o de los 21 días tras el parto, la protección adicional debe mantenerse durante 1 semana.

Es recomendable revisar a la mujer a los 3 meses de la inserción para preguntarle sobre la tolerancia al método, la aparición de efectos adversos y el patrón de sangrado menstrual.

El punto de inserción se localiza en la cara interna de la parte superior del brazo no dominante, unos 8- 10 centímetros por encima de la epitroclea, justo por encima de la cara interna del bíceps. Anteriormente se recomendaba la inserción en el surco formado entre el bíceps y el tríceps, pero se ha comprobado que la zona recomendada actualmente tiene una serie de ventajas de cara a la seguridad de la usuaria:

- En caso de inserción excesivamente profunda, se afectaría sólo la aponeurosis muscular del bíceps, evitándose lesiones neurológicas (nervios mediano, cutáneo medial y ulnar) o vasculares (arteria braquial y vena basilíca).

- Evitamos lesiones en el momento de la extracción en inserciones profundas entre el bíceps y el tríceps.

La inserción es sencilla y puede ser realizada por el médico de familia³⁸. La extracción se realiza a los 3 años en el caso de Implanon® o a los 5 años en el caso de Jadelle®, o en cualquier momento si la mujer desea quedar embarazada. En caso de que la mujer quiera seguir utilizando el método, la inserción se realizará en el mismo momento y tras la extracción del anterior, pudiendo utilizar el mismo orificio de extracción, pero modificando ligeramente la dirección para evitar posibles zonas de fibrosis que pudieran interferir en la absorción del gestágeno.

INYECTABLE CON GESTÁGENO

El único anticonceptivo inyectable con gestágeno solo comercializado en España es el que contiene 150 mg de AMPD (Depo-Progevera® 150).

La primera autorización de este fármaco se realizó hace 41 años (diciembre de 1968), aunque la

FDA no lo autorizó como anticonceptivo hasta 1992.

En España es poco utilizado en la actualidad, aunque se observa un aumento en las demandas de las usuarias, sobre todo de mujeres inmigrantes, ya que es muy usado en países en vías de desarrollo.

Se administra por vía intramuscular profunda preferentemente en el glúteo mayor, aunque también se puede inyectar en el deltoides. Se debe agitar vigorosamente el envase para asegurarnos de que la dosis que va a ser administrada constituye una suspensión uniforme. La administración se realiza cada 12 semanas. La primera inyección se debe poner en los cinco días posteriores al inicio del sangrado menstrual; si han pasado más de cinco días se debe utilizar protección adicional durante 7 días.

En caso de retraso en la administración, si éste es inferior a 2 semanas no se necesita protección adicional. Si han pasado más de 14 semanas, se pondrá la inyección después de haber descartado el embarazo, debiendo utilizar la usuaria protección adicional durante los primeros 7 días.

Su eficacia no se afecta por la toma de fármacos inductores del citocromo P450 ya que la dosis supera con creces la necesaria para inhibir la ovulación. Otras ventajas que ofrece este método son las siguientes³⁹:

- De todos los métodos no invasivos es el que mayor tiempo de actividad anticonceptiva tiene tras una dosis única (3 meses).

- Se facilita el cumplimiento al ser de administración trimestral.

- No requiere asistencia profesional para revertir su efecto (como sí ocurre con el DIU-LNG y el implante subdérmico), simplemente hay que suspender la inyección.

Las desventajas de este método son:

- Su principal efecto adverso es la alteración del patrón de sangrado menstrual⁴⁰. Los trastornos menstruales se pueden mejorar acortando el periodo entre las inyecciones (se puede adelantar hasta 2 semanas). A largo plazo el uso de AMPD

suele provocar amenorrea⁴¹, que aparece con más frecuencia conforme aumenta su tiempo de uso. Es primordial la información continuada y repetida a la mujer sobre la posibilidad de aparición de estos trastornos para mejorar su continuidad⁴².

- Potencial retraso en la reaparición de la fertilidad de forma completa tras la interrupción del método. Aunque el tiempo medio necesario para la concepción es de 10 meses, la supresión de la ovulación en ocasiones persiste hasta 22 meses. En consecuencia, el DMPA, no es una opción apropiada para las mujeres que deseen concebir dentro de los próximos dos años⁴¹.

- Aumento de peso: aunque ha sido descrito este efecto en usuarias de este método⁴⁰, otros autores no consideran que exista una relación causal. Recientemente se ha descrito que el aumento de peso ocurre en las usuarias que inicialmente presentan normopeso o sobrepeso, pero no en las que presentan obesidad⁴³.

- Se asocia con una disminución de la densidad mineral ósea⁴⁴ que es en gran medida, si no completamente, reversible tras suspender el tratamiento. Esto es debido a la reducción de los niveles séricos de estrógenos que produce. Esta pérdida de DMO es de especial consideración durante la adolescencia y las primeras etapas de la edad adulta (ya que se trata de un período crítico en la formación ósea), así como en aquellas mujeres con estilos de vida o factores que aumenten el riesgo de osteoporosis. De cualquier forma, no hay evidencias de que éste método anticonceptivo sea causa de osteoporosis ni existe evidencia en los estudios realizados como para limitar su uso en adolescentes⁴⁵. Asimismo, aunque la pérdida de densidad ósea es mayor a medida que aumenta la duración del tratamiento, no existe un límite absoluto para el tiempo que éste se puede utilizar, independientemente de la edad de la mujer, no recomendándose hacer un seguimiento de la densidad mineral ósea entre las usuarias. Tampoco deben recomendarse suplementos de calcio y vitamina D basándose únicamente en el uso de DMPA⁴⁴.

EVALUACIÓN

1.- En cuanto a los métodos hormonales con solo gestágenos señale la respuesta falsa:

- a) Actúan a cuatro niveles diferentes: moco cervical, endometrio, ovulación y trompas de Falopio.
- b) Están especialmente indicados si hay antecedentes de trombofilia o diabetes mellitus con afectación de órganos diana.
- c) Carecen de efectos negativos sobre la calidad y la cantidad de la leche materna pero sí puede tener efectos sobre el lactante.
- d) El principal efecto adverso es la aparición de un patrón impredecible de sangrado menstrual.
- e) Puede existir un aumento del riesgo de cáncer de mama entre las usuarias que lo utilizan.

2.- Señale la respuesta correcta en relación a la minipíldora como método anticonceptivo:

- a) La mujer debe tomar un comprimido al día durante 21 días y esperar 7 días de descanso posteriormente.
- b) Tras un aborto la mujer debe esperar una semana para iniciar su uso.
- c) Su uso está contraindicado en mujeres hipertensas y en fumadoras de más de 35 años.
- d) Algunos de los efectos secundarios de la minipíldora son mastalgia, náuseas y cefaleas.
- e) Su eficacia no se ve afectada por fármacos que inducen el citocromo P-450.

3.- Referente al dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel señale lo correcto:

- a) Al ser una alternativa segura y eficaz se puede colocar incluso a las 2 semanas tras el parto.
- b) A pesar de su efecto antiproliferativo no ha demostrado ser una buena alternativa frente al tratamiento de la hiperplasia endometrial sin atipia en mujeres peri y post-menopáusicas.
- c) Debido a que el levonorgestrel pasa a la leche materna se contraindica su uso durante la lactancia.
- d) Existen estudios que evidencian una menor prevalencia de disfunciones sexuales en las pa-

cientes portadoras de DIU-LNG en comparación con el DIU de cobre.

e) Aunque su efecto dura 5 años, se aconseja su retirada cada 3 años por existir posibilidades de infertilidad.

4.- De las siguientes afirmaciones sobre el implante subdérmico señale la falsa:

a) En la actualidad se dispone en nuestro país únicamente de dos modelos: Jadelle® e Implanon®.

b) Debe ser insertado lo más superficialmente posible, a nivel subdérmico.

c) La técnica de inserción es complicada por lo que sólo puede ser realizada por un especialista en ginecología.

d) Actualmente ha variado la recomendación en cuanto al punto de inserción del implante para evitar complicaciones.

d) El momento apropiado para la inserción es en los 5 primeros días tras el inicio de la menstruación.

5.- En cuanto al método anticonceptivo hormonal inyectable con gestágenos señalar la respuesta falsa:

a) El tiempo entre dos dosis es de 12 semanas (3 meses).

b) Para minimizar las alteraciones menstruales que produce se puede administrar cada 10 semanas.

c) Está contraindicado en adolescentes por su efecto sobre la mineralización ósea.

d) Se desaconseja su uso entre las mujeres que desean concebir en los dos próximos años.

e) Existen estudios que evidencian aumento de peso entre las usuarias con normopeso.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Conferencia de consenso: Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormona-

les. Aranjuez: Sociedad Española de Contracepción; 2005.

2.- Milsom I. The levonorgestrel-releasing intrauterine system as an alternative to hysterectomy in peri-menopausal women. *Contraception*. 2007; 75:S152-4.

3.- Bahamondes L, Petta CA, Fernandes A, Monteiro I. Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with endometriosis, chronic pelvic pain and dysmenorrhea. *Contraception*. 2007; 75:S134-9.

4.- Erkkola R, Landgren BM. Role of progestins in contraception. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84:207-16.

5.- Debski R, Kotarski J, Paszkowski T, Pawelczyk L, Skrzypulec V, Tomaszewski J; Polish Gynecological Society. The statement of Polish Gynecological Society experts on oral use of contraceptive 75 microg desogestrel minipill in different clinical cases—state of art in 2008. *Ginekol Pol*. 2009; 80:63-75.

6.- Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Hormonal contraception during lactation: systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*. 2003; 68:233-238.

7.- Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of implanon on menstrual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13:13-28.

8.- Ray S, Sovani VB. A postmarketing observational study assessing acceptability and reliability of desogestrel only contraceptive pill (Cerazette) in Indian women. *J Indian Med Assoc*. 2006; 104:653-6.

9.- Sarfati J, de Vernejoul MC. Impact of combined and progestogen-only contraceptives on bone mineral density. *Joint Bone Spine*. 2009;76:134-8.

10.- Madelenat P, Koskas M; Groupe de réflexion sur la contraception progestative. Update on the progestin-only contraception. *Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008; 37: 637-60.

- 11.- Stanford JL, Thomas DB. Exogenous progestins and breast cancer. *Epidemiol Rev.* 1993; 15:98-107.
- 12.- Giersig C. Progestin and breast cancer. The missing pieces of a puzzle. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2008; 51:782-6.
- 13.- Winkler UH, Howie H, Bühler K, Korver T, Geurts TB, Coelingh-Bennink HJ. A randomized controlled double-blind study of the effects on hemostasis of two progestogen-only pills containing 75 microgram desogestrel or 30 microgram levonorgestrel. *Contraception.* 1998; 57:385-92.
- 14.- Lidegaard O, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ.* 2009 13; 339:b2890.
- 15.- Harrison-Woolrych M, Hill R. Unintended pregnancies with the etonogestrel implant (Implanon): a case series from postmarketing experience in Australia. *Contraception.* 2005; 71:306-8.
- 16.- Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud WHO. Actualización 2008. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_08.19_spa.pdf.
- 17.- Benagiano G, Primiero FM. Seventy-five microgram desogestrel minipill, a new perspective in estrogen-free contraception. *Ann N Y Acad Sci.* 2003; 997:163-73.
- 18.- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance July 2004: Contraceptive choices for breastfeeding women. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2004; 30:181-189.
- 19.- Remorgida V, Abbamonte LH, Ragni N, Fulcheri E, Ferrero S. Letrozole and desogestrel-only contraceptive pill for the treatment of stage IV endometriosis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2007; 47:222-5.
- 20.- Razzi S, Luisi S, Ferretti C, Calonaci F, Gabbanini M, Mazzini M, et al. Use of a progestogen only preparation containing desogestrel in the treatment of recurrent pelvic pain after conservative surgery for endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007; 135:188-90.
- 21.- Ray S, Sovani VB. A postmarketing observational study assessing acceptability and reliability of desogestrel only contraceptive pill (Cerazette) in Indian women. *J Indian Med Assoc.* 2006; 104:653-6.
- 22.- Korver T, Klipping C, Heger-Mahn D, Duijkers I, van Osta G, Dieben T. Maintenance of ovulation inhibition with the 75-µg desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette®) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception.* 2005; 71:8-13.
- 23.- Toivonen J. Levonorgestrel-releasing IUD as a method of contraception with therapeutic properties. *Contraception.* 1995; 52:269-76.
- 24.- Kaunitz AM, Meredith S, Inki P, Kubba A, Sanchez-Ramos L. Levonorgestrel-releasing intrauterine system and endometrial ablation in heavy menstrual bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2009; 113:1104-16.
- 25.- Bahamondes L, Bahamondes MV, Monteiro I. Levonorgestrel-releasing intrauterine system: uses and controversies. *Expert Rev Med Devices.* 2008; 5:437-45.
- 26.- Haimovich S, Checa MA, Mancebo G, Fusté P, Carreras R. Treatment of endometrial hyperplasia without atypia in peri- and postmenopausal women with a levonorgestrel intrauterine device. *Menopause.* 2008; 15:1002-4.
- 27.- Skrzypulec V, Drosdzol A. Evaluation of quality of life and sexual functioning of women using levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive system-Mirena. *Coll Antropol.* 2008; 32:1059-68.
- 28.- Trillo C, Navarro JA, Luque MA, Seoane J. Guía Práctica de Planificación Familiar en Atención Primaria. 2ª ed. Granada: SAMFyC; 2008.
- 29.- Power J, French R, Cowan F. Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos eficaces

de prevención del embarazo (Revisión Cochrane traducida). URL: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

30.- Croxatto HB, Makarainen L. The pharmacodynamics and efficacy of Implanon. An overview of the data. *Contraception*. 1998; 58 Suppl 6:S91-7.

31.- Buckshee K, Chatterjee P, Dhall GI, Hazra MN, Kodkany BS, Lalitha K, et al. Return of fertility following discontinuation of Norplant-II subdermal implants. ICMR Task Force on Hormonal Contraception. *Contraception*. 1995;51:237-42.

32.- James P, Trenery J. Ultrasound localisation and removal of non-palpable Implanon implants. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2006;46:225-8.

33.- Levine JP, Sinofsky FE, Christ MF. Assessment of Implanon insertion and removal. *Contraception*. 2008; 78:409-17.

34.- Osman N, Dinh A, Dubert T, Goubier JN. A new cause for iatrogenic lesion of the ulnar nerve at the arm: contraceptive hormonal implant. Report of two cases. *Chir Main*. 2005; 24:181-3.

35.- Wechselberger G, Wolfram D, Pülzl P, Soelder E, Schoeller T. Nerve injury caused by removal of an implantable hormonal contraceptive. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 195:323-6.

36.- Mourtialon P, Tixier H, Loffroy R, Maillart JC, Calmelet P, Dellinger P, et al. Vascular complication after insertion of a subcutaneous contraceptive implant. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008; 87:1256-8.

37.- Ismail H, Mansour D, Singh M. Migration of Implanon. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2006; 32:157-59.

38.- Arribas-Mir L, Rueda-Lozano D, Agrela-Cardona M, Cedeño-Benavides T, Olvera-Porcel C, Bueno-Cavanillas A. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. *Contraception*. 2009; 80:457-62.

39.-Nelson A. Merits of DMPA relative to other reversible contraceptive methods. *J Reprod Med*. 2002; 47 (9 Suppl):781-4.

40.- Bigrigg A, Evans M, Gbolade B, Newton J, Pollard L, Szarewski A, et al. Depo Provera. Position paper on clinical use, effectiveness and side effects. *Br J Fam Plann*. 1999; 25:69-76.

41.-Kaunitz AM. Injectable depot medroxyprogesterone acetate contraception: an update for U.S. clinicians. *Int J Fertil Womens Med*. 1998; 43:73-83.

42.- Halpern V, Grimes DA, López L, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 25:CD004317.

43.- Pantoja M, Medeiros T, Baccarin MC, Morais S, Fernandes AM. Variation of weight among users of the contraceptive with depot-medroxyprogesterone acetate according to body mass index in a six-year follow-up. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31:380-4.

44.-Guilbert ER, Brown JP, Kaunitz AM, Wagner MS, Bérubé J, Charbonneau L, et al. The use of depot-medroxyprogesterone acetate in contraception and its potential impact on skeletal health. *Contraception*. 2009; 79:167-77.

45.- Busen NH. Bone mineral density in adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate. *J Am Acad Nurse Pract*. 2004; 6:57-62.

Método	Eficacia	Efectividad
Minipíldora de desogestrel	0.41	1.1-9.6
Acetato de medroxiprogesterona	0.3	3
DIU de levonorgestrel	0.1	0.1
Implante de levonorgestrel	0.05	0.05
Implante de etonogestrel	0	0

Tabla 1: Índice de Pearl de los anticonceptivos que sólo contienen gestágenos.

	Minipíldora	Implante subdérmico	DIU-LNG	MDPA
Cáncer de mama actual	4	4	4	4
Cáncer de mama pasado > 5 años	3	3	3	3
Lactancia < 6 semanas (< 4 semanas DIU-LNG)	3	3	3	3
TVP-TEP actual	3	3	3	3
Cardiopatía isquémica	2 (I) 3 (C)	2 (I) 3 (C)	2 (I) 3 (C)	3
Accidente cerebrovascular	2 (I) 3 (C)	2 (I) 3 (C)	2	3
Migraña con aura	2 (I) 3 (C)	2 (I) 3 (C)	2 (I) 3 (C)	2 (I) 3 (C)
Sangrado no evaluado	2	3	4 (I) 2 (C)	3
Hepatitis viral actual	3	3	3	3
Cirrosis descompensada	3	3	3	3
Tumor hepático	3	3	3	3
Múltiples FRCV	2	2	2	3
HTA $\geq$ 160/100	2	2	2	3
HTA con enfermedad vascular (EV)	2	2	2	3
Diabetes y EV o > 20 años de evolución	2	2	2	3

Tabla 2: Criterios de elección de la anticoncepción sólo con gestágenos.

I: Inicio, C: Continuación (ver explicación en el texto)

SIN BIBLIOGRAFÍA

Experiencia de rotación internacional durante la formación como médico de familia

Moreno García M

Médico de Familia. UGC Gran Capitán. Granada

Siempre he querido tener una perspectiva internacional de los diferentes conceptos de la especialidad de Medicina de Familia (MFyC). Y a nivel personal y profesional quiero embarcarme en proyectos de investigación de cooperación internacional teniendo en cuenta que, desde casi estudiante, había tenido la curiosidad por saber cómo se trabaja en otros países, cómo se desenvuelven en el día a día de una consulta y cómo se forman médicos de familia. De hecho, durante mi residencia tuve la certeza de saber que una amplia visión de los aspectos relacionados con la gestión y organización de la Medicina de Familia en otros países me serviría para aprovechar las diferencias y aplicarlo en beneficio de mi labor futura asistencial en nuestro sistema sanitario.

Si miramos el marco en el que se encuentra la elección de plazas MIR de Medicina de Familia, el plantear un programa formativo con estancias internacionales electivas creo que favorece el impulso de la medicina de familia entre las nuevas generaciones, y al menos, por mi parte me sirvió para impulsar en otro lugar de Europa el papel relevante de la formación en el desarrollo de la Medicina de Familia en España, contrastando nuestro modelo en otros países, pues se dice mucho que en nuestro país se

forman buenos médicos que luego son captados concurriendo en la fuga de cerebros.

Así que me decidí a probar suerte e iniciar los trámites para solicitar, lo que llamamos, una rotación externa durante mi período de formación del cuarto año como residente de Medicina de Familia.

Ilusionado, se me ofrecía un camino burocrático un tanto tortuoso y decidí ponerme en contacto con mi amiga y compañera Sara del Olmo, representante semFYC en el programa Internacional Vasco de Gamma, quien me aconsejó y guió sabiamente hacia mi destino: la capital de Inglaterra y del Reino Unido. Situada a orillas del río Támesis, efectivamente, el mismo Londres.

El área de salud en el que iba a situarme durante mi estancia es la de *Hammersmith and Fulham Primary Care Trust* que abarca una población total de unos 300.000 habitantes y está dividida en 2 áreas. Cada una de ellas tiene diferentes zonas básicas de salud, con distintos centros (*practice*) que acogen una población que oscila entre 1100 y 11500 habitantes.

A cada una corresponden varios hospitales de referencia. Y mi centro, *Park Medical Centre*, en *Ivermead Close*, zona 2 de Londres es un centro de salud con 7.500 pacientes y cuyos centros hospitalarios referenciales son *Hammersmith Hospital*, *Chelsea & Westminster Hospital*, *Parsons Green NHS Walk-In Centre* y *Charing Cross NHS Walk-In Centre*.

Mi rotación, consistió en la observación de los diferentes puestos de trabajo como son:

Correspondencia: Manuel Moreno García

UGC Gran Capitán

C/. Gran Capitán, 10

18002 Granada

E-mail: manuelmoreno1980@hotmail.com

Recibido el 15-01-2010; aceptado para publicación el 17-02-2010
Med fam Andal 2010; 1: 55-59

Recepción, Sistemas informáticos, Procesos, Médicos de familia (*General Practitioner GP*), o residentes, Urgencias, Clínica pediátrica, Enfermería, Matronas, Trabajador social, Farmacia, Osteópata, Acupuntura y gestión de la Atención Primaria con el director del centro.

CARTERA DE SERVICIOS

La administración central paga a cada clínica una cantidad por los servicios especiales que ofrezca a sus pacientes, aparte de la atención médica básica que es igual en todas las clínicas. Estos servicios dependen de cada centro, no en todos existen los mismos. En Park Medical Centre son:

Servicios clínicos: citas a demanda. Se incluyen: cuidados maternos, inmunización y desarrollo infantil, planificación familiar (DIU), programa de la mujer y citologías, programa del hombre, control de la tensión arterial, grupo de diabetes, tratamiento de verrugas, clínica de asma, medicina del deporte, cirugía menor y realización de ECG.

Citados por el médico. Exploraciones que no cubre el *National Health Service (NHS)*.

Otros servicios disponibles del equipo del centro (la mayoría llevados a cabo por Enfermería). Vacunación y consejos de viajes, sesiones de tratamiento, atención a domicilio, salud infantil e inmunizaciones, control geriátrico y consejo/terapia psicológica.

Servicios locales. Consejo en enolismo, podólogo, apoyo social, psicoterapia de comportamiento, control de anticoagulación y lesiones agudas de partes blandas.

Atención a mayores de 75.

Hay un servicio de atención a mayores de 75 años por parte de enfermería, que consiste en una visita anual programada a domicilio, aun en ausencia de patología crónica.

Los pacientes pueden rechazarla o aceptarla (en la práctica, todos la aceptan).

En esta visita se evalúa la situación del paciente, y ese informe se adjunta a la historia clínica del centro de salud. Los datos que se registran son, entre otros:

Clínicos: audiometría, agudeza visual, incontinencia, patología de base, visitas del servicio médico de urgencias, hospital de día, visitas de enfermería, hospitalizaciones.

Sociales: ayudas domiciliarias (independencia, visitas), vivienda (malas condiciones, magnitud, calefacción, escaleras), quién administra y proporciona la medicación, terapia ocupacional, trabajo social.

Higiénicos: higiene corporal, estado nutricional, sueño, cuidado de pies, salud dental. Si está indicado, se pasa una escala para evaluar el grado de demencia. También se evalúa el estrés del cuidador principal.

EQUIPO DE TRABAJO - PARTNERSHIP

Los centros de salud tienen una administración casi privada: pues son las sociedades o *partnerships*, regladas por los *primary care trust*, una especie de Distrito Sanitario. En ellos, los médicos han de gestionarse con el capital invertido de los impuestos sociales británicos, y ellos son los que deciden a quién contratan, que personal necesitan y cuales son las obligaciones de cada trabajador del centro.

En este caso, el personal del centro era el siguiente:

PARTNERS: 4

DOCTORS (MIR): 4

NURSING TEAM (Enfermería):

- *Nurse Practitioner*
- *Practice Nurs*: 2

HEALTH CARE ASSISTANT: (Trabajadora Social): 1

ADMINISTRATION STAFF(Administrativos):

- *Practice Manager*
- *Assistant Practice*

*Manager/Smoking Cessation
Advisor*

- *Phlebotomist*
- *Others: 4*
- *Smoking Cessation Advisor*

FARMACIA

Los pacientes pagan £7 por cada fármaco prescrito, cualquiera que sea su precio real. Esto significa que en algunos casos sería más barato comprar algunos medicamentos directamente de las farmacias (sin receta), pero sólo se pueden adquirir analgésicos y algunos antiinflamatorios sin receta.

Están exentos de pagar los medicamentos: menores de 16 años, embarazadas y primer año posparto, hombres mayores de 65 años y mujeres mayores de 60 años, desempleados, algunos enfermos crónicos (diabéticos, hipo/hipertiroideos, HTA, etc). Paradójicamente, no están incluidos los asmáticos ni los cardiopatas.

Todo anticonceptivo (hormonal o barrera) se administra y controla de forma gratuita.

No se hace una receta (un papel) por fármaco: se prescriben todos los fármacos en la misma especificando la presentación, la dosis y la duración del tratamiento con cada uno. En la receta aparece el nombre y la dirección actual del paciente, no su número de seguridad social. Todas deben ir firmadas y fechadas por el médico que las extiende. Los farmacéuticos proporcionan al paciente el número exacto de pastillas, y son los encargados de explicar al paciente como y cuando tomar la medicación. Cada caja o bote que contiene la medicación va etiquetada con nombre y dirección del paciente, y la forma de administración del fármaco.

INCAPACIDAD TEMPORAL

Cuando el médico considera una baja laboral, debe rellenar un formulario de una sola copia que el paciente entrega en el trabajo. No se guar-

da ninguna copia para el NHS ni la clínica. Cada parte de baja tiene la duración que el médico estime oportuno, y se hace un parte de continuación si el paciente no ha mejorado tras el tiempo estimado.

No existe una inspección médica de las bajas prolongadas, ya que es la empresa la que paga, no el NHS. Si la empresa solicita un informe, el médico lo redacta.

LA CONSULTA

Cada médico tiene asignado un cupo de pacientes. Aunque en la realidad, los pacientes pasan a tener citas con el médico disponible ese día, sin importar si es o no su médico de familia. Así todos los pacientes son de todos los profesionales del centro (un mismo paciente puede ser revisado de su patología por diferentes compañeros).

El tiempo estimado para ver a un paciente es de 12 minutos. No existe consulta a demanda, a no ser que se trate de una urgencia, y hay un espacio en la consulta para pacientes:

- citados con mas de 48 horas de antelación (10-12 pacientes por consulta)
- citados en las ultimas 48 horas (4)
- urgentes (no citados) (3)

El sistema está informatizado y conectado con el hospital.

Los crónicos no necesitan cita para obtener sus recetas: los administrativos las imprimen, su médico las firma, y ellos pasan a recogerlas en recepción. Se deja un espacio cada semana para la revisión de niños (*spaces for sick babies*) y citologías (*smears*) en días determinados, citados con más de 48 horas de antelación.

Las citologías las hacen preferentemente médicos de sexo femenino (por eso se intenta contratar al menos a un 50% de mujeres).

Los horarios de consulta son: *Lunes a Viernes: 8.30am-12.30pm. & 13.30pm-18.30pm.*

DERIVACIONES

Cuando a criterio del médico de familia un paciente tiene que ser visto o revisado por los especialistas en el hospital, el GP elabora un informe completo para el especialista que va directamente por correo al hospital (no lo lleva el paciente, que es avisado por teléfono de la cita). El informe del especialista, con el resultado de las pruebas complementarias, se envía por correo electrónico a la clínica, donde es el médico quien informará al paciente.

RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Al igual que en nuestro país, en el Reino Unido hay una formación postgrado de especialista.

No hay un sistema de selección (tipo MIR), sino que pueden elegir la formación por tres vías diferentes:

1) Un esquema de formación vocacional (VTS, Vocational Training Scheme) de 3 años de duración, dos en diferentes servicios del hospital y uno en un centro de salud. Está organizado por el NHS, que les garantiza un puesto en los servicios que integran el programa.

2) Un programa organizado por ellos mismos, que tiene la ventaja de que pueden incluir las especialidades y el lugar de su elección.

3) Un programa mixto.

El Director de la Educación de Medicina de Familia Postgrado consulta regularmente si los puestos están aprobados. Puestos y programas se anuncian en la prensa médica.

Para obtener el certificado de Médico de Familia, los médicos deben confirmar que:

- Han completado satisfactoriamente el período de formación en el Reino Unido en no menos de 36 meses a tiempo completo, o el equivalente a tiempo parcial, en puestos aprobados por el Comité de Formación Postgraduada en Medicina de Familia (JCPTGP).

- Han completado los 36 meses en los de 7 años siguientes a la solicitud del certificado.

- Han completado satisfactoriamente al menos 12 meses a tiempo completo o su equivalente a tiempo parcial como residente de Medicina de familia en el NHS.

- Han completado satisfactoriamente períodos de formación en el hospital o medicina comunitaria en puestos aprobados por el JCPTGP, incluyendo no menos de 6 ni más de 12 meses en dos de las siguientes especialidades: Medicina General, Medicina Geriátrica, Pediatría, Psiquiatría, Urgencias y Emergencias y/o Cirugía General y/o Cirugía Ortopédica, Obstetricia y/o Ginecología.

Si se hace al 60% del tiempo completo deberán acreditar 40 meses en hospital y 20 en la práctica general. Los residentes cobran actualmente £30,000 anuales.

Han de realizar un examen-oposición al que pueden presentarse todos los médicos de familia. La superación del mismo supone preferencia para elegir puesto de trabajo.

La prueba consta de 4 partes:

1. Un examen escrito de conocimientos científicos sobre todos los campos de la medicina general.

2. Un test sobre investigación, metodología y revisión crítica de artículos.

3. Una prueba oral sobre casos clínicos, evaluándose la capacidad de comunicación, el trabajo en equipo, la relación con los pacientes, la madurez personal y profesional, la responsabilidad, y otros valores no exclusivamente científicos de la actividad profesional.

4. Una grabación en vídeo de la visita a 15 pacientes, Incluyendo niños.

Hay 2 oportunidades por convocatoria. Se convoca un examen cada año.

CONCLUSIONES

Se podría decir que, con algunos aspectos parecidos a nuestro país como es el caso de la

formación (salvo por las pruebas), el sistema sanitario británico tiene grandes diferencias con el nuestro, especialmente en el terreno de la administración y la distribución de las tareas.

Sin menospreciar ningún sistema de trabajo, con estas palabras solo quería plasmar mi humilde visión de este sistema sanitario.

Me quedo con la naturalidad de las consultas, tomar té (paciente y médico) dice mucho del acto médico.

Sin duda, una gran experiencia a nivel personal y profesional que debería estar al alcance de cualquier profesional, porque compañeros Médicos de Familia somos todos.

AGRADECIMIENTOS

Deseo mostrar mi más sincero agradecimiento a la Dra. Luisa Pettigrew por enseñarme cómo es un GP y guiarme en la formación británica así como en las calles de Londres.



ARTÍCULO ESPECIAL

Lenguaje científico respetuoso con las personas

Muñoz Cobos F¹, Espinosa Almendro JM², Burgos Varo M³L³

¹ Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

² Medicina Familiar y Comunitaria. Director del Plan Andaluz de Alzheimer

³ Trabajadora social. Centros de Salud El Palo y Limonar. Málaga

RESUMEN

El lenguaje científico actual presenta aspectos mejorables en cuanto a uso estereotipado y discriminatorio de las personas y grupos que presentan determinadas características y condiciones (androcentrismo y sexismo, definición por la enfermedad, presentación sesgada de las personas con discapacidad, enfermedad mental, pertenecientes a grupos sociales); consideración pasiva de las personas; centrado en la enfermedad; poco divulgable; con dominio del enfoque positivista cuantitativo, hospitalocéntrico, jerárquico y de hegemonía anglosajona.

Se propone la adscripción de los artículos a normas de utilización adecuada de los términos y la orientación general de las investigaciones y publicaciones hacia una consideración respetuosa de las personas, contribuyendo a la función social de la ciencia y en especial desde la atención primaria.

El lenguaje científico actual:

- *"Cuando yo uso una palabra- dijo Humpty Dumpty en tono desdeñoso- quiero decir exactamente lo que yo quiero decir, ni más ni menos.*

- *La cuestión es -dijo Alicia- si se puede hacer que las palabras quieran decir tantas cosas diferentes.*

- *La cuestión es -dijo Humpty Dumpty- quién es el que manda y punto.*

(Alicia en el país de las maravillas. Lewis Carroll.)

El lenguaje es una construcción social e histórica que influye en nuestra percepción de la realidad, condiciona nuestro pensamiento y determina nuestra visión del mundo (1). Con el lenguaje expresamos nuestras representaciones mentales como seres individuales y como colectivo. El lenguaje científico es especialmente relevante por suponer un discurso autorizado y de prestigio social reconocido. El análisis del lenguaje científico puede hacerse desde una perspectiva dimensional:

- *Positivismo/humanismo.*

El lenguaje científico más utilizado responde al paradigma positivista y utiliza los términos derivados de su metodología. Sin embargo existen otras formas de conocimiento desde una aproximación más humanística y que utilizan metodologías de investigación cualitativas. Estas investigaciones deben tener su ámbito de expresión en la terminología científica.

- *Consideración pasiva/activa de las personas objeto/sujeto de estudio.*

Los verbos que expresan acción otorgan un papel o rol a las personas participantes: los roles

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

Recibido el 16-09-2009; aceptado para publicación el 20-10-2009
Med fam Andal 2010; 1: 60-65

activos son responsables de la acción verbal y los pasivos son inactivos, no controlan la acción pero la reciben y/o se ven afectados por ella. En los discursos sanitarios, las personas y grupos de estudio y sus familiares suelen tener un papel pasivo, correspondiendo a entidades y personal sanitario el papel activo y el poder de ejecución. Por ejemplo, hacemos referencia a que “los pacientes fueron sometidos” a pruebas complementarias o “deben seguir” el tratamiento.

- *Androcentrismo/igualitarismo.*

El lenguaje científico es generalmente androcéntrico (consideración como universal de la perspectiva masculina) y frecuentemente sexista (asignación de valores en función del sexo (2)). El androcentrismo lingüístico se traduce en la invisibilidad de las mujeres en los discursos científicos (por ejemplo, la firma de artículos por siglas, hace pensar en una autoría masculina; mencionamos “ancianos” o “cuidadores” cuando representan a una mayoría demográfica de mujeres; no utilizamos términos como “médicas”, “cardiólogas” o “cirujanas”). El sesgo androcéntrico se aprecia también en instrumentos de recogida de datos como la Encuesta Nacional de Salud (3).

El sexismo lingüístico supone la presentación estereotipada de las mujeres, por ejemplo cuando usamos expresiones tan usuales como “educación maternal” (rol de cuidados) o “Programa de la Mujer” (asociación de la salud de las mujeres exclusivamente aspectos reproductivos) o “menopaúsicas” (sustantivación peyorativa y patologización de una condición fisiológica). Las investigaciones no desagregan el análisis por sexo (sólo el 20% ensayos clínicos lo hacen(4)) lo que impide apreciar diferencias biológicas (frecuencia de enfermedades, manifestación de síntomas, metabolización de fármacos) y de condiciones de vida y trabajo y percepción de salud(5). Los valores de referencia de muchas determinaciones analíticas se establecen considerando al hombre como patrón de normalidad (6). Siguiendo las directrices de la OMS(7), existiría una morbilidad femenina diferencial, consistente en un conjunto de enfermedades, motivos de consulta y factores de riesgo que se presentan de forma exclusiva o mayoritaria en el sexo femenino. Es frecuente

la confusión sexo y género, que no son sinónimos y ambos se relacionan con la salud de forma simultánea: el sexo hace referencia a la variable biológica que diferencia mujeres y hombres, el género es una construcción subjetiva de los estereotipos socioculturales diferenciales asignados a ambos sexos (8); en los trabajos de investigación hablaríamos de género si el análisis incluye o se refiere a estas diferentes perspectivas.

- *Hegemonía anglosajona/latina.*

Existe un marcado predominio de la investigación anglosajona y sus medios de divulgación científica (términos científicos, bases de datos, congresos, publicaciones) sin tener en cuenta otras comunidades científicas donde existen grandes aportaciones al conocimiento. Esta hegemonía tiende a perpetuarse por: la adopción de términos exclusivos aceptados por toda la comunidad científica (9); el mayor “impacto” de sus publicaciones y la internacionalización del inglés como idioma científico. Propuestas para la de inversión de esta tendencia podrían ser: fomentar la traducción inmediata de los términos; exigir el carácter bilingüe de publicaciones y reuniones científicas; reclamar a organismos internacionales informes en varios idiomas; incentivar la presencia de libros y revistas en castellano en bases de datos y bibliotecas (10). El uso del inglés dificulta también la divulgación de los resultados a la población.

- *Centrado en la enfermedad/centrado en las personas.*

El lenguaje científico suele recurrir a la definición de las personas por sus trastornos: pacientes “diabéticos” en lugar de personas “con diabetes”. La ausencia de estas patologías caracterizan a las personas “normales”. Además consideramos enfermedades a condiciones o diferencias que no lo son en sentido estricto, por ejemplo, el síndrome de Down puede llevar asociados trastornos y enfermedades o no, aunque suponga un fenotipo y genotipo “diferente”. Las llamadas discapacidades hacen referencia a una falta de ajuste a estándares que son construcciones sociales y suponen condiciones dimensionales en un rango de diversidad funcional, con menor habilidad en unas áreas pero

igual o incluso superior en otras; además todas las personas podemos ser portadoras de alguna limitación. Los calificativos “deficiente” o “minusválido” no promueven actitudes inclusivas (11). También los términos que resalten su valía o “heroicidad”, pueden resultar discriminatorios. En el ámbito de la salud mental es más correcto hablar “personas con problemas de salud mental” que de “enfermos mentales”(12). Son frecuentes(13): el uso de términos con connotaciones estereotipadas de la enfermedad mental (por ejemplo presentando un tratamiento que “controla la perturbación”); la sustantivación de los trastornos (“maniaco-depresivos”, “anoréxicas”) y la confusión en la tipificación de las enfermedades (psicopatía-sociopatía-trastornos de conducta). Es conveniente reflexionar además acerca de cómo el lenguaje científico mantiene la separación mente/cuerpo, alejándose del enfoque biopsicosocial (por ejemplo “estrés físico y psíquico”).

- *Denominaciones con connotaciones peyorativas.*

Respecto a las personas mayores, el lenguaje científico a menudo utiliza ‘ancianos’, ‘pensionistas’, ‘tercera edad’. La población mayor suele presentarse con características de pasividad, como personas receptoras de hechos y no como protagonistas con capacidad de tomar y ejecutar decisiones. Además este amplio grupo social suele ser expresamente excluido de muchas investigaciones. También puede existir discriminación lingüística en la consideración de la inmigración: solo debe hacerse referencia a esta condición si es una variable de estudio y su diferenciación aporta conocimiento. Se ha propuesto el término “ciudadanía diferenciada”(14) para referirse la pluralidad de comunidades que conviven en un determinado país. Otra área para la reflexión es el nivel socioeconómico: hablar de “clase baja” o “grupos marginales” acrecienta el carácter despectivo hacia determinados colectivos, favorece la extensión de la consideración negativa a múltiples características y conductas (delincuencia, violencia, drogadicción)y grandes riesgos para la salud; mientras que “clase alta” se connota a alto nivel de estudios, empleos de prestigio y hábitos de vida reglados y más saludables. Esta consideración clasista del lenguaje frecuentemente confunde variables diferentes como el nivel de

ingresos, el nivel de instrucción, la posición social y otras.

Habría que reflexionar si otros términos en uso en atención primaria como “hiperconsultadores” o “mal cumplidores” no sustentan también matices peyorativos o estereotipados.

- *Jerárquico: grandes centros, grupos de prestigio/“pequeños” intentos.*

La investigación que llega a publicarse y difundirse en grandes foros suele corresponder a estudios de muestras grandes, que implican a centros sanitarios importantes o grupos de prestigio. Existe “otra” investigación más próxima a la realidad cotidiana, que constituyen dignos intentos de aportar conocimiento científico y no debería ser excluida de las publicaciones.

- *Hospitalocéntrico/atención primaria.*

El lenguaje científico sigue siendo marcadamente hospitalocéntrico. Se han adoptado términos correspondientes a la jerga hospitalaria y se ha generalizado su uso sin considerar los distintos ámbitos de la atención sanitaria y del diferente lenguaje de la atención primaria.

- *Encriptado y precriptivo/divulgable y orientador.*

Empleamos un discurso altamente técnico y dificultoso de entender para la población general. El uso de formas verbales determinadas (15)(imperativos) pueden denotar un marcado carácter precriptivo en un marco de grandes incertidumbres como es el conocimiento científico.

Hacia un uso respetuoso del lenguaje en los artículos:

Se propone una herramienta para mejorar el lenguaje científico hacia el establecimiento de un discurso coherente con la práctica de la atención primaria guiado por los principios del respeto a las personas.

Título: Claro y concreto, entendible por no profesionales. Incluir términos no discrimina-

torios referentes a las personas estudiadas. Evitar formas pasivas.

Autoría

- Fórmulas de tratamiento: deben mantener un trato simétrico entre mujeres y hombres. Sustituir "Autores" por el genérico "**autoría**".

- Poner el nombre completo de las personas que escriben el artículo y sus profesiones y titulaciones conservando el masculino y femenino o usando el término genérico (medicina de familia, enfermería, trabajo social). La denominación de los títulos académicos oficiales es regulada por una Orden del 22 de marzo de 1995 que recoge la validez de los términos "médica" y sus especialidades ("cardióloga", "cirujana"...).

- Poner los centros de procedencia sean grandes o locales: centros de salud, consultorios rurales.

Introducción

Evitar la generalización al masculino (uso de términos generales: personas, personal, población...) y la asignación de estereotipos femeninos, para lo que puede usarse **la regla de inversión**: realizar la misma frase con un hombre como sujeto y comprobar si se interpretaría de igual forma. Ejemplo: "*se enseñan a la madre los cuidados del lactante...*" (categorización que asigna los cuidados del lactante a la madre); regla de inversión: "*se enseñan al padre los cuidados del lactante...*"; alternativa: "*se enseñan a los progenitores los cuidados del lactante...*".

Deben evitarse expresamente connotaciones discriminatorias o de pasividad en referencia a determinados grupos de personas: "*decidieron participar*" mejor que "*se les dio oportunidad de participar*".

Siempre que sea posible, utilizar términos en castellano en lugar de adoptar directamente la denominación anglosajona.

Metodología

Población de estudio: describirla como **personas** que **poseen características** más que como

pacientes que **padecen enfermedades**; hacer referencia a las condiciones diferentes como tales sin connotaciones despectivas. Usar "las personas **con** enfermedades" es más correcto que decir "los enfermos" o "los pacientes": uso incorrecto del masculino como genérico y de la presencia de enfermedad como definitoria de la persona. Deben evitarse expresamente los términos como "sufren de" o "víctima de" o "aflicto con" que suponen una victimización de las personas que presenta determinadas condiciones.

Referirse a personas **con** problemas de salud mental o con un **diagnóstico concreto**, sin etiquetas (con anorexia, con esquizofrenia) y evitar el uso de términos estigmatizadores de la enfermedad mental (ingresos hospitalarios mejor que "internamientos" en "psiquiátricos"). En el envejecimiento es más correcto emplear **personas mayores** y en presencia de discapacidades físicas o utilizar personas con "**diversidad funcional** o discapacidad". Evitar el uso de los términos "discapacitado" "deficiente" o "minusválido" así como la consideración automática de estas personas como "enfermos" ya que suelen estar libres de enfermedades concretas y poseen buen nivel de salud. Es más correcto utilizar "inmigración" o "**personas inmigradas**".

Se propone emplear términos en femenino como "jefa de servicio" o "técnica" cuando hagan referencia a mujeres. Si se emplea de forma genérica es más correcto usar el **término general o colectivo**: "el personal directivo". No usar el masculino como genérico: el término "hombre" como representante de "ser humano", es más válido usar el término "persona"; en lugar de "niño" hablar de "infancia".

También es frecuente el uso de las marcas de género en artículos y pronombres: "*el que lo solicite*" puede sustituirse por "*quien los solicite*". Debe evitarse el uso de las barras "o/a" porque dificulta la lectura y comprensión y reservarse para textos tipo formularios o solicitudes.

Variables: No confundir sexo y género; usar mejor los términos hombre y mujer o masculino y femenino que "varón" y "hembra". Especificar adecuadamente las variables demográficas.

ficas y socioeconómicas: nivel de instrucción, nivel de ingresos, ocupación, evitando englobar en términos amplios características socio-demográficas y conductas.

Presentar a las personas como activos aún en condiciones de alteración funcional: el uso de adaptaciones como las sillas de ruedas definirse en las variables como una "limitación" sino como facilitación de la autonomía.

Método: Incluir metodología cuantitativa y cualitativa. Explicar de forma clara los elementos que se describen o comparan.

Cuidar que los instrumentos de recogida de datos (cuestionarios, encuestas) mantengan un uso no discriminatorio del lenguaje que pueda contribuir a sesgos de información.

Resultados

Desagregar los datos de resultados por edad, sexo y otras condiciones y circunstancias que puedan suponer diferencias biológicas y psicosociales.

Discusión

Enmarcar los resultados en su contexto sociocultural. Dar relevancia a las aplicaciones prácticas y a las personas beneficiadas de las conclusiones. Discutir adecuadamente las limitaciones de los estudios.

Conclusiones

Expresarlas de forma que puedan entenderse por la población general. Orientarlas a la aplicación práctica que pueda traducirse en mejora de la salud de la población. Evitar términos prescriptivos y reconocer su carácter provisional.

Bibliografía

Utilizar bases bibliográficas no solo anglosajonas. Poner el nombre completo de las personas que elaboran el artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Frutos I. Guía para un uso no discriminatorio del lenguaje (en el entorno de la discapacidad). Ed FUNDABEM.2006. URL: http://www.ima.gina.org/archivos/lengua_discrim.htm.
- 2.- Garí A. En femenino y masculino. Hablamos de Salud. Serie Lenguaje nº5. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Instituto de la Mujer; 2006.
- 3.- Ruiz Cantero M^aT, Simón-Rodríguez E, Papí Gálvez N. Sesgos de Género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003. Gac Sanit. 2006; 20:161-5.
- 4.- Laguna N, De Andrés F. Participación de las mujeres en los ensayos clínicos según los informes de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios 2007. Rev Esp Salud Pública. 2008; 82:343-350.
- 5.- Valls-Llobet C. Salud Comunitaria con perspectiva de género. Comunidad. 2008; 10:61-70.
- 6.- Valls Llobet C. Mujeres invisibles. Barcelona: Ramdon House Mondadori. SA; 2006.
- 7.- Seminario sobre Mainstreaming de Género en las políticas de salud en Europa. Instituto de la Mujer. Serie Debate nº 34. Madrid: Instituto de la Mujer; 2002.
- 8.- Borrell C, Atracos L. Las Desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Rev Esp Salud Pública. 2008; 82:245-249.
- 9.- Martín Mayorga Daniel. El español en la ciencia y la tecnología. URL: http://cvc.cervantes.es/lengua/anuario/anuario_06-07/.../presente_03.pdf
- 10.- Campos A. El idioma español en la ciencia y la salud. URL: <http://www.actaslengua.org/.../comunicacion.%20Antonio%20campos.pdf>.
- 11.- Vega Fuente A. La promoción de la salud ante la discapacidad. Rev Esp Salud Pública. 2008; 82(3): 351-353.
- 12.- European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI).

LEXICON. Guía Internacional sobre salud mental para los medios de comunicación, 2008. URL: http://www.infodisclm.com/documentos/medios_comunicacion/lexicon.pdf

13.- Salud mental y medios de comunicación: Guía de estilo. Madrid: FEAFES; 2006.

14.-Kimlicka W. Ciudadanía multicultural. Barcelona: Ed Paidos; 1996.

15.-Jiménez JA. El valor de las palabras. Malversación de fondos semánticos y usos irregulares de la comunicación oral y escrita en servicios sociales. DTS. 2007; 40-41-42: 53-74.



ARTÍCULO ESPECIAL

Promoción de salud en el ámbito escolar: propuesta de una estrategia

Ramos Díaz F¹, Rodríguez Rivas T², García Caballos M³, Raya Collados D⁴, Martín Santos JC⁵, Santos García A⁶

¹ Médico de Familia. CS La Chana. Granada

² Enfermera AP. CS La Chana. Granada

³ MIR MFyC. CS La Chana. Granada

⁴ Médico de Familia. HRT Virgen de las Nieves. Granada

⁵ Maestro de educación física. CEP El Argar, Antas. Almería

⁶ Matrona. H. Universitario San Cecilio. Granada

La promoción de la salud ha suscitado el interés de diversas organizaciones, responsables de impulsarla, desarrollar sus objetivos, planes, interés, etc... (Alma Ata (1), Carta de Ottawa (2), Declaración de Yakarta (3), Plan de calidad del SNS (4), Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012: Proyecto AP-21 (5), Conferencias y consensos, etc.). Además es una de las tareas que los médicos de familia llevamos incorporada en nuestra formación como profesionales de la especialidad (... y comunitaria).

De otra parte, los médicos de familia trabajamos en un ámbito profesional cuyos objetivos y tareas están definidos en nuestra "cartera de servicios". Se define en ella aquello a lo que nos dedicamos cada día en los diferentes ámbitos donde desempeñemos nuestro trabajo.

Por todo ello, es ineludible el compromiso con nuestra responsabilidad de atender las necesidades de la población en las actividades de educación, promoción y prevención de la salud, toda vez que, adicionalmente y contra lo enunciado, estas tareas gozan de escaso prestigio entre no-

sotros mismos y de limitado interés por parte de gestores, más atentos al corto plazo que a los resultados difícilmente medibles en el largo plazo.

Nuestro equipo mixto de médicos, enfermeras, maestros, orientadora y otros lleva a cabo desde hace más de nueve años un proyecto de promoción de salud en el ámbito escolar. Este equipo se ha constituido como punto Forma Joven dentro de un proyecto global promovido de forma genérica por diversas consejerías de nuestra comunidad autónoma. Durante este tiempo ha estado presente en un centro escolar de forma continua y ha generado experiencia contrastada y evaluada que ha permitido la continuidad de las actividades en dicho centro. Previamente a la nuestra, se han producido experiencias similares de promoción de salud con jóvenes, de las que hemos extraído propuestas y aprendizajes (6).

La memoria acumulada de estos años de trabajo ha sido presentada para participar en el 2º CONCURSO IBEROAMERICANO DE BUENAS PRÁCTICAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO ESCOLAR, convocado por la OPS/ OMS y ha merecido ser ganador de unos de sus premios. Por todo ello queremos dar a conocer la memoria de nuestro trabajo, con la intención de poder diseminar sus posibles aciertos y el conocimiento de sus dificultades, para compartir con todos aquellos que hacen lo que nosotros y animar a otros en esta tarea difícil y

Correspondencia: Francisco Ramos Díaz
CS La Chana
C/. Virgen de la Consolación, s/n.
18015 Granada
E-mail: franciscoramos52@gmail.com

Recibido el 15-02-2010; aceptado para publicación el 25-02-2010
Med fam Andal 2010; 1: 66-72

desatendida que es la promoción de la salud.

A continuación transcribimos literalmente la memoria presentada a concurso y ganadora de uno de sus premios:

“FORMA JOVEN: UNA EXPERIENCIA DE PROMOCIÓN DE SALUD EN EL ÁMBITO ESCOLAR”

Instituto de Enseñanza Secundaria La Madraza y Centro de Salud La Chana. Granada. España.

DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

La experiencia se ha llevado a cabo en una institución educativa pública, urbana y con alumnos de educación secundaria obligatoria.

SITUACIÓN O SITUACIONES EN CONCRETO QUE LLEVARON A DESARROLLAR LA EXPERIENCIA EN SU INSTITUCIÓN

La experiencia nuestra comienza en el año 2001 y continúa en la actualidad, dentro de un proyecto global para la región andaluza, con incorporación progresiva de los centros educativos, y un formato único multifacetario, que permite la adaptación a ámbitos diversos según el análisis oportunista de cada uno de ellos. La clave humana de nuestro proyecto es un equipo mixto de salud y educación que asumió la iniciativa y diseñó un programa de intervención con esta población. En primer lugar, establecimos el marco donde llevar a cabo las tareas, acordando que debían estar incluidas en la estructura o dinámica formal del centro educativo, tanto desde el punto de vista de las responsabilidades como en la disponibilidad de recursos. Establecimos las bases de una actividad permanente, en armonía con los objetivos a largo plazo del centro. El plan de actuación fue puesto en conocimiento y aprobado por el Claustro del centro educativo y la asociación de padres de alumnos y alumnas. Las tareas concretas que propusimos tenían que ver con la situación de riesgo y los factores positivos o protectores para la salud de los jóvenes y

con las necesidades de los mismos expresadas en encuesta diseñada ad hoc. Así, realizamos asesorías, talleres, Jornadas, etc., que se detallan posteriormente. Cada ciclo escolar (año académico) se cierra con una memoria de las actividades y una evaluación del grado de satisfacción de los asistentes/participantes, ya que entendimos que la medición del impacto en salud resultaría de difícil extracción por tratarse de actividades de promoción, cuyos resultados medibles en términos de mejoría de la salud lo serían en el largo plazo.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Objetivos

Los objetivos del proyecto son:

I.- Incrementar los niveles de salud de los jóvenes mediante la diseminación de contenidos formativos y experienciales a través de asesorías individuales y grupales, sesiones en aulas, talleres y jornadas.

II.- Dar respuestas a sus dudas, facilitándoles la elección de las respuestas más saludables y haciéndoles más fáciles las opciones más sanas, etc...

Los objetivos incumbían las áreas motivacionales de la conducta, modificando y previniendo los riesgos inherentes a las mismas.

Las áreas de salud, priorizadas por los propios alumnos y responsables, son:

I.- Afectivo-sexual, haciendo hincapié en el conocimiento de los métodos anticonceptivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

II.- El análisis y conocimiento de los mecanismos de las adicciones. En concreto han sido objeto de trabajo las adicciones al tabaco y alcohol como hábitos de riesgo emergentes en la población juvenil.

III.- Necesidad de corregir determinados comportamientos en la conducción de vehículos a motor.

IV.- Se llevaron a cabo talleres sobre alimentación saludable y ejercicio físico, como forma de promoción de la salud y prevención de riesgos a largo plazo.

V.- Taller sobre primeros auxilios y reanimación cardio-pulmonar básica.

Fue objetivo complementario de nuestra actividad la participación activa de los jóvenes a través del desarrollo de jornadas de formación de mediadores entre pares.

Descripción general de la experiencia

Anualmente, el equipo de profesionales realiza una planificación de las acciones a realizar durante el curso escolar. Las fórmulas concretas para llevar a cabo dichas acciones son el desarrollo de: asesorías individuales y grupales (espacio denominado "Punto Forma Joven" atendido por un profesional sanitario al que acuden los chicos y chicas para resolver sus dudas, de forma individual o en pequeño grupo), talleres, y Jornadas.

Debido a la necesidad de brevedad, consideramos oportuno describir sólo las Jornadas de Promoción de Salud.

Las JORNADAS se han desarrollado a lo largo de los últimos 6 años. Se eligió un determinado nivel educativo del ciclo obligatorio de la enseñanza, para que a lo largo de sucesivos años, todos los alumnos pudieran tener acceso a aquellas. Se hacen tantas jornadas anuales como unidades de dicho nivel.

Las jornadas ocupan una jornada escolar prolongada en sesiones de mañana y tarde, en las que se comparten con los alumnos las diferentes áreas temáticas, que tienen que ver con los temas señalados en otro apartado. Estas jornadas están dentro del calendario escolar, con fecha señalada en el mismo. El conocimiento de los padres y madres es fundamental para el desarrollo formal de las mismas. Los contenidos fueron pactados con anterioridad con los responsables del centro y con los representantes de padres y madres de alumnos. También su nivel de desarrollo.

La metodología es en forma de talleres, donde se debaten, comparten y exponen contenidos

educativos relacionados con temas de salud. Utiliza cartelería propia y ajena, proyecciones visuales, juegos, rol-play y debates. Los contenidos experienciales cobran importancia en el apartado de la educación, en la prevención de la siniestralidad por accidentes de tráfico. Un "road show" personal y próximo expone los riesgos y las medidas de protección.

Durante las jornadas existe una grabación selectiva de diversos momentos del desarrollo de cada taller para, una vez finalizada la jornada, componer un relato video-grabado que se entrega a cada alumno participante.

El ciclo anual de jornadas se clausura con un acto institucional y finaliza con la entrega de certificaciones de participación de los alumnos.

Características generales de la experiencia, articulación con la misión y actividades de la institución o centro educativo, e impacto en la calidad educativa.

La experiencia se lleva a cabo en aulas, salas de reuniones y espacios comunes del centro.

Las actividades de promoción de salud en nuestro centro tienen un desarrollo a lo largo de casi 10 años. Es continua y permanente la presencia de profesionales no pertenecientes al ámbito educativo en la promoción de hábitos saludables de los alumnos, formando parte del personal con el que cuenta el centro para la consecución de sus objetivos docentes y educativos anuales. Como característica propia de las actividades de promoción de salud, la intersectorialidad ha estado presente en la diversidad de personas, sanitarias y no sanitarias, participantes en el desarrollo del programa así como en las áreas temáticas.

En aquellas materias que se prestan a ello, ha sido posible una enseñanza transversal con temas relacionados con la salud. Así, se ha llevado a cabo un programa estable sobre la adicción al tabaco y la deshabituación al mismo, en el que han participado todos los estamentos de la comunidad educativa del centro: alumnos, profesores, tutores y padres. También ha sido así sobre el consumo de alcohol, contenidos de la esfera afectivo/sexual y sobre hábitos saludables en la dieta y el ejercicio.

Al finalizar cada ciclo académico, los responsables hemos elaborado una memoria de las actividades, que se ha presentado y aprobado en el claustro escolar. La memoria contiene datos de cada actividad y una evaluación de la satisfacción de los participantes en cada taller. Del mismo modo, al comenzar el curso, se aprueba en claustro el proyecto para el nuevo año académico.

A largo plazo, consideramos un logro la continuidad del proyecto y es importante el afán en la revisión permanente de los temas y métodos empleados, así como la evaluación permanente de las actividades, con el interés de entrar en el ciclo de la mejora continua de la calidad de las mismas.

El impacto de la experiencia es de difícil medición en términos de salud de la población diana. Puede medirse, en nuestro caso, en el conocimiento y aceptación del programa por parte de toda la comunidad educativa.

El programa en su totalidad forma parte de la actividad formal del centro, en su currículo y goza de transversalidad en aquellas materias que lo permiten: adicciones, dieta, actividad física, conocimiento de la biología (conocimientos de métodos anticonceptivos, enfermedades transmisión sexual).

Liderazgo en el desarrollo de la experiencia

El programa lo lideran conjuntamente responsables profesionales del área de salud y de educación. De una parte, un médico de familia de la zona básica de salud y una enfermera del mismo ámbito. Por parte de educación, la orientadora psicopedagógica del centro con el concurso del conjunto de tutores y del equipo directivo del mismo.

· Personal externo del centro: sobre todo el sanitario, participa en las asesorías, talleres, sesiones en aulas (para lo que se traslada desde el centro de salud durante 2 horas semanales en horario fijo para atender la asesoría Forma Joven) y jornadas.

· Docentes: en consultorías, talleres, sesiones en aulas, jornadas, facilitando la ordenación de los contenidos educativos en línea con los objetivos de salud del programa (disponiendo su índice temático con dicho objetivo).

· Padres y Madres: Aprobando y refrendando las actividades del programa. En algunos casos, participando directamente en el mismo (deshabitación de tabaco).

· Estudiantes: Son la población diana del programa de promoción de la salud. La participación se hace a través de las asesorías, talleres y Jornadas de Promoción de salud para todos. Además se han llevado a cabo actividades de formación en mediación (de salud), formando Agentes Mediadores de Salud para llevar a cabo una mayor diseminación de los resultados y de las recomendaciones.

Todos los participantes previamente han realizado las tareas de capacitación para el desarrollo de la experiencia que se enumeran a continuación:

- Cursos y asistencias a jornadas y congresos sobre Promoción de Salud en la Escuela FORMA JOVEN.
- Jornadas sobre reanimación cardio-pulmonar básica.
- Talleres sobre deshabituación tabáquica.
- Formación continuada de tutores.

Acciones principales previstas en el desarrollo de la experiencia

La experiencia ha atravesado a lo largo de los años por diferentes momentos y ha evolucionado según el análisis crítico de cada ciclo que terminaba. En su comienzo tuvo mayor relevancia la asesoría. Esta actividad era llevada a cabo directamente por el personal sanitario. Dicha área fue fértil en resultados y los motivos de dicha consultoría se referían a problemas individuales o grupales sobre los riesgos y amenazas de los jóvenes que acudían: adicciones, hábitos saludables, asuntos relacionados con esfera afectivo/ sexual. Nos dio oportunidad de ampliar el conocimiento de la población diana, sus problemas y necesidades. Conforme se pusieron en marcha otras actividades, la consultoría disminuyó su actividad, aún cuando se ha mantenido para problemas de naturaleza personal que por sus características deban ser abordados en este formato.

Simultáneamente, se pusieron en marcha talleres en aulas sobre temas que demandaban los alumnos en las tutorías. Tenían la virtud de ser próximos a las necesidades de los alumnos y estar relacionados con las materias curriculares que impartía cada profesor. El carácter transversal de las materias hacía que tuviesen mayor interés para los alumnos. Su mayor limitación era la brevedad del tiempo disponible.

Tras un análisis de las actividades de promoción, el equipo responsable diseñó para su implementación unas Jornadas, que resumieran de forma global las posibles estrategias de cada uno de los problemas detectados y su forma de abordarlos (su descripción y análisis han sido expuestos en otro apartado).

En el último año comenzamos a considerar la función de mediación entre pares como estrategia para buscar mayor diseminación de los contenidos educativos e implicación de los propios alumnos. Así, hemos realizado formación en mediación a voluntarios entre los alumnos que se prestaban. Estamos en el momento de poder extender y hacer uso de sus conocimientos y habilidades.

Resultados

Como resultados evidentes de nuestra experiencia están:

I.-La consolidación de un equipo multidisciplinar de diferentes profesionales en el centro educativo, como expresión de alianza intersectorial. Dentro de este apartado hay que reseñar la formación de un equipo multidisciplinar ampliamente cohesionado en sus objetivos y coordinado en sus tareas, en el que participan médicos, MIR de la especialidad de MFyC, enfermeras, estudiantes de enfermería, alumnos/as del curso de adaptación pedagógica que hacen sus prácticas en el centro educativo y especialistas en educación física con experiencia en deporte de competición.

II.-La introducción en la agenda educativa de contenidos referidos a la salud y a su protección.

III.- La implicación de la comunidad educativa en la consecución de los objetivos.

Los resultados en salud son de difícil extracción. No obstante, consideramos que dicha dificultad no es limitación sino estímulo. La falta de "evidencias" no debe inhibirnos en las tareas de promoción de salud.

Evaluación

Cada actividad ha sido evaluada por los asistentes al finalizar la misma en su satisfacción y aprendizaje. Algunas evaluaciones pueden consultarse en <http://formajoven-chana.blogspot.com>. La evaluación media en una escala de Likert de 5 niveles ha sido para la mayoría de los talleres de 3.8. En dicha evaluación se ha discriminado la pertinencia del taller, los contenidos, la metodología utilizada y al responsable de dirigir cada taller. No se ha llevado a cabo evaluación de la transferencia de conocimientos ni del impacto.

Fortalezas

Equidad e inclusión: la experiencia ha sido diseñada para promover la equidad, participación posible de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Empoderamiento y capacidad de transformación: La participación de todos los agentes de la comunidad educativa ha dinamizado el mantenimiento de las actividades a lo largo de los años. Ha supuesto un ejercicio de innovación y creatividad en la participación y se ha trasladado a las asociaciones de padres y claustro de profesores la capacidad de participar, orientar y refrendar las actuaciones de mejora de sus niveles de salud a través de la promoción.

Potencial de réplica: se han desarrollado actividades o metodologías que podrían aplicarse en otras instituciones o centros educativos. Nuestra experiencia se ha hecho visible para otros centros que se han acercado para conocerla. La totalidad de la experiencia es reproducible para centros de similar estructura y análisis de estado de necesidades.

Sostenibilidad: La sostenibilidad la demuestra la permanencia durante casi 10 años. La apuesta institucional es necesaria para ello. Las circunstancias de otro orden no debieran ser obstáculo para su mantenimiento.

Participación activa de la comunidad educativa: equipo líder o gestor conformado, encuentros de docentes. Esta ha sido la principal fortaleza de nuestra experiencia. La conformación de un equipo estable que lidere las actuaciones ha sido determinante.

Alianzas con otras organizaciones: contamos con la colaboración de otras instituciones o actores en la comunidad local. Como ejemplo, la colaboración de organizaciones que trabajan en el área de la promoción de conductas seguras en la conducción de vehículos: Asociación de Paráliticos cerebrales y medulares (ASPAyM).

Producción de materiales didácticos y pedagógicos: se han concebido, diseñado y probado materiales para apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Se han producido folletos, material divulgativo de jornadas, camisetas, concurso de logos y material audiovisual propio para el desarrollo de las jornadas.

Otras fortalezas: La continuidad, la inclusión curricular, la intersectorialidad. Estas y otras fortalezas adicionales son el constante y permanente interés en evaluar y medir el posible impacto en la satisfacción y la búsqueda de consenso de los agentes responsables con el resto de la comunidad educativa.

Evidencia

Los documentos, fotografías, materiales didácticos y pedagógicos que contribuyen a comprender de una mejor manera la experiencia que se ha desarrollado en promoción de la salud en el ámbito escolar pueden consultarse en blog <http://formajoven-chana.blogspot.com>.

Obstáculos

La falta de experiencias similares en nuestra área de salud y la carencia de certezas sobre el camino a seguir ha sido el obstáculo principal. La inseguridad sobre los resultados medibles en la eficacia de las actuaciones ha podido en algún momento debilitar la propia iniciativa. En ocasiones hemos necesitado de apoyo institucional adicional para hacer frente a las debilidades de la experiencia.

Uso de nuevas tecnologías

Las tecnologías utilizadas son de diferente orden. Hemos empleado juegos, globos, pinturas, cartulinas, videgrabaciones, folletos divulgativos de la actividad y de los talleres...

Desde el punto de vista del esquema de funcionamiento, se han utilizado técnicas motivacionales, de rol-play y debates críticos y participativos sobre los temas, que faciliten una comunicación democrática. La colaboración de los agentes mediadores es una estrategia que va a aumentar la diseminación de los objetivos y resultados y la participación de los alumnos.

Requisitos para fortalecer la sostenibilidad de la experiencia

El mantenimiento de la actividad en el centro educativo ha sido posible debido a la alta motivación e interés de los profesionales encargados de llevarla a cabo. Son ellos los que de forma interesada hacen posible esta experiencia. Las instituciones responsables se limitan en muchos casos a ser "notarios" de la experiencia y en algún caso impulsoras formales de la misma. Se requiere, por tanto, mayor apoyo institucional para el mantenimiento de la motivación de los profesionales sanitarios y de la comunidad educativa.

Sería necesaria una mayor implicación formal de las instituciones que soportan la iniciativa, aportando recursos (sobre todo tiempo) e ilusión. Una forma sería introducir definitivamente la promoción de la salud en el desarrollo curricular de las asignaturas impartidas en los centros escolares. Su presencia en el momento presente se limita a temas concretos que se prestan a ello. También reforzar el papel de la promoción de salud en los contratos programas de las unidades clínicas de gestión responsables de aportar profesionales sanitarios a esta actividad. La mayoría de los profesionales pertenecemos a un Centro de Salud público, constituido en Unidad clínica de Gestión, con un acuerdo de gestión que contiene objetivos medibles a través de indicadores diseñados para ello, que generan información evaluable. El peso de estas actividades de promoción de salud debiera ser más elevado dentro de Contrato Programa dada la consideración de estas actividades de promoción como las primeras y más eficientes "medidas preventivas".

BIBLIOGRAFÍA

1. Alma Ata. URL: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
2. Carta de Ottawa. URL: <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>
3. Declaración de Yakarta. URL: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf
4. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. URL: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323Resumen.pdf>
5. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2010: Proyecto AP-21. URL: http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
6. Suárez Pinilla F, Medina Sastre M^aV. Consulta Joven en los Institutos: una experiencia a compartir. Revista Med fam Andal. 2000; 1: 84-86.



PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de julio a 31 de octubre de 2009)

Manteca González A

Médicos de Familia. Centro de Salud El Palo

Los artículos, publicados entre el 1 de julio y el 31 de octubre 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.

Debajo de cada referencia, se presenta su PMID, identificador para localizar el artículo en PubMed, en aquellos casos en los que se dispone de tal dato.

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.

Crandall SJ, Marion GS. Commentary: Identifying attitudes towards empathy: an essential feature of professionalism. Acad Med. 2009; 84: 1174-1176 [AO,II] 19707051

Spiro H. Commentary: The practice of empathy. Acad Med. 2009; 84:1177-1179 [AO,I] 19707052

Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. Acad Med. 2009; 84: 1198-1202 [T,I] 19707057

Mechanic D. The uncertain future of primary medical care. Ann Intern Med. 2009; 151: 66-67 [AO,II] 19581648

Ahmad F, Hogg-Johnson S, Stewart DE, Skinner HA, Glazier RH, Levinson W. Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial. Ann Intern Med. 2009; 151: 93-102 [EC,I] 19487706

Friedberg MW, Coltin KL, Safran DG, Dresser M, Zaslavsky AM, Schneider EC. Associations between structural capabilities of primary care practices and performance on selected quality measures. Ann Intern Med. 2009; 151: 456-463 [T,I] 19805769

Escobar F, López-Torres J. ¿Qué características de los estudiantes de medicina se relacionan con mejores conocimientos y actitudes hacia la medicina de familia? Aten Primaria. 2009; 41: 431-436 [QE,I] 19481304

Martin A. Comentario: Estudiantes, licenciados y medicina de familia: elementos de una relación imperfecta. Aten Primaria. 2009; 41: 436-438 [AO,I]

Ortega Y, Morral R. Médicos de familia, ante todo. Aten Primaria. 2009; 41: 475-476 [AO,I] 19631417

Louro A, Fernández E, Fernández E, Vázquez P, Villegas L, Casariego E. Análisis de las dudas de los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2009; 41: 592-597 [T,I] 19646791

Verbeek J, Madan I. From sick notes to fit notes. BMJ. 2009; 339: b3114 [AO,I] 19666986

- Terry AL, Giles G, Brown JB, Thind A, Stewart M. Adoption of electronic medical records in family practice: the providers' perspective. *Fam Med.* 2009; 41: 508-512 [C,II] 19582637
- Oyama O, Kosch SG, Burg MA, Spruill TE. Understanding the scope and practice of behavioral medicine in family medicine. *Fam Med.* 2009; 41: 578-584 [T,I] 19724943
- Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA.* 2009; 302: 1284-1293 [QE,I] 19773563
- Wesnes SL. General practice needs to improve recruitment and income of GP researchers. *Scand J Prim Health Care.* 2009; 27: 129-130 [AO,I] 19548179
- Wockenfuss R, Frese T, Herrmann K, Claussnitzer M, Sandholzer H. Three- and four-digit ICD-10 is not a reliable classification system in primary care. *Scand J Prim Health Care.* 2009; 27: 131-136 [T,II] 19565412
- RIESGO CARDIOVASCULAR.** Incluye: tabaco, dislipemias, hipertensión, obesidad, ejercicio físico, nutrición/dietética.
- Angell SY, Silver LD, Goldstein GP, Johnson CM, Deitcher DR, Frieden TR, et al. Cholesterol control beyond the clinic: New York City's trans fat restriction. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 129-134 [R,II] 19620165
- Gerberding JL. Safer fats for healthier hearts: the case for eliminating dietary artificial trans fat intake. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 137-138 [AO,II] 19620167
- Singer DE, Chang Y, Fang MC, Borowsky LH, Pomernacki NK, Udaltsova N, et al. The net clinical benefit of warfarin anticoagulation in atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 297-305 [S,II] 19721017
- Hart RG, Halperin JL. Do current guidelines result in overuse of warfarin anticoagulation in patients with atrial fibrillation? *Ann Intern Med.* 2009; 151: 355-356 [AO,II] 19721024
- Kelly TN, Bazzano LA, Fonseca VA, Thethi TK, Reynolds K, He J. Systematic review: glucose control and cardiovascular disease in type 2 diabetes. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 394-403 [M,II] 19620144
- U.S. Preventive Services Task Force. Using nontraditional risk factors in coronary heart disease risk assessment: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 474-482 [M,II] 19805770
- Buckley DI, Fu R, Freeman M, Rogers K, Helfand M. C-reactive protein as a risk factor for coronary heart disease: a systematic review and meta-analyses for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 483-495 [M,II] 19805771
- Helfand M, Buckley DI, Freeman M, Fu R, Rogers K, Fleming C, et al. Emerging risk factors for coronary heart disease: a summary of systematic reviews conducted for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 496-507 [M,II] 19805772
- Gibbons RJ, Gerber TC. Calcium scoring with computed tomography: what is the radiation risk? *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1185-1187 [AO,I] 19597066
- Müller-Nordhorn J, Wegscheider K, Nolte CH, Jungehülsing GJ, Rossnagel K, Reich A, et al. Population-based intervention to reduce prehospital delays in patients with cerebrovascular events. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1484-1490 [EC,II] 19752406
- Ghanbari H, Dalloul G, Hasan R, Daccarett M, Saba S, David S, et al. Effectiveness of implantable cardioverter-defibrillators for the primary prevention of sudden cardiac death in women with advanced heart failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1500-1506 [M,II] 19752408
- Christiansen CF, Christensen S, Mehnert F, Cummings SR, Chapurlat RD, Sørensen HT. Glucocorticoid use and risk of atrial fibrillation or flutter: a population-based, case-control study. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1677-1683 [CC,I] 19822824
- Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V. Women's cardiovascular health: prevention is key. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1740-1741 [AO,I] 19858428
- Schane RE, Glantz SA, Ling PM. Nondaily and social smoking: an increasingly prevalent pattern. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1742-1744 [R,II] 19858429
- De Rivas B, Permanyer-Miralda G, Brotons C, Aznar J, Sobreviela E; en representación de los investigadores del estudio INCA. Perfil clínico y patrones de manejo en los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos ambulatoriamente en España: estudio INCA (Estudio Insuficiencia Cardíaca). *Aten Primaria.* 2009; 41: 394-401 [T,I] 19427709
- Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Alvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al; Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Aten Primaria.* 2009; 41: 463 [M,II] 19608301
- O'Rourke MF. Should doctors recommend automated external defibrillators for use at home after myocardial infarction? Yes. *BMJ.* 2009; 338: b874 [AO,II] 19307277
- Hutchinson MD, Callans DJ. Should doctors recommend automated external defibrillators for use at home after myocardial infarction? No. *BMJ.* 2009; 338: b876 [AO,II] 19307278
- Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RG, et al. The benefits of statins in people without established

- cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2009; 338: b2376 [M,II]
19567909
- Collins GS, Altman DG. An independent external validation and evaluation of QRISK cardiovascular risk prediction: a prospective open cohort study. *BMJ*. 2009; 339: b2584 [S,II]
19584409
- Al-Shahi Salman R, Labovitz DL, Stapf C. Spontaneous intracerebral haemorrhage. *BMJ*. 2009; 339: b2586 [R,I]
19633038
- Sever P. Is systolic blood pressure all that matters? Yes. *BMJ*. 2009; 339: b2665 [AO,I]
19592405
- O'Brien E. Is systolic blood pressure all that matters? No. *BMJ*. 2009; 339: b2669 [AO,I]
19592406
- Jackson R, Marshall R, Kerr A, Riddell T, Wells S. QRISK or Framingham for predicting cardiovascular risk? *BMJ*. 2009; 339: b2673 [AO,II]
19584410
- Yusuf S, Natarajan M, Karthikeyan G, Taggart D. Management of stable angina. *BMJ*. 2009; 339: b2789 [AO,I]
19617264
- Mead G. Exercise after stroke. *BMJ*. 2009; 339: b2795 [AO,I]
19638388
- Juurink DN, Gomes T, Lipscombe LL, Austin PC, Hux JE, Mamdani MM. Adverse cardiovascular events during treatment with pioglitazone and rosiglitazone: population based cohort study. *BMJ*. 2009; 339: b2942 [S,II]
19690342
- Boffetta P, Straif K. Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis. *BMJ*. 2009; 339: b3060 [M,I]
19690343
- Betts TR. Is rate more important than rhythm in treating atrial fibrillation? Yes. *BMJ*. 2009; 339: b3173 [R,II]
19700508
- Mitchell AR. Is rate more important than rhythm in treating atrial fibrillation? No. *BMJ*. 2009; 339: b3174 [R,II]
19700509
- Heitmann BL, Frederiksen P. Thigh circumference and risk of heart disease and premature death: prospective cohort study. *BMJ*. 2009; 339: b3292 [S,II]
19729416
- Scott IA. Thigh circumference and risk of heart disease and premature death. *BMJ*. 2009; 339: b3302 [AO,I]
19729417
- Clarke R, Emberson J, Fletcher A, Breeze E, Marmot M, Shipley MJ. Life expectancy in relation to cardiovascular risk factors: 38 year follow-up of 19,000 men in the Whitehall study. *BMJ*. 2009; 339: b3513 [S,I]
19762417
- Schürks M, Rist PM, Bigal ME, Buring JE, Lipton RB, Kurth T. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009; 339: b3914 [M,I]
19861375
- Loder E. Migraine with aura and increased risk of ischaemic stroke. *BMJ*. 2009; 339: b4380 [AO,I]
19861379
- Myers J. Exercise capacity and prognosis in chronic heart failure. *Circulation*. 2009; 119: 3165-3167 [AO,I]
19528333
- Gotto AM Jr. Improving lipid goal attainment: is it enough? *Circulation*. 2009; 120: 3-5 [AO,I]
19546383
- Waters DD, Brotons C, Chiang CW, Ferrières J, Foody J, Jukema JW, et al; Lipid Treatment Assessment Project 2 Investigators. Lipid treatment assessment project 2: a multinational survey to evaluate the proportion of patients achieving low-density lipoprotein cholesterol goals. *Circulation*. 2009; 120: 28-34 [T,I]
19546386
- Preis SR, Pencina MJ, Hwang SJ, D'Agostino RB Sr, Savage PJ, Levy D, et al. Trends in cardiovascular disease risk factors in individuals with and without diabetes mellitus in the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2009; 120: 212-220 [S,II]
19581493
- Marma AK, Lloyd-Jones DM. Systematic examination of the updated Framingham heart study general cardiovascular risk profile. *Circulation*. 2009; 120: 384-390 [M,II]
19620502
- Atkins DL. Public access defibrillation: where does it work? *Circulation*. 2009; 120: 461-463 [AO,II]
19635966
- Mark AL. Cardiovascular side effects of antiobesity drugs: a yellow flag in the race to safe pharmacotherapy for obesity. *Circulation*. 2009; 120: 719-721 [AO,I]
19687353
- Johnson RK, Appel LJ, Brands M, Howard BV, Lefevre M, Lustig RH, et al; American Heart Association Nutrition Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism and the Council on Epidemiology and Prevention. Dietary sugars intake and cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009; 120: 1011-1020 [M,II]
19704096
- Freedman JE, Gersh BJ. New therapies for stroke prevention in atrial fibrillation: the long road to enhanced efficacy. *Circulation*. 2009; 120: 1024-1026 [AO,I]
19738132
- Raj SR, Stein CM, Saavedra PJ, Roden DM. Cardiovascular effects of noncardiovascular drugs. *Circulation*. 2009; 120: 1123-1132 [R,I]
19770411
- Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al; American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing; American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality of

- Care and Outcomes Research. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009; 120: 1141-1163 [M,II]
19720935
- Tonkin AM, Beauchamp A, Stevenson C. The importance of extinguishing secondhand smoke. *Circulation*. 2009; 120: 1339-1341 [AO,I]
19770389
- Hachamovitch R. Assessing the prognostic value of cardiovascular imaging: a statistical exercise or a guide to clinical value and application? *Circulation*. 2009; 120: 1342-1344 [AO,II]
19770390
- Anter E, Callans DJ, Wyse DG. Pharmacological and electrical conversion of atrial fibrillation to sinus rhythm is worth the effort. *Circulation*. 2009; 120: 1436-1443 [R,II]
19805660
- Wyse DG, Anter E, Callans DJ. Cardioversion of atrial fibrillation for maintenance of sinus rhythm: a road to nowhere. *Circulation*. 2009; 120: 1444-1452 [AO,II]
19805661
- Stern S, Sclarowsky S. The ECG in diabetes mellitus. *Circulation*. 2009; 120: 1633-1636 [R,I]
19841309
- Carnethon M, Whitsel LP, Franklin BA, Kris-Etherton P, Milani R, Pratt CA, et al; American Heart Association Advocacy Coordinating Committee; Council on Epidemiology and Prevention; Council on the Kidney in Cardiovascular Disease; Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism. Worksite wellness programs for cardiovascular disease prevention: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009; 120: 1725-1741 [M,II]
19794121
- Mohan S, Campbell NR, Willis K. Effective population-wide public health interventions to promote sodium reduction. *CMAJ*. 2009; 181: 605-609 [R,II]
19752102
- Church TS, Thompson AM, Katzmarzyk PT, Sui X, Johannsen N, Earnest CP, et al. Metabolic syndrome and diabetes, alone and in combination, as predictors of cardiovascular disease mortality among men. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1289-1294 [S,I]
19366967
- Mullican DR, Lorenzo C, Haffner SM. Is prehypertension a risk factor for the development of type 2 diabetes? *Diabetes Care*. 2009; 32: 1870-1872 [S,I]
19628813
- Jiménez-Ruiz C, Berlin I, Hering T. Varenicline: a novel pharmacotherapy for smoking cessation. *Drugs*. 2009; 69:1319-1338 [AO,II]
19583451
- Van de Werf F. New antithrombotic agents: are they needed and what can they offer to patients with a non-ST-elevation acute coronary syndrome? *Eur Heart J*. 2009; 30: 1695-1702 [R,I]
19491132
- Strandberg TE, Strandberg AY, Salomaa VV, Pitkälä KH, Tilvis RS, Sirola J, et al. Explaining the obesity paradox: cardiovascular risk, weight change, and mortality during long-term follow-up in men. *Eur Heart J*. 2009; 30: 1720-1727 [S,I]
19429917
- Swedberg K. Beta-blockers in worsening heart failure: good or bad? *Eur Heart J*. 2009; 30: 2177-2179 [AO,I]
19717852
- Messerli FH, Bangalore S, Ruschitzka F. Angiotensin receptor blockers: baseline therapy in hypertension? *Eur Heart J*. 2009; 30: 2427-2430 [AO,II]
19723696
- Melander O, Newton-Cheh C, Almgren P, Hedblad B, Berglund G, Engström G, et al. Novel and conventional biomarkers for prediction of incident cardiovascular events in the community. *JAMA*. 2009; 302: 49-57 [S,I]
19567439
- Shah SH, de Lemos JA. Biomarkers and cardiovascular disease: determining causality and quantifying contribution to risk assessment. *JAMA*. 2009; 302: 92-93 [AO,I]
19567447
- Roger VL. Lifestyle and cardiovascular health: individual and societal choices. *JAMA*. 2009; 302: 437-439 [AO,I]
19622826
- Albert NM, Yancy CW, Liang L, Zhao X, Hernandez AF, Peterson ED, et al. Use of aldosterone antagonists in heart failure. *JAMA*. 2009; 302: 1658-1665 [T,I]
19843900
- Verheugt FW. Who is ineligible for warfarin in atrial fibrillation? *Lancet*. 2009; 374: 510-511 [AO,I]
19683630
- Pollock JD, Koustova E, Hoffman A, Shurtleff D, Volkow ND. Treatments for nicotine addiction should be a top priority. *Lancet*. 2009; 374: 513-514 [AO,I]
19394686
- Eikelboom JW, Weitz JI. Otamixaban in acute coronary syndromes. *Lancet*. 2009; 374: 762-764 [AO,I]
19717186
- De Silva R, Fox KM. The changing horizon of acute coronary syndrome. *Lancet*. 2009; 374: 1125-1127 [AO,I]
19717183
- Armario P, Oliveras A, Hernández R, Poch E, Larrouse M, Roca-Cusachs A, et al. Prevalencia de lesión de órganos diana y factores asociados a la presencia de episodios cardiovasculares en sujetos con hipertensión arterial refractaria. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 127-131 [T,I]
19473676
- Roselló-Lletí E, Rivera M, Miró V, Cortés R, Martínez-Dolz L, Portolés M. Valor pronóstico de big endotelina-1 en pacientes con insuficiencia cardíaca y clase funcional moderadamente sintomática. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 173-176 [S,I]
19376546
- Lahoz C, Mostaza JM. Colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad: de factor de riesgo a diana terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 229-234 [R,I]
19535113
- Purroy F, Begué R, Quílez A, Piñol-Ripoll G, Sanahuja J, Brieva L et al. Implicaciones diagnósticas del perfil de recurrencia

- tras un ataque isquémico transitorio. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 283-289 [S,I]
- García A. Importancia del diagnóstico y tratamiento precoces en el ataque isquémico transitorio. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 300-301
- Ruiz-Canela M, Bes-Rastrollo M, Zazpe I, Martínez JA, Cuervo M, Martínez-González MA. Consumo de jamón curado e incidencia de episodios cardiovasculares, hipertensión arterial o ganancia de peso. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 574-580 [S,I]
- Tello-Montoliu A, Marín F. Biomarcadores en la estratificación del riesgo del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST: ¿hay algo más después de la troponina? *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 586-588 [AO,I]
- 19804891
- Chobanian AV. Shattuck Lecture. The hypertension paradox—more uncontrolled disease despite improved therapy. *N Engl J Med*. 2009; 361: 878-887 [AO,II]
- 19710486
- Reichlin T, Hochholzer W, Bassetti S, Steuer S, Stelzig C, Hartwiger S, et al. Early diagnosis of myocardial infarction with sensitive cardiac troponin assays. *N Engl J Med*. 2009; 361: 858-867 [EC,I]
- 19710484
- Keller T, Zeller T, Peetz D, Tzikas S, Roth A, Czyn E, et al. Sensitive troponin I assay in early diagnosis of acute myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2009; 361: 868-877 [EC,I]
- 19710485
- Bonow RO. Clinical practice. Should coronary calcium screening be used in cardiovascular prevention strategies? *N Engl J Med*. 2009; 361: 990-997 [AO,I]
- 19726773
- Lip GY, Lane DA. Tratamiento anticoagulante y antiagregante plaquetario combinado en pacientes con fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62: 972-975 [AO,II]
- 19712617
- Coca A, Cea-Calvo L, Lozano JV, Inaraja V, Fernández-Pérez C, Navarro J, et al. Representación del Grupo de los Investigadores del Estudio RIMHA. Colesterol HDL y enfermedad cardiovascular en mujeres hipertensas de España. Estudio RIMHA. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62: 1022-1031 [T,I]
- 19712623
- DIABETES.**
- Bilous R, Chaturvedi N, Sjölie AK, Fuller J, Klein R, Orchard T, et al. Effect of candesartan on microalbuminuria and albumin excretion rate in diabetes: three randomized trials. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 11-20, W3-4 [EC,I]
- 19451554
- Eggleston KN, Shah ND, Smith SA, Wagie AE, Williams AR, Grossman JH, et al. The net value of health care for patients with type 2 diabetes, 1997 to 2005. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 386-393 [CE,II]
- 19755364
- Kelly TN, Bazzano LA, Fonseca VA, Thethi TK, Reynolds K, He J. Systematic review: glucose control and cardiovascular disease in type 2 diabetes. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 394-403 [M,II]
- 19620144
- Lipscombe LL, LIVESQUE L, Gruneir A, Fischer HD, Juurlink DN, Gill SS, et al. Antipsychotic drugs and hyperglycemia in older patients with diabetes. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1282-1289 [CC,I]
- 19636029
- Foster GD, Borradaile KE, Sanders MH, Millman R, Zammit G, Newman AB, et al; Sleep AHEAD Research Group of Look AHEAD Research Group. A randomized study on the effect of weight loss on obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes: the Sleep AHEAD study. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1619-1626 [EC,I]
- 19786682
- Juurlink DN, Gomes T, Lipscombe LL, Austin PC, Hux JE, Mamdani MM. Adverse cardiovascular events during treatment with pioglitazone and rosiglitazone: population based cohort study. *BMJ*. 2009; 339: b2942 [S,II]
- 19690342
- De Vries CS, Russell-Jones DL. Rosiglitazone or pioglitazone in type 2 diabetes? *BMJ*. 2009; 339: b3076 [AO,II]
- 19690344
- Marwick TH, Hordern MD, Miller T, Chyun DA, Bertoni AG, Blumenthal RS, et al; Council on Clinical Cardiology, American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Exercise training for type 2 diabetes mellitus: impact on cardiovascular risk: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009; 119: 3244-3262 [M,II]
- 19506108
- Preis SR, Pencina MJ, Hwang SJ, D'Agostino RB Sr, Savage PJ, Levy D, et al. Trends in cardiovascular disease risk factors in individuals with and without diabetes mellitus in the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2009; 120: 212-220 [S,II]
- 19581493
- Stern S, Sclarowsky S. The ECG in diabetes mellitus. *Circulation*. 2009; 120: 1633-1636 [R,I]
- 19841309
- Flegel K. Controlling the complications of diabetes: it's about the sugar. *CMAJ*. 2009; 181: 357, E106-7 [AO,I]
- 19752139
- Cruickshank JK, Banerjee M. Pregnancy glycemia to vascular risk: nonglycemic diabetes? *CMAJ*. 2009; 181: 361-362 [AO,I]
- 19703910
- Davis NJ, Tomuta N, Schechter C, Isasi CR, Segal-Isaacson CJ, Stein D, et al. Comparative study of the effects of a 1-year dietary intervention of a low-carbohydrate diet versus a low-fat diet on weight and glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1147-1152 [EC,II]
- 19366978
- Bolli GB, Kerr D, Thomas R, Torlone E, Sola-Gazagnes A, Vitacolonna E, et al. Comparison of a multiple daily insulin injection regimen (basal once-daily glargine plus mealtime

- lispro) and continuous subcutaneous insulin infusion (lispro) in type 1 diabetes: a randomized open parallel multicenter study. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1170-1176 [EC,II]
19389820
- Harris LT, Haneuse SJ, Martin DP, Ralston JD. Diabetes quality of care and outpatient utilization associated with electronic patient-provider messaging: a cross-sectional analysis. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1182-1187 [T,I]
19366959
- Jovanovic A, Gerrard J, Taylor R. The second-meal phenomenon in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1199-1201 [QE,I]
19366973
- Nauck MA, Ratner RE, Kapitza C, Berria R, Boldrin M, Balena R. Treatment with the human once-weekly glucagon-like peptide-1 analog taspoglutide in combination with metformin improves glycemic control and lowers body weight in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone: a double-blind placebo-controlled study. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1237-1243 [EC,I]
19366970
- Kramer CK, von Mühlen D, Jassal SK, Barrett-Connor E. Serum uric acid levels improve prediction of incident type 2 diabetes in individuals with impaired fasting glucose: the Rancho Bernardo Study. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1272-1273 [S,I]
19366963
- Church TS, Thompson AM, Katzmarzyk PT, Sui X, Johannsen N, Earnest CP, et al. Metabolic syndrome and diabetes, alone and in combination, as predictors of cardiovascular disease mortality among men. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1289-1294 [S,I]
19366967
- International Expert Committee. International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1327-1334 [R,II]
19502545
- Fonseca V, Inzucchi SE, Ferrannini E. Redefining the diagnosis of diabetes using glycated hemoglobin. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1344-1345 [AO,II]
19564477
- Meigs JB. Multiple biomarker prediction of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1346-1348 [AO,I]
19564478
- Moses RG, Cheung NW. Point: Universal screening for gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1349-1351 [R,II]
19564479
- Berger H, Sermer M. Counterpoint: Selective screening for gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1352-1354 [AO,I]
19564480
- Absetz P, Oldenburg B, Hankonen N, Valve R, Heinonen H, Nissinen A, et al. Type 2 diabetes prevention in the real world: three-year results of the GOAL lifestyle implementation trial. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1418-1420 [EC,II]
19401442
- Jacobs-van der Bruggen MA, van Baal PH, Hoogenveen RT, Feenstra TL, Briggs AH, Lawson K, et al. Cost-effectiveness of lifestyle modification in diabetic patients. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1453-1458 [M,II]
19435958
- Simó R, Hernández C. Advances in the medical treatment of diabetic retinopathy. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1556-1562 [R,I]
19638526
- Perreault L, Kahn SE, Christophi CA, Knowler WC, Hamman RF; Diabetes Prevention Program Research Group. Regression from pre-diabetes to normal glucose regulation in the diabetes prevention program. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1583-1588 [EC,II]
19587364
- Lingvay I, Legendre JL, Kaloyanova PF, Zhang S, Adams-Huet B, Raskin P. Insulin-based versus triple oral therapy for newly diagnosed type 2 diabetes: which is better? *Diabetes Care*. 2009; 32: 1789-1795 [EC,II]
19592630
- Mullican DR, Lorenzo C, Haffner SM. Is prehypertension a risk factor for the development of type 2 diabetes? *Diabetes Care*. 2009; 32: 1870-1872 [S,I]
19628813
- Rajpathak SN, Kumbhani DJ, Crandall J, Barzilai N, Alderman M, Ridker PM. Statin therapy and risk of developing type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1924-1929 [M,II]
19794004
- Belalcazar LM, Raghavan VA, Ballantyne CM. Statin-induced diabetes: will it change clinical practice? *Diabetes Care*. 2009; 32: 1941-1943 [AO,I]
19794006
- Crawford P. Effectiveness of cinnamon for lowering hemoglobin A1C in patients with type 2 diabetes: a randomized, controlled trial. *J Am Board Fam Med*. 2009; 22: 507-512 [EC,I]
19734396
- Pradhan AD, Everett BM, Cook NR, Rifai N, Ridker PM. Effects of initiating insulin and metformin on glycemic control and inflammatory biomarkers among patients with type 2 diabetes: the LANCET randomized trial. *JAMA*. 2009; 302: 1186-1194 [EC,I]
19755697
- De Block CE, Van Gaal LF. GLP-1 receptor agonists for type 2 diabetes. *Lancet*. 2009; 374: 4-6 [AO,I]
19515414
- Buse JB, Rosenstock J, Sesti G, Schmidt WE, Montanya E, Brett JH, et al; LEAD-6 Study Group. Liraglutide once a day versus exenatide twice a day for type 2 diabetes: a 26-week randomised, parallel-group, multinational, open-label trial (LEAD-6). *Lancet*. 2009; 374: 39-47 [EC,I]
19515413
- Mauer M, Zinman B, Gardiner R, Suissa S, Sinaiko A, Strand T, et al. Renal and retinal effects of enalapril and losartan in type 1 diabetes. *N Engl J Med*. 2009; 361: 40-51 [EC,II]
19571282
- CÁNCER.** Incluye: mama, cervix, próstata, colon, otros.
- Fuccio L, Zagari RM, Eusebi LH, Laterza L, Cennamo V, Ceroni L, et al. Meta-analysis: can *Helicobacter pylori* eradication

- treatment reduce the risk for gastric cancer? *Ann Intern Med.* 2009; 151: 121-128 [M,II]
19620164
- Kim JJ, Ortendahl J, Goldie SJ. Cost-effectiveness of human papillomavirus vaccination and cervical cancer screening in women older than 30 years in the United States. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 538-545 [CE,II]
19841455
- Sánchez de Cos J. El cáncer de pulmón en España. Epidemiología, supervivencia y tratamiento actuales. *Arch Bronconeumol.* 2009; 45: 341-348 [R,I]
19324488
- Stuebe AM, Willett WC, Xue F, Michels KB. Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1364-1371 [S,I]
19667298
- TOMBOLA Group. Options for managing low grade cervical abnormalities detected at screening: cost effectiveness study. *BMJ.* 2009; 339: b2549 [CE,I]
19638648
- Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ.* 2009; 339: b2968 [CC,I]
19638651
- Ronco G, Arbyn M, Segnan N. Cervical screening according to age and HPV status. *BMJ.* 2009; 339: b3005 [AO,I]
19638652
- Franco EL. Managing low grade and borderline cervical abnormalities. *BMJ.* 2009; 339: b3014 [AO,I]
19638653
- Jones R, Charlton J, Latinovic R, Gulliford MC. Alarm symptoms and identification of non-cancer diagnoses in primary care: cohort study. *BMJ.* 2009; 339: b3094 [S,I]
19679615
- Austoker J. Diagnosis of ovarian cancer in primary care. *BMJ.* 2009; 339: b3286 [AO,I]
19706936
- Flick ED, Habel LA, Chan KA, Haque R, Quinn VP, Van Den Eeden SK, et al. Statin use and risk of colorectal cancer in a cohort of middle-aged men in the US: a prospective cohort study. *Drugs.* 2009; 69: 1445-1457 [S,I]
19634923
- Mørch LS, Løkkegaard E, Andreasen AH, Krüger-Kjaer S, Lidegaard O. Hormone therapy and ovarian cancer. *JAMA.* 2009; 302: 298-305 [S,II]
19602689
- Esserman L, Shieh Y, Thompson I. Rethinking screening for breast cancer and prostate cancer. *JAMA.* 2009; 302: 1685-1692 [AO,I]
19843904
- Schiffman M, Solomon D. Screening and prevention methods for cervical cancer. *JAMA.* 2009; 302: 1809-1810 [AO,I]
19861676
- Blanch M, Calvo M, Romera A, Perez-Piqueras A, Riera S, Cairols MA. Trombosis venosa profunda como marcador de recidiva de una neoplasia. *Med Clin (Barc).* 2009; 133: 529-532 [S,I]
19656530
- Lieberman DA. Clinical practice. Screening for colorectal cancer. *N Engl J Med.* 2009; 361: 1179-1187 [AO,I]
19759380
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Niederman M. In the clinic. Community-acquired pneumonia. *Ann Intern Med.* 2009; 151: ITC4-2-ITC4-14 [AO,I]
19805767
- Cowling BJ, Chan KH, Fang VJ, Cheng CK, Fung RO, Wai W, et al. Facemasks and hand hygiene to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 437-446 [EC,II]
19652172
- Khazeni N, Bravata DM, Holty JE, Uyeki TM, Stave CD, Gould MK. Systematic review: safety and efficacy of extended-duration antiviral chemoprophylaxis against pandemic and seasonal influenza. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 464-473 [M,I]
19652173
- Torres A. Algunas reflexiones sobre la gripe que no quieren llamar porcina: la visión desde Europa. *Arch Bronconeumol.* 2009; 45: 315-316 [AO,I]
19556052
- Sharpe BA. Guideline-recommended antibiotics in community-acquired pneumonia: not perfect, but good. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1462-1464 [AO,I]
19752402
- Oñorbe M. La "gripe nueva": ¿se ha abordado bien el problema? *Aten Primaria.* 2009; 41: 532-533 [AO,I]
- Jones R, Rubin G. Acute diarrhoea in adults. *BMJ.* 2009; 338: b1877 [AO,I]
19528114
- Atun RA, Gurol-Urganci I, McKee M. Health systems and increased longevity in people with HIV and AIDS. *BMJ.* 2009; 338: b2165 [AO,I]
19541695
- Nash KL, Bentley I, Hirschfield GM. Managing hepatitis C virus infection. *BMJ.* 2009; 338: b2366 [R,I]
19561051
- Lam FC, Law A, Wykes W. Herpes zoster ophthalmicus. *BMJ.* 2009; 339: b2624 [R,I]
19679612
- Nadala EC, Goh BT, Magbanua JP, Barber P, Swain A, Alexander S, et al. Performance evaluation of a new rapid urine test for chlamydia in men: prospective cohort study. *BMJ.* 2009; 339: b2655 [T,I]
19638650
- Godlee F. Predicting and preparing for pandemic flu. *BMJ.* 2009; 339: b2988 [AO,I]
- Watts G. A/H1N1 influenza virus: the basics. *BMJ.* 2009; 339: b3046 [AO,I]
19633037

- Sturgeon CM, Lai LC, Duffy MJ. Serum tumour markers: how to order and interpret them. *BMJ*. 2009; 339: b3527 [R,I] 19773328
- Ilic D, Green S. Prostate specific antigen for detecting early prostate cancer. *BMJ*. 2009; 339: b3572 [AO,II] 19778970
- Cowling BJ, Ng S, Longini IM Jr. A/H1N1 flu pandemic. Antiviral drugs: distinguish treatment from prophylaxis. *BMJ*. 2009; 339: b3620 [AO,I] 19737833
- Jefferson T, Del Mar C, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. *BMJ*. 2009; 339: b3675 [M,I] 19773323
- Pandemic Influenza Outbreak Research Modelling Team (Pan-InfORM), Fisman D. Modelling an influenza pandemic: A guide for the perplexed. *CMAJ*. 2009; 181: 171-173 [T,II] 19620267
- MacDonald N. H1N1 influenza vaccine: Global access for a global problem. *CMAJ*. 2009; 181:123, E30-E31 [AO,II] 19541727
- Hébert PC, MacDonald N. Preparing for pandemic (H1N1) 2009. *CMAJ*. 2009; 181: E102-E105 [AO,I] 19752125
- Hébert PC, MacDonald N. The H1N1 vaccine race: can we beat the pandemic? *CMAJ*. 2009; 181: E125-E127 [AO,I] 19752097
- Rodriguez-Alonso E, Rodriguez-Monje MT. Tratamiento antibiótico de la infección odontogénica. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2009; 33: 67-79 [R,I]
- Neugut AI. Aspirin as adjuvant therapy for colorectal cancer: a promising new twist for an old drug. *JAMA*. 2009; 302: 688-689 [AO,I] 19671913
- Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 302: 741-749 [EC,I] 19690306
- Grijalva CG, Nuorti JP, Griffin MR. Antibiotic prescription rates for acute respiratory tract infections in US ambulatory settings. *JAMA*. 2009; 302: 758-766 [S,II] 19690308
- Baeten JM, Celum C, Coates TJ. Male circumcision and HIV risks and benefits for women. *Lancet*. 2009; 374: 182-184 [AO,I] 19616704
- O'Brien KL, Wolfson LJ, Watt JP, Henkle E, Deloria-Knoll M, McCall N, et al; Hib and Pneumococcal Global Burden of Disease Study Team. Burden of disease caused by Streptococcus pneumoniae in children younger than 5 years: global estimates. *Lancet*. 2009; 374: 893-902 [M,II] 19748398
- Pneumococcal Global Burden of Disease Study Team. Burden of disease caused by Haemophilus influenzae type b in children younger than 5 years: global estimates. *Lancet*. 2009; 374: 903-911 [M,II] 19748399
- Vaque J. Gripe por el virus influenza A (H1N1) 2009: baja virulencia, pero claras características pandémicas. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 542-544 [AO,I] 19835728
- Méndez M, Muñoz N, Ortiz J, Audibert L. Infecciones de piel y partes blandas. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 552-564 [M,I]
- Reina J. Consideraciones generales sobre la nueva gripe A (H1N1). *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 626-628 [AO,II] 19828158
- Fiore AE, Shay DK, Broder K, Iskander JK, Uyeki TM, Mootrey G, et al; Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2009. *MMWR Recomm Rep*. 2009; 58(RR-8): 1-52 [M,II] 19644442
- National Center for Immunization and Respiratory Diseases, CDC; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Use of influenza A (H1N1) 2009 monovalent vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2009. *MMWR Recomm Rep*. 2009; 58(RR-10): 1-8 [M,II] 19713882
- Kahn JA. HPV vaccination for the prevention of cervical intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med*. 2009; 361: 271-278 [R,II] 19605832
- Zimmer SM, Burke DS. Historical perspective—Emergence of influenza A (H1N1) viruses. *N Engl J Med*. 2009; 361: 279-285 [R,II] 19564632
- Brown JS. Biomarkers and community-acquired pneumonia. *Thorax*. 2009; 64: 556-558 [AO,I] 19561275

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA.

- Lapperre TS, Snoeck-Stroband JB, Gosman MM, Jansen DF, van Schadewijk A, Thiadens HA, et al; Groningen Leiden Universities Corticosteroids in Obstructive Lung Disease Study Group. Effect of fluticasone with and without salmeterol on pulmonary outcomes in chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 517-527 [EC,I] 19841453
- Lee TA, Wilke C, Joo M, Stroupe KT, Krishnan JA, Schumock GT, et al. Outcomes associated with tiotropium use in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1403-1410 [S,I] 19667304
- Subbarao P, Mandhane PJ, Sears MR. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *CMAJ*. 2009; 181: E181-E190 [R,I] 19752106
- Lyseng-Williamson KA. Budesonide/Formoterol pressurized metered-dose inhaler: in chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs*. 2009; 69: 1459-1470 [R,I] 19634924

- Broekhuizen BD, Sachs AP, Oostvogels R, Hoes AW, Verheij TJ, Moons KG. The diagnostic value of history and physical examination for COPD in suspected or known cases: a systematic review. *Fam Pract.* 2009; 26: 260-268 [M,I] 19423699
- COPD-more than just tobacco smoke. *Lancet.* 2009; 374: 663 [AO,I] 19716941
- Welte T. Inhaled corticosteroids in COPD and the risk of pneumonia. *Lancet.* 2009; 374: 668-670 [AO,II] 19716946
- McKinstry B, Pinnock H, Sheikh A. Telemedicine for management of patients with COPD? *Lancet.* 2009; 374: 672-673 [AO,I] 19716948
- Soriano JB, Zielinski J, Price D. Screening for and early detection of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet.* 2009; 374: 721-732 [AO,II] 19716965
- Salvi SS, Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. *Lancet.* 2009; 374: 733-743 [R,I] 19716966
- Hansel TT, Barnes PJ. New drugs for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet.* 2009; 374: 744-755 [AO,II] 19716967
- Elliott MW. Domiciliary non-invasive ventilation in stable COPD? *Thorax.* 2009; 64: 553-556 [AO,I] 19561274
- Oddy WH. Breast feeding and childhood asthma. *Thorax.* 2009; 64: 558-559 [AO,I] 19561276
- Cassano PA. Nutritional effects on asthma aetiology and progression. *Thorax.* 2009; 64: 560 [AO,I] 19561277
- McEvoy RD, Pierce RJ, Hillman D, Esterman A, Ellis EE, Catcheside PG, et al; Australian trial of non-invasive Ventilation in Chronic Airflow Limitation (AVCAL) Study Group. Nocturnal non-invasive nasal ventilation in stable hypercapnic COPD: a randomised controlled trial. *Thorax.* 2009; 64: 561-566 [EC,I] 19213769
- Gibson PG, Simpson JL. The overlap syndrome of asthma and COPD: what are its features and how important is it? *Thorax.* 2009; 64: 728-735 [AO,I] 19638566
- SALUD MENTAL.** Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).
- Ahmad F, Hogg-Johnson S, Stewart DE, Skinner HA, Glazier RH, Levinson W. Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 93-102 [EC,I] 19487706
- Milne BJ, Caspi A, Harrington H, Poulton R, Rutter M, Moffitt TE. Predictive value of family history on severity of illness: the case for depression, anxiety, alcohol dependence, and drug dependence. *Arch Gen Psychiatry.* 2009; 66: 738-747 [S,I] 19581565
- Van Snellenberg JX, de Candia T. Meta-analytic evidence for familial coaggregation of schizophrenia and bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2009; 66: 748-755 [M,I] 19581566
- Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2009; 66: 764-772 [S,I] 19581568
- Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1692-1697 [T,I] 19822826
- León-Sanromà M, Aragonés E, Eichelbaum D, Pascual P. Medicina de familia y salud mental. *Aten Primaria.* 2009; 41:427-428 [AO,I]
- Pérula LA, Carmona-Tamajón V, Montero M, Ruiz-Moral R, Fernández-García JA, Muriel-Palomino M. Validación del Münchner Alkoholismus Test Subjektiv para el diagnóstico de alcoholismo en población adulta. *Aten Primaria.* 2009; 41: 446-452 [T,I] 19423189
- Reig-Ferrer A, Cabrero-García J, Lizán L. La valoración de la capacidad funcional, el bienestar psicológico y la salud mental en la atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 2009; 41:515-519 [R,I] 19427712
- Geddes JR, Barbui C, Cipriani A. Risk of suicidal behaviour in adults taking antidepressants. *BMJ.* 2009; 339: b3066 [AO,II] 19671934
- Chambers C. Selective serotonin reuptake inhibitors and congenital malformations. *BMJ.* 2009; 339: b3525 [AO,I] 19776102
- Pedersen LH, Henriksen TB, Vestergaard M, Olsen J, Bech BH. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and congenital malformations: population based cohort study. *BMJ.* 2009; 339: b3569 [S,II] 19776103
- Reis BY, Kohane IS, Mandl KD. Longitudinal histories as predictors of future diagnoses of domestic abuse: modelling study. *BMJ.* 2009; 339: b3677 [S,I] 19789406
- Godlee F. Time for a ban on alcohol advertising. *BMJ.* 2009; 339: b3681 [AO,I]
- Kivimäki M, Lawlor DA, Singh-Manoux A, Batty GD, Ferrie JE, Shipley MJ, et al. Common mental disorder and obesity: insight from four repeat measures over 19 years: prospective Whitehall II cohort study. *BMJ.* 2009; 339: b3765 [S,I] 19808765
- Atlantis E, Goldney RD, Wittert GA. Obesity and depression or anxiety. *BMJ.* 2009; 339: b3868 [AO,I] 19808767
- Laakkonen ML, Pitkälä K. Ethical care in dementia. *BMJ.* 2009; 339: b3993 [AO,I] 19801378

- Moore M, Yuen HM, Dunn N, Mullee MA, Maskell J, Kendrick T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *BMJ*. 2009; 339: b3999 [S,II]
19833707
- Pilling S, Anderson I, Goldberg D, Meader N, Taylor C; Two Guideline Development Groups. Depression in adults, including those with a chronic physical health problem: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2009; 339: b4108 [M,II]
19861376
- Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry*. 2009; 195: 3-4 [AO,II]
19567886
- Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, et al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2009; 195: 46-53 [T,II]
19567896
- Oyama O, Kosch SG, Burg MA, Spruill TE. Understanding the scope and practice of behavioral medicine in family medicine. *Fam Med*. 2009; 41: 578-584 [T,I]
19724943
- Zuithoff NP, Vergouwe Y, King M, Nazareth I, Hak E, Moons KG, et al. A clinical prediction rule for detecting major depressive disorder in primary care: the PREDICT-NL study. *Fam Pract*. 2009; 26: 241-250 [T,I]
19546117
- Soto F, García FJ. La industria tabaquera y la promoción del tabaquismo entre los menores y jóvenes: una revisión internacional. *Gac Sanit*. 2009; 23: 448-457 [R,I]
- Iruela LM, Picazo J, Pelaez C. Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2009; 33: 35-38 [R,I]
- MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, et al; McMaster Violence Against Women Research Group. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 2009; 302: 493-501 [EC,I]
19654384
- Moracco KE, Cole TB. Preventing intimate partner violence: screening is not enough. *JAMA*. 2009; 302: 568-570 [AO,I]
19654392
- Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009; 373: 2223-2233 [R,II]
19560604
- Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009; 373: 2234-2246 [R,I]
19560605
- Casswell S, Thamarangsi T. Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet*. 2009; 373: 2247-2257 [R,II]
19560606
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009; 374: 609-619 [M,II]
19640579
- Kessler D, Lewis G, Kaur S, Wiles N, King M, Weich S, et al. Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009; 374: 628-634 [EC,I]
19700005
- Dealing with the ethical dimension of dementia care. *Lancet*. 2009; 374: 1120 [AO,I]
19801078
- Marsden J, Eastwood B, Bradbury C, Dale-Perera A, Farrell M, Hammond P, et al; National Drug Treatment Monitoring System Outcomes Study Group. Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study. *Lancet*. 2009; 374: 1262-1270 [S,I]
19800681
- Mental health services for older people. *Lancet*. 2009; 374: 1394 [AO,I]
19854357
- Godas T, Gomez E, Salamero M, Fernandez-Huerta JM, Fernandez-Sola J. Relación entre el síndrome de fatiga crónica y el patrón de conducta tipo A. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 539-541 [T,I]
19596369
- Caselli RJ, Dueck AC, Osborne D, Sabbagh MN, Connor DJ, Ahern GL, et al. Longitudinal modeling of age-related memory decline and the APOE epsilon4 effect. *N Engl J Med*. 2009; 361: 255-263 [S,I]
19605830
- Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, Lauzon P, Guh D, Anis A, et al. Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *N Engl J Med*. 2009; 361: 777-786 [EC,I]
19692689

SALUD LABORAL.

- Alvarez E, Llergo A, Vaquero M. Análisis de la duración de los períodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores asociados. *Aten Primaria*. 2009; 41: 387-393 [T,I]
19464080
- Aurrekoetxea JJ, Sanzo JM, Zubero E, Alamillo E. Repetición de procesos de incapacidad temporal según diagnóstico. *Aten Primaria*. 2009; 41: 439-445 [CC,I]
19560841
- Carnethon M, Whitsel LP, Franklin BA, Kris-Etherton P, Milani R, Pratt CA, et al; American Heart Association Advocacy Coordinating Committee; Council on Epidemiology and Prevention; Council on the Kidney in Cardiovascular Disease; Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism. Worksite wellness programs for cardiovascular disease prevention: a policy statement from the American heart association. *Circulation*. 2009; 120: 1725-1741 [M,II]
19794121

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES.

- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for impaired visual acuity in older adults: U.S. Preventive Services Task

- Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 37-43, W10 [M,II]
19581645
- Chou R, Dana T, Bougatsos C. Screening older adults for impaired visual acuity: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 44-58, W11-20 [M,II]
19581646
- Chandra D, Parisini E, Mozaffarian D. Meta-analysis: travel and risk for venous thromboembolism. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 180-190 [M,II]
19581633
- Vandenbroucke JP, Cannegieter SC, Rosendaal FR. Travel and venous thrombosis: an exercise in thinking about bias. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 212-213 [AO,II]
19581634
- Mendu ML, McAvay G, Lampert R, Stoehr J, Tinetti ME. Yield of diagnostic tests in evaluating syncopal episodes in older patients. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1299-1305 [T,I]
19636031
- Foster GD, Borradaile KE, Sanders MH, Millman R, Zammit G, Newman AB, et al; Sleep AHEAD Research Group of Look AHEAD Research Group. A randomized study on the effect of weight loss on obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes: the Sleep AHEAD study. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1619-1626 [EC,I]
19786682
- Underwood M. Diagnosing acute nonspecific low back pain: time to lower the red flags? *Arthritis Rheum.* 2009; 60: 2855-2857 [AO,I]
19790072
- Jones R, Rubin G. Acute diarrhoea in adults. *BMJ.* 2009; 338: b1877 [AO,I]
19528114
- Barton GR, Sach TH, Jenkinson C, Doherty M, Avery AJ, Muir KR. Lifestyle interventions for knee pain in overweight and obese adults aged > or = 45: economic evaluation of randomised controlled trial. *BMJ.* 2009; 339: b2273 [CE,I]
19690341
- Little P. Sore throat in primary care. *BMJ.* 2009; 339: b2476 [AO,I]
19661137
- Ford AC, Moayyedi P. Treatment of chronic gastro-oesophageal reflux disease. *BMJ.* 2009; 339: b2481 [AO,I]
19654096
- Hamilton F, Car J, Layton A. Acne vulgaris. *BMJ.* 2009; 338: a2738 [R,I]
19502277
- Ford AC, Talley NJ. Does *Helicobacter pylori* really cause duodenal ulcers? Yes. *BMJ.* 2009; 339: b2784 [R,II]
19684098
- Roy PM. Diagnosis of venous thromboembolism. *BMJ.* 2009; 339: b2799 [AO,I]
19692436
- Pincus T, Block JA. Pain and radiographic damage in osteoarthritis. *BMJ.* 2009; 339: b2802 [AO,II]
19700504
- Neogi T, Felson D, Niu J, Nevitt M, Lewis CE, Aliabadi P, et al. Association between radiographic features of knee osteoarthritis and pain: results from two cohort studies. *BMJ.* 2009; 339: b2844 [CC,I]
19700505
- Hayward G, Thompson M, Heneghan C, Perera R, Del Mar C, Glasziou P. Corticosteroids for pain relief in sore throat: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2009; 339: b2976 [M,I]
19661138
- Geersing GJ, Janssen KJ, Oudega R, Bax L, Hoes AW, Reitsma JB, et al. Excluding venous thromboembolism using point of care D-dimer tests in outpatients: a diagnostic meta-analysis. *BMJ.* 2009; 339: b2990 [M,I]
19684102
- Dunn N. Oral contraceptives and venous thromboembolism. *BMJ.* 2009; 339: b3164 [AO,II]
19679617
- Jenkinson CM, Doherty M, Avery AJ, Read A, Taylor MA, Sach TH, et al. Effects of dietary intervention and quadriceps strengthening exercises on pain and function in overweight people with knee pain: randomised controlled trial. *BMJ.* 2009; 339: b3170 [EC,I]
19690345
- Barracough K, Bronstein A. Vertigo. *BMJ.* 2009; 339: b3493 [AO,I]
19773327
- Hay EM, Dunn KM. Prognosis of low back pain in primary care. *BMJ.* 2009; 339: b3694 [AO,I]
19808764
- Kivimäki M, Lawlor DA, Singh-Manoux A, Batty GD, Ferrie JE, Shipley MJ, et al. Common mental disorder and obesity: insight from four repeat measures over 19 years: prospective Whitehall II cohort study. *BMJ.* 2009; 339: b3765 [S,I]
19808765
- Costa Lda C, Maher CG, McAuley JH, Hancock MJ, Herbert RD, Refshauge KM, et al. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *BMJ.* 2009; 339: b3829 [S,I]
19808766
- Atlantis E, Goldney RD, Wittert GA. Obesity and depression or anxiety. *BMJ.* 2009; 339: b3868 [AO,I]
19808767
- Kuijper B, Tans JT, Beelen A, Nolle F, de Visser M. Cervical collar or physiotherapy versus wait and see policy for recent onset cervical radiculopathy: randomised trial. *BMJ.* 2009; 339: b3883 [EC,I]
19812130
- Schürks M, Rist PM, Bigal ME, Buring JE, Lipton RB, Kurth T. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2009; 339: b3914 [M,I]
19861375
- Loder E. Migraine with aura and increased risk of ischaemic stroke. *BMJ.* 2009; 339: b4380 [AO,I]
19861379
- Simó R, Hernández C. Advances in the medical treatment of diabetic retinopathy. *Diabetes Care.* 2009; 32: 1556-1562 [R,I]
19638526

- Baldwin CM, Keam SJ. Rabeprazole: a review of its use in the management of gastric Acid-related diseases in adults. *Drugs*. 2009; 69: 1373-1401 [R,I]
19583455
- Croom KF, Siddiqui MA. Etoricoxib: a review of its use in the symptomatic treatment of osteoarthritis, rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and acute gouty arthritis. *Drugs*. 2009; 69: 1513-1532 [R,I]
- Rakel DP, Hoeft TJ, Barrett BP, Chewing BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med*. 2009; 41: 494-501 [EC,I]
19582635
- Schriefer SP, Landis SE, Turbow DJ, Patch SC. Effect of a computerized body mass index prompt on diagnosis and treatment of adult obesity. *Fam Med*. 2009; 41: 502-507 [EC,I]
19582636
- Corbett M, Foster N, Ong BN. GP attitudes and self-reported behaviour in primary care consultations for low back pain. *Fam Pract*. 2009; 26: 359-364 [C,I]
19546118
- Tort S, Balboa A, Marzo M, Carrillo R, Mínguez M, Valdepérez J, et al; Centro Cochrane Iberoamericano; Asociación Española de Gastroenterología; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). Guía clínica de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Actualización 2008. *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 431-464 [M,II]
17020681
- Savarino E, Pohl D, Zentilin P, Dulbecco P, Sammito G, Sconfienza L, et al. Functional heartburn has more in common with functional dyspepsia than with non-erosive reflux disease. *Gut*. 2009; 58: 1185-1191 [T,I]
19460766
- Petersen RC, Trojanowski JQ. Use of Alzheimer disease biomarkers: potentially yes for clinical trials but not yet for clinical practice. *JAMA*. 2009; 302: 436-437 [AO,I]
19622825
- Brauer CA, Coca-Perrillon M, Cutler DM, Rosen AB. Incidence and mortality of hip fractures in the United States. *JAMA*. 2009; 302: 1573-1579 [T,I]
19826027
- Jarvik JG, Comstock BA, Kliot M, Turner JA, Chan L, Heagerty PJ, et al. Surgery versus non-surgical therapy for carpal tunnel syndrome: a randomised parallel-group trial. *Lancet*. 2009; 374: 1074-1081 [EC,I]
19782873
- Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Jackson AC, Houlden RL. Nortriptyline and gabapentin, alone and in combination for neuropathic pain: a double-blind, randomised controlled crossover trial. *Lancet*. 2009; 374: 1252-1261 [EC,I]
19796802
- Páramo JA, Lecumberri R. Enfermedad tromboembólica venosa: una llamada urgente a la acción. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 547-551 [AO,I]
19464707
- Martínez-Salio A, Gómez de la Cámara A, Ribera MV, Montero J, Blanco E, Collado A, et al. Diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 629-636 [M,II]
19640552
- Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2009; 361: 298-299 [AO,I]
19605835
- Khosla S. Increasing options for the treatment of osteoporosis. *N Engl J Med*. 2009; 361: 818-820 [AO,I]
19671654
- García J, Rodero B. Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatol Clin*. 2009; 05: 9-11 [R,I]
- Alonso A. Opioides en la artrosis. De las guías a la práctica clínica. *Reumatol Clin*. 2009; 05: 15-18 [AO,I]
- Insausti J. Lumbalgia inespecífica: en busca del origen del dolor. *Reumatol Clin*. 2009; 05: 19-26 [AO,I]
- Brekke M, Eilertsen RK. Acute abdominal pain in general practice: tentative diagnoses and handling. A descriptive study. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27: 137-140 [T,I]
19731181

ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA.

- Ruiz-Irastorza G, Martínez-Berriotxo A, Egurbide MV. Síndrome antifosfolipídico en el siglo XXI. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 390-396 [R,I]

MEDIOS DIAGNÓSTICOS.

- Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. *Acad Med*. 2009; 84: 1022-1028 [AO,II]
19638766
- U.S. Preventive Services Task Force. Using nontraditional risk factors in coronary heart disease risk assessment: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 474-482 [M,II]
19805770
- Buckley DI, Fu R, Freeman M, Rogers K, Helfand M. C-reactive protein as a risk factor for coronary heart disease: a systematic review and meta-analyses for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 483-495 [M,II]
19805771
- Helfand M, Buckley DI, Freeman M, Fu R, Rogers K, Fleming C, et al. Emerging risk factors for coronary heart disease: a summary of systematic reviews conducted for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 496-507 [M,II]
19805772
- Gibbons RJ, Gerber TC. Calcium scoring with computed tomography: what is the radiation risk? *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1185-1187 [AO,I]
19597066
- Mendu ML, McAvay G, Lampert R, Stoeckl J, Tinetti ME. Yield of diagnostic tests in evaluating syncopal episodes in older patients. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1299-1305 [T,I]
19636031
- Singh H, Thomas EJ, Mani S, Sittig D, Arora H, Espadas D, et al. Timely follow-up of abnormal diagnostic imaging test results in an outpatient setting: are electronic medical records

- achieving their potential? Arch Intern Med. 2009; 169: 1578-1586 [S,II]
19786677
- Pérula LA, Carmona-Tamajón V, Montero M, Ruiz-Moral R, Fernández-García JA, Muriel-Palomino M. Validación del Münchner Alkoholismus Test Subjektiv para el diagnóstico de alcoholismo en población adulta. Aten Primaria. 2009; 41: 446-452 [T,I]
19423189
- Taberner R, Pareja A, Llambich A, Vila A, Torné I, Nadal C, et al. Fiabilidad diagnóstica de una consulta de teledermatología asíncrona. Aten Primaria. 2009; 41: 552-557 [T,I]
19500880
- Welch HG. Overdiagnosis and mammography screening. BMJ. 2009; 339: b1425 [AO,II]
19589820
- Dixon AK, Watson CJ. Imaging in patients with acute abdominal pain. BMJ. 2009; 338: b1678 [ao,i]
19561055
- Dickerson EH, Raghunath AS, Atkin SL. Initial investigation of amenorrhoea. BMJ. 2009; 339: b2184 [R,I]
19654161
- Jorgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. BMJ. 2009; 339: b2587 [M,II]
19589821
- Nadala EC, Goh BT, Magbanua JP, Barber P, Swain A, Alexander S, et al. Performance evaluation of a new rapid urine test for chlamydia in men: prospective cohort study. BMJ. 2009; 339: b2655 [T,I]
19638650
- Roy PM. Diagnosis of venous thromboembolism. BMJ. 2009; 339: b2799 [AO,I]
19692436
- Pincus T, Block JA. Pain and radiographic damage in osteoarthritis. BMJ. 2009; 339: b2802 [AO,II]
19700504
- Neogi T, Felson D, Niu J, Nevitt M, Lewis CE, Aliabadi P, et al. Association between radiographic features of knee osteoarthritis and pain: results from two cohort studies. BMJ. 2009; 339: b2844 [CC,I]
19700505
- Geersing GJ, Janssen KJ, Oudega R, Bax L, Hoes AW, Reitsma JB, et al. Excluding venous thromboembolism using point of care D-dimer tests in outpatients: a diagnostic meta-analysis. BMJ. 2009; 339: b2990 [M,I]
19684102
- Jones R, Charlton J, Latinovic R, Gulliford MC. Alarm symptoms and identification of non-cancer diagnoses in primary care: cohort study. BMJ. 2009; 339: b3094 [S,I]
19679615
- Norman G, Barraclough K, Dolovich L, Price D. Iterative diagnosis. BMJ. 2009; 339: b3490 [R,I]
19773326
- Sturgeon CM, Lai LC, Duffy MJ. Serum tumour markers: how to order and interpret them. BMJ. 2009; 339: b3527 [R,I]
19773328
- Ilic D, Green S. Prostate specific antigen for detecting early prostate cancer. BMJ. 2009; 339: b3572 [AO,II]
19778970
- Hachamovitch R. Assessing the prognostic value of cardiovascular imaging: a statistical exercise or a guide to clinical value and application? Circulation. 2009; 120: 1342-1344 [AO,II]
19770390
- International Expert Committee. International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. Diabetes Care. 2009; 32: 1327-1334 [R,II]
19502545
- Fonseca V, Inzucchi SE, Ferrannini E. Redefining the diagnosis of diabetes using glycated hemoglobin. Diabetes Care. 2009; 32: 1344-1345 [AO,II]
19564477
- Meigs JB. Multiple biomarker prediction of type 2 diabetes. Diabetes Care. 2009; 32: 1346-1348 [AO,I]
19564478
- Zuithoff NP, Vergouwe Y, King M, Nazareth I, Hak E, Moons KG, et al. A clinical prediction rule for detecting major depressive disorder in primary care: the PREDICT-NL study. Fam Pract. 2009; 26: 241-250 [T,I]
19546117
- Broekhuizen BD, Sachs AP, Oostvogels R, Hoes AW, Verheij TJ, Moons KG. The diagnostic value of history and physical examination for COPD in suspected or known cases: a systematic review. Fam Pract. 2009; 26: 260-268 [M,I]
19423699
- Melander O, Newton-Cheh C, Almgren P, Hedblad B, Berglund G, Engström G, et al. Novel and conventional biomarkers for prediction of incident cardiovascular events in the community. JAMA. 2009; 302: 49-57 [S,I]
19567439
- Shah SH, de Lemos JA. Biomarkers and cardiovascular disease: determining causality and quantifying contribution to risk assessment. JAMA. 2009; 302: 92-93 [AO,I]
19567447
- Petersen RC, Trojanowski JQ. Use of Alzheimer disease biomarkers: potentially yes for clinical trials but not yet for clinical practice. JAMA. 2009; 302: 436-437 [AO,I]
19622825
- Roselló-Lletí E, Rivera M, Miró V, Cortés R, Martínez-Dolz L, Portolés M. Valor pronóstico de big endotelina-1 en pacientes con insuficiencia cardíaca y clase funcional moderadamente sintomática. Med Clin (Barc). 2009; 133: 173-176 [S,I]
19376546
- Alonso JL, Annicchérigo FJ, Urbiet MA, García JL, Ezcurra M, Lasa B. Utilidad clínica de la troponina I en la tromboembolia pulmonar. Med Clin (Barc). 2009; 133: 201-205 [T,I]
19539962
- Purroy F, Begué R, Quílez A, Piñol-Ripoll G, Sanahuja J, Brieva L et al. Implicaciones diagnósticas del perfil de recurrencia tras un ataque isquémico transitorio. Med Clin(Barc). 2009; 133: 283-289 [S,I]
- Van Gossum A, Navas MM, Fernandez-Urien I, Carretero C, Gay G, Delvaux M, et al. Capsule endoscopy versus colonoscopy

for the detection of polyps and cancer. *N Engl J Med.* 2009; 361: 264-270 [EC,II]
19605831

Bretthauer M. The capsule and colorectal-cancer screening—the crux of the matter. *N Engl J Med.* 2009; 361: 300-301 [AO,I]
19605836

Lauer MS. Elements of danger—the case of medical imaging. *N Engl J Med.* 2009; 361: 841-843 [AO,I]
19710480

Reichlin T, Hochholzer W, Bassetti S, Steuer S, Stelzig C, Hartwiger S, et al. Early diagnosis of myocardial infarction with sensitive cardiac troponin assays. *N Engl J Med.* 2009; 361: 858-867 [EC,I]
19710484

Keller T, Zeller T, Peetz D, Tzikas S, Roth A, Czyz E, et al. Sensitive troponin I assay in early diagnosis of acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2009; 361: 868-877 [EC,I]
19710485

Morrow DA. Clinical application of sensitive troponin assays. *N Engl J Med.* 2009; 361: 913-915 [AO,I]
19710490

Bonow RO. Clinical practice. Should coronary calcium screening be used in cardiovascular prevention strategies? *N Engl J Med.* 2009; 361: 990-997 [AO,I]
19726773

Wockenfuss R, Frese T, Herrmann K, Claussnitzer M, Sandholzer H. Three- and four-digit ICD-10 is not a reliable classification system in primary care. *Scand J Prim Health Care.* 2009; 27: 131-136 [T,II]
19565412

Brown JS. Biomarkers and community-acquired pneumonia. *Thorax.* 2009; 64: 556-558 [AO,I]
19561275

INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2009; 66: 764-772 [S,I]
19581568

Pérez A, Martínez ML, Mesa I, Pérez R, Leal FJ, Jiménez I. Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997-2007) *Aten Primaria.* 2009; 41: 479-485 [T,I]
19500882

De la Revilla L. Comentario editorial: Disfunción familiar o crisis de desarrollo en la adolescencia. *Aten Primaria.* 2009; 41: 485-486 [AO,I]

Kirby D. Reducing pregnancy and health risk behaviours in teenagers. *BMJ.* 2009; 339: b2054 [AO,I]
19589815

Saperia J, Lakhanpaul M, Kemp A, Glaser D; Guideline Development Group and Technical Team. When to suspect child maltreatment: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2009; 339: b2689 [M,II]
19625357

Erlewyn-Lajeunesse M, Brathwaite N, Lucas JS, Warner JO. Recommendations for the administration of influenza vaccine in children allergic to egg. *BMJ.* 2009; 339: b3680 [R,I]
19755545

Iruela LM, Picazo J, Pelaez C. Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2009; 33: 35-38. [R,I]

Blum RW. Young people: not as healthy as they seem. *Lancet.* 2009; 374: 853-854 [AO,I]
19748383

Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet.* 2009; 374: 881-892 [T,II]
19748397

O'Brien KL, Wolfson LJ, Watt JP, Henkle E, Deloria-Knoll M, McCall N, et al; Hib and Pneumococcal Global Burden of Disease Study Team. Burden of disease caused by *Streptococcus pneumoniae* in children younger than 5 years: global estimates. *Lancet.* 2009; 374: 893-902 [M,II]
19748398

Watt JP, Wolfson LJ, O'Brien KL, Henkle E, Deloria-Knoll M, McCall N, et al; Hib and Pneumococcal Global Burden of Disease Study Team. Burden of disease caused by *Haemophilus influenzae* type b in children younger than 5 years: global estimates. *Lancet.* 2009; 374: 903-911 [M,II]
19748399

Kinney HC, Thach BT. The sudden infant death syndrome. *N Engl J Med.* 2009; 361: 795-805 [AO,II]
19692691

Oddy WH. Breast feeding and childhood asthma. *Thorax.* 2009; 64: 558-559 [AO,I]
19561276

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

Chan WS, Lee A, Spencer FA, Crowther M, Rodger M, Ramsay T, et al. Predicting deep venous thrombosis in pregnancy: out in «LEFT» field? *Ann Intern Med.* 2009; 151: 85-92 [T,I]
19620161

Caughey AB, Sundaram V, Kaimal AJ, Gienger A, Cheng YW, McDonald KM, et al. Systematic review: elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 252-263, W53-W63 [M,II]
19687492

Stuebe AM, Willett WC, Xue F, Michels KB. Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1364-1371 [S,I]
19667298

Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V. Women's cardiovascular health: prevention is key. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1740-1741 [AO,I]
19858428

Kirby D. Reducing pregnancy and health risk behaviours in teenagers. *BMJ.* 2009; 339: b2054 [AO,I]
19589815

- Dickerson EH, Raghunath AS, Atkin SL. Initial investigation of amenorrhoea. *BMJ*. 2009; 339: b2184 [R,I]
19654161
- Arunakumari PS, Walker S. Reduced sexual desire in women. *BMJ*. 2009; 339: b2371 [R,I]
19666985
- Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009; 339: b2890 [S,II]
19679613
- Amy JJ, Tripathi V. Contraception for women: an evidence based overview. *BMJ*. 2009; 339: b2895 [R,II]
19666684
- Van Hylckama A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ*. 2009; 339: b2921 [CC,II]
19679614
- Dunn N. Oral contraceptives and venous thromboembolism. *BMJ*. 2009; 339: b3164 [AO,II]
19679617
- McLachlan H, Forster D. The safety of home birth: is the evidence good enough? *CMAJ*. 2009; 181: 359-360 [AO,I]
19720686
- Cruikshank JK, Banerjee M. Pregnancy glycemia to vascular risk: nonglycemic diabetes? *CMAJ*. 2009; 181: 361-362 [AO,I]
19703910
- Berger H, Sermer M. Counterpoint: Selective screening for gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1352-1354 [AO,I]
19564480
- Langer RD. Efficacy, safety, and tolerability of low-dose hormone therapy in managing menopausal symptoms. *J Am Board Fam Med*. 2009; 22: 563-573 [AO,I]
19734403
- Morch LS, Løkkegaard E, Andreasen AH, Krüger-Kjaer S, Lidegaard O. Hormone therapy and ovarian cancer. *JAMA*. 2009; 302: 298-305 [S,II]
19602689
- Orjuela M, Ronda E, Regidor E. Contribución de la inmigración al incremento de las interrupciones voluntarias del embarazo. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 213-216 [T,I]
19539337
- García F, Ferrer JC, Baixauli A, Albalat R, Macagno LE, Pablos C, et al. Mejora a corto plazo del peso y la calidad de vida de mujeres obesas posmenopáusicas mediante un programa ambulatorio de ejercicio físico. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 533-538 [EC,I]
19748641
- ANCIANOS.**
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for impaired visual acuity in older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 37-43, W10 [M,II]
19581645
- Chou R, Dana T, Bougatsos C. Screening older adults for impaired visual acuity: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 44-58, W11-20 [M,II]
19581646
- Lipscombe LL, Lévesque L, Gruneir A, Fischer HD, Juurlink DN, Gill SS, et al. Antipsychotic drugs and hyperglycemia in older patients with diabetes. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1282-1289 [CC,I]
19636029
- Mendu ML, McAvay G, Lampert R, Stoehr J, Tinetti ME. Yield of diagnostic tests in evaluating syncopal episodes in older patients. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1299-1305 [T,I]
19636031
- Carrière I, Fourrier-Reglat A, Dartigues JF, Rouaud O, Pasquier F, Ritchie K, et al. Drugs with anticholinergic properties, cognitive decline, and dementia in an elderly general population: the 3-city study. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1317-1324 [S,I]
19636034
- Stessman J, Hammerman-Rozenberg R, Cohen A, Ein-Mor E, Jacobs JM. Physical activity, function, and longevity among the very old. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1476-1483 [S,I]
19752405
- Inzitari D, Pracucci G, Poggesi A, Carlucci G, Barkhof F, Chabriat H, et al; LADIS Study Group. Changes in white matter as determinant of global functional decline in older independent outpatients: three year follow-up of LADIS (leukoaraiosis and disability) study cohort. *BMJ*. 2009; 339: b2477 [S,I]
19581317
- Rikkert MG, Melis RJ, Claassen JA. Heat waves and dehydration in the elderly. *BMJ*. 2009; 339: b2663 [AO,I]
19574318
- Oliver D. Age based discrimination in health and social care services. *BMJ*. 2009; 339: b3400 [AO,II]
19706655
- Wagenaar DB, Rosenbaum R, Herman S, Page C. Elder abuse education in primary care residency programs: a cluster group analysis. *Fam Med*. 2009; 41: 481-486 [T,I]
19582632
- Guirao-Goris JA, Cabrero-García J, Moreno JP, Muñoz-Mendoza CL. Revisión estructurada de los cuestionarios y escalas que miden la actividad física en los adultos mayores y ancianos. *Gac Sanit*. 2009; 23: 334 [R,I]
19545934
- Dong X, Simon M, Mendes de Leon C, Fulmer T, Beck T, Hebert L, et al. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA*. 2009; 302: 517-526 [S,I]
19654386
- Gill TM. Elder self-neglect: medical emergency or marker of extreme vulnerability? *JAMA*. 2009; 302: 570-571 [AO,I]
19654393

Mental health services for older people. *Lancet*. 2009; 374: 1394 [AO,I]
19854357

Caselli RJ, Dueck AC, Osborne D, Sabbagh MN, Connor DJ, Ahern GL, et al. Longitudinal modeling of age-related memory decline and the APOE epsilon4 effect. *N Engl J Med*. 2009; 361: 255-263 [S,I]
19605830

Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wyller TB, Straand J. The Norwegian General Practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27: 153-159 [C,II]
19462339

URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

Müller-Nordhorn J, Wegscheider K, Nolte CH, Jungehülsing GJ, Rossnagel K, Reich A, et al. Population-based intervention to reduce prehospital delays in patients with cerebrovascular events. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1484-1490 [EC,II]
19752406

Ghanbari H, Dalloul G, Hasan R, Daccarett M, Saba S, David S, et al. Effectiveness of implantable cardioverter-defibrillators for the primary prevention of sudden cardiac death in women with advanced heart failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1500-1506 [M,II]
19752408

O'Rourke MF. Should doctors recommend automated external defibrillators for use at home after myocardial infarction? Yes. *BMJ*. 2009; 338: b874 [AO,II]
19307277

Hutchinson MD, Callans DJ. Should doctors recommend automated external defibrillators for use at home after myocardial infarction? No. *BMJ*. 2009; 338: b876 [AO,II]
19307278

Dixon AK, Watson CJ. Imaging in patients with acute abdominal pain. *BMJ*. 2009; 338: b1678 [AO,I]
19561055

Andreae DA, Andreae MH. Should antihistamines be used to treat anaphylaxis? *BMJ*. 2009; 339: b2489 [AO,I]
19592404

Anter E, Callans DJ, Wyse DG. Pharmacological and electrical conversion of atrial fibrillation to sinus rhythm is worth the effort. *Circulation*. 2009; 120: 1436-1443 [R,II]
19805660

Wyse DG, Anter E, Callans DJ. Cardioversion of atrial fibrillation for maintenance of sinus rhythm: a road to nowhere. *Circulation*. 2009; 120: 1444-1452 [AO,II]
19805661

Alonso JL, Annicchérico FJ, Urbietta MA, García JL, Ezcurra M, Lasa B. Utilidad clínica de la troponina I en la tromboembolia pulmonar. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 201-205 [T,I]
19539962

Brekke M, Eilertsen RK. Acute abdominal pain in general practice: tentative diagnoses and handling. A descriptive

study. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27: 137-140 [T,I]
19731181

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

Anderson BL, Silverman GK, Loewenstein GF, Zinberg S, Schulkin J. Factors associated with physicians' reliance on pharmaceutical sales representatives. *Acad Med*. 2009; 84: 994-1002 [T,I]
19638762

Mann JF, Schmieder RE, Dyal L, McQueen MJ, Schumacher H, Pogue J, et al; TRANSCEND (Telmisartan Randomised Assessment Study in ACE Intolerant Subjects with Cardiovascular Disease) Investigators. Effect of telmisartan on renal outcomes: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 1-10, W1-2 [EC,I]
19451556

Bilous R, Chaturvedi N, Sjölie AK, Fuller J, Klein R, Orchard T, et al. Effect of candesartan on microalbuminuria and albumin excretion rate in diabetes: three randomized trials. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 11-20, W3-4 [EC,I]
19451554

Parfrey PS. Angiotensin-receptor blockers in the prevention or treatment of microalbuminuria. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 63-65 [AO,I]
19581647

Singer DE, Chang Y, Fang MC, Borowsky LH, Pomernacki NK, Udaltsova N, et al. The net clinical benefit of warfarin anticoagulation in atrial fibrillation. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 297-305 [S,II]
19721017

Hart RG, Halperin JL. Do current guidelines result in overuse of warfarin anticoagulation in patients with atrial fibrillation? *Ann Intern Med*. 2009; 151: 355-356 [AO,II]
19721024

Lapperre TS, Snoeck-Stroband JB, Gosman MM, Jansen DF, van Schadewijk A, Thiadens HA, et al; Groningen Leiden Universities Corticosteroids in Obstructive Lung Disease Study Group. Effect of fluticasone with and without salmeterol on pulmonary outcomes in chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 517-527 [EC,I]
19841453

Lind M, Boman K, Johansson L, Nilsson TK, Ohlin AK, Birgander LS, et al. Thrombomodulin as a marker for bleeding complications during warfarin treatment. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1210-1215 [S,I]
19597070

Lipscombe LL, Lévesque L, Gruneir A, Fischer HD, Juurlink DN, Gill SS, et al. Antipsychotic drugs and hyperglycemia in older patients with diabetes. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1282-1289 [CC,I]
19636029

Carrière I, Fourier-Reglat A, Dartigues JF, Rouaud O, Pasquier F, Ritchie K, et al. Drugs with anticholinergic properties, cognitive decline, and dementia in an elderly general population: the 3-city study. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1317-1324 [S,I]
19636034

- Dormuth CR, Carney G, Carleton B, Bassett K, Wright JM. Thiazolidinediones and fractures in men and women. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1395-1402 [S,II] 19667303
- Lee TA, Wilke C, Joo M, Stroupe KT, Krishnan JA, Schumock GT, et al. Outcomes associated with tiotropium use in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1403-1410 [S,I] 19667304
- Sharpe BA. Guideline-recommended antibiotics in community-acquired pneumonia: not perfect, but good. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1462-1464 [AO,I] 19752402
- Christiansen CF, Christensen S, Mehnert F, Cummings SR, Chapurlat RD, Sørensen HT. Glucocorticoid use and risk of atrial fibrillation or flutter: a population-based, case-control study. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1677-1683 [CC,I] 19822824
- Jiménez J, García JF, Bermúdez C, Silva MM, Tuneu L. Evaluación de sitios web con información sobre medicamentos. *Aten Primaria.* 2009; 41: 360-366 [T,I] 19464077
- Bravo R. Información sobre medicamentos en Internet: necesaria y mejorable. *Aten Primaria.* 2009; 41: 367-369 [AO,I] 19525038
- Baos V. La información sobre medicamentos en internet, un gran avance. *Aten Primaria.* 2009; 41: 369-370 [AO,I] 19555808
- Prados A, Sicras A, Estelrich J, Calderón A, Rabanaque MJ, López A. Identificación de pacientes hiperconsumidores de farmacia en atención primaria. *Aten Primaria.* 2009; 41: 453-459 [S,I] 19520462
- Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RG, et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2009; 338: b2376 [M,II] 19567909
- Munday D, Petrova M, Dale J. Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. *BMJ.* 2009; 339: b2391 [C,I] 19605422
- Cocco G, Chu D. Rimona-bant may induce atrial fibrillation. *BMJ.* 2009; 338: b1061 [T,I] 19525304
- Andreae DA, Andreae MH. Should antihistamines be used to treat anaphylaxis? *BMJ.* 2009; 339: b2489 [AO,I] 19592404
- Lidegaard O, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ.* 2009; 339: b2890 [S,II] 19679613
- Hayward G, Thompson M, Heneghan C, Perera R, Del Mar C, Glasziou P. Corticosteroids for pain relief in sore throat: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2009; 339: b2976 [M,I] 19661138
- Van Hylckama A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ.* 2009; 339: b2921 [CC,II] 19679614
- Juurlink DN, Gomes T, Lipscombe LL, Austin PC, Hux JE, Mamdani MM. Adverse cardiovascular events during treatment with pioglitazone and rosiglitazone: population based cohort study. *BMJ.* 2009; 339: b2942 [S,II] 19690342
- Hayward G, Thompson M, Heneghan C, Perera R, Del Mar C, Glasziou P. Corticosteroids for pain relief in sore throat: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2009; 339: b2976 [M,I] 19661138
- Freyenhagen R, Bennett MI. Diagnosis and management of neuropathic pain. *BMJ.* 2009; 339: b3002 [R,I] 19675082
- Geddes JR, Barbui C, Cipriani A. Risk of suicidal behaviour in adults taking antidepressants. *BMJ.* 2009; 339: b3066 [AO,II] 19671934
- De Vries CS, Russell-Jones DL. Rosiglitazone or pioglitazone in type 2 diabetes? *BMJ.* 2009; 339: b3076 [AO,II] 19690344
- Dunn N. Oral contraceptives and venous thromboembolism. *BMJ.* 2009; 339: b3164 [AO,II] 19679617
- Chambers C. Selective serotonin reuptake inhibitors and congenital malformations. *BMJ.* 2009; 339: b3525 [AO,I] 19776102
- Pedersen LH, Henriksen TB, Vestergaard M, Olsen J, Bech BH. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and congenital malformations: population based cohort study. *BMJ.* 2009; 339: b3569 [S,II] 19776103
- Cowling BJ, Ng S, Longini IM Jr. A/H1N1 flu pandemic. Antiviral drugs: distinguish treatment from prophylaxis. *BMJ.* 2009; 339: b3620 [AO,I] 19737833
- Moore M, Yuen HM, Dunn N, Mullee MA, Maskell J, Kendrick T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *BMJ.* 2009; 339: b3999 [S,II] 19833707
- Mark AL. Cardiovascular side effects of antiobesity drugs: a yellow flag in the race to safe pharmacotherapy for obesity. *Circulation.* 2009; 120: 719-721 [AO,I] 19687353
- Freedman JE, Gersh BJ. New therapies for stroke prevention in atrial fibrillation: the long road to enhanced efficacy. *Circulation.* 2009; 120: 1024-1026 [AO,I] 19738132

- Raj SR, Stein CM, Saavedra PJ, Roden DM. Cardiovascular effects of noncardiovascular drugs. *Circulation*. 2009; 120: 1123-1132 [R,I]
19770411
- Bolli GB, Kerr D, Thomas R, Torlone E, Sola-Gazagnes A, Vitacolonna E, et al. Comparison of a multiple daily insulin injection regimen (basal once-daily glargine plus mealtime lispro) and continuous subcutaneous insulin infusion (lispro) in type 1 diabetes: a randomized open parallel multicenter study. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1170-1176 [EC,II]
19389820
- Nauck MA, Ratner RE, Kapitza C, Berria R, Boldrin M, Balena R. Treatment with the human once-weekly glucagon-like peptide-1 analog taspoglutide in combination with metformin improves glycemic control and lowers body weight in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone: a double-blind placebo-controlled study. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1237-1243 [EC,I]
19366970
- Simó R, Hernández C. Advances in the medical treatment of diabetic retinopathy. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1556-1562 [R,I]
19638526
- Rajpathak SN, Kumbhani DJ, Crandall J, Barzilai N, Alderman M, Ridker PM. Statin therapy and risk of developing type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1924-1929 [M,II]
19794004
- Belalcazar LM, Raghavan VA, Ballantyne CM. Statin-induced diabetes: will it change clinical practice? *Diabetes Care*. 2009; 32: 1941-1943 [AO,I]
19794006
- Jiménez-Ruiz C, Berlin I, Hering T. Varenicline: a novel pharmacotherapy for smoking cessation. *Drugs*. 2009; 69: 1319-1338 [AO,II]
19583451
- Lyseng-Williamson KA. Torasemide prolonged release. *Drugs*. 2009; 69: 1363-1372 [R,I]
19583454
- Baldwin CM, Keam SJ. Rabeprazole: a review of its use in the management of gastric Acid-related diseases in adults. *Drugs*. 2009; 69: 1373-1401 [R,I]
19583455
- Flick ED, Habel LA, Chan KA, Haque R, Quinn VP, Van Den Eeden SK, et al. Statin use and risk of colorectal cancer in a cohort of middle-aged men in the US: a prospective cohort study. *Drugs*. 2009; 69: 1445-1457 [S,I]
19634923
- Lyseng-Williamson KA. Budesonide/Formoterol pressurized metered-dose inhaler: in chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs*. 2009; 69: 1459-1470 [R,I]
19634924
- Croom KF, Siddiqui MA. Etoricoxib: a review of its use in the symptomatic treatment of osteoarthritis, rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and acute gouty arthritis. *Drugs*. 2009; 69: 1513-1532 [R,I]
- Van de Werf F. New antithrombotic agents: are they needed and what can they offer to patients with a non-ST-elevation acute coronary syndrome? *Eur Heart J*. 2009; 30: 1695-1702 [R,I]
19491132
- Swedberg K. Beta-blockers in worsening heart failure: good or bad? *Eur Heart J*. 2009; 30: 2177-2179 [AO,I]
19717852
- Messerli FH, Bangalore S, Ruschitzka F. Angiotensin receptor blockers: baseline therapy in hypertension? *Eur Heart J*. 2009; 30: 2427-2430 [AO,II]
19723696
- Iruela LM, Picazo J, Pelaez C. Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2009; 33: 35-38 [R,I]
- García J. Estudio de utilización de antiulcerosos en España (2000-2008) *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2009; 33: 49-54 [T,I]
- Rodríguez-Alonso E, Rodríguez-Monje MT. Tratamiento antibiótico de la infección odontogénica. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2009; 33: 67-79 [R,I]
- Barbera E, Vazquez F. Tratamientos tópicos oculares: revisión. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2009; 33: 80-87 [R,I]
- Neugut AI. Aspirin as adjuvant therapy for colorectal cancer: a promising new twist for an old drug. *JAMA*. 2009; 302: 688-689 [AO,I]
19671913
- Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 302: 741-749 [EC,I]
19690306
- Grijalva CG, Nuorti JP, Griffin MR. Antibiotic prescription rates for acute respiratory tract infections in US ambulatory settings. *JAMA*. 2009; 302: 758-766 [S,II]
19690308
- De Almeida JR, Al Khabori M, Guyatt GH, Witterick IJ, Lin VY, Nedzelski JM, et al. Combined corticosteroid and antiviral treatment for Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009; 302: 985-993 [M,I]
19724046
- Clement FM, Harris A, Li JJ, Yong K, Lee KM, Manns BJ. Using effectiveness and cost-effectiveness to make drug coverage decisions: a comparison of Britain, Australia, and Canada. *JAMA*. 2009; 302: 1437-1443 [T,I]
19809025
- Albert NM, Yancy CW, Liang L, Zhao X, Hernandez AF, Peterson ED, et al. Use of aldosterone antagonists in heart failure. *JAMA*. 2009; 302: 1658-1665 [T,I]
19843900
- De Block CE, Van Gaal LF. GLP-1 receptor agonists for type 2 diabetes. *Lancet*. 2009; 374: 4-6 [AO,I]
19515414
- Buse JB, Rosenstock J, Sesti G, Schmidt WE, Montanya E, Brett JH, et al; LEAD-6 Study Group. Liraglutide once a day versus exenatide twice a day for type 2 diabetes: a 26-week randomised, parallel-group, multinational, open-label trial (LEAD-6). *Lancet*. 2009; 374: 39-47 [EC,I]
19515413
- Hawkey CJ. NSAIDs and aspirin: notorious or FAMOUS? *Lancet*. 2009; 374: 93-94 [AO,I]
19577799

- Taha AS, McCloskey C, Prasad R, Bezlyak V. Famotidine for the prevention of peptic ulcers and oesophagitis in patients taking low-dose aspirin (FAMOUS): a phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2009; 374: 119-125 [EC,I]
19577798
- Verheugt FW. Who is ineligible for warfarin in atrial fibrillation? *Lancet*. 2009; 374: 510-511 [AO,I]
19683630
- Welte T. Inhaled corticosteroids in COPD and the risk of pneumonia. *Lancet*. 2009; 374: 668-670 [AO,II]
19716946
- Sin DD, Tashkin D, Zhang X, Radner F, Sjöbring U, Thorén A, et al. Budesonide and the risk of pneumonia: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet*. 2009; 374: 712-719 [M,II]
19716963
- Hansel TT, Barnes PJ. New drugs for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2009; 374: 744-755 [AO,II]
19716967
- Eikelboom JW, Weitz JI. Otamixaban in acute coronary syndromes. *Lancet*. 2009; 374: 762-764 [AO,I]
19717186
- Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Jackson AC, Houlden RL. Nortriptyline and gabapentin, alone and in combination for neuropathic pain: a double-blind, randomised controlled crossover trial. *Lancet*. 2009; 374: 1252-1261 [EC,I]
19796802
- Avendaño C. Uso compasivo de medicamentos: un cambio necesario en España. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 425-426 [AO,II]
- Montero D, Vargas E, de la Cruz C, de Andrés-Trelles F. Nuevo real decreto de acceso a medicamentos en situaciones especiales. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 427-432 [R,II]
- Arcelus JI, Cairois M, Granero X, Jiménez D, Llau JV, Monreal M, et al. Nuevos anticoagulantes orales: una visión multidisciplinaria. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 508-512 [R,I]
- Martínez-Salio A, Gómez de la Cámara A, Ribera MV, Montero J, Blanco E, Collado A, et al. Diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 629-636 [M,II]
19640552
- Mauer M, Zinman B, Gardiner R, Suissa S, Sinaiko A, Strand T, et al. Renal and retinal effects of enalapril and losartan in type 1 diabetes. *N Engl J Med* 2009; 361: 40-51 [EC,II]
19571282
- Califf RM, Harrington RA, Blazing MA. Premature release of data from clinical trials of ezetimibe. *N Engl J Med*. 2009; 361: 712-717 [AO,I]
19675335
- Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, Lauzon P, Guh D, Anis A, et al. Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *N Engl J Med*. 2009; 361: 777-786 [EC,I]
19692689
- Khosla S. Increasing options for the treatment of osteoporosis. *N Engl J Med*. 2009; 361: 818-820 [AO,I]
19671654
- Chobanian AV. Shattuck Lecture. The hypertension paradox—more uncontrolled disease despite improved therapy. *N Engl J Med*. 2009; 361: 878-887 [AO,II]
19710486
- Goicoechea C, Martín MI. Sistemas cannabinoide y opioide en los mecanismos y el control del dolor. *Reumatol Clin*. 2009; 05: 5-8 [R,I]
- García J, Rodero B. Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatol Clin*. 2009; 05: 9-11 [R,I]
- Alonso A. Opioides en la artrosis. De las guías a la práctica clínica. *Reumatol Clin*. 2009; 05: 15-18 [AO,I]
- Collado A, Conesa A. Tratamiento farmacológico de la fibromialgia: hacia la neuromodulación química. *Reumatol Clin*. 2009; 05: 27-31 [R,I]
- Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wyller TB, Straand J. The Norwegian General Practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27: 153-159 [C,II]
19462339
- Elliott MW. Domiciliary non-invasive ventilation in stable COPD? *Thorax*. 2009; 64: 553-556 [AO,I]
19561274
- McEvoy RD, Pierce RJ, Hillman D, Esterman A, Ellis EE, Catcheside PG, et al; Australian trial of non-invasive Ventilation in Chronic Airflow Limitation (AVCAL) Study Group. Nocturnal non-invasive nasal ventilation in stable hypercapnic COPD: a randomised controlled trial. *Thorax*. 2009; 64: 561-566 [EC,I]
19213769

ENTREVISTA CLÍNICA.

- Quill TE, Arnold R, Back AL. Discussing treatment preferences with patients who want "everything". *Ann Intern Med*. 2009; 151: 345-349 [AO,II]
19721022
- Rakel DP, Hoelt TJ, Barrett BP, Chewning BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med*. 2009; 41: 494-501 [EC,I]
19582635
- Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009; 302: 1284-1293 [QE,I]
19773563

ATENCION FAMILIAR.

- Milne BJ, Caspi A, Harrington H, Poulton R, Rutter M, Moffitt TE. Predictive value of family history on severity of illness: the case for depression, anxiety, alcohol dependence, and drug dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66: 738-747 [S,I]
19581565
- Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in

women with a history of intimate partner violence. Arch Intern Med. 2009; 169: 1692-1697 [T,I]
19822826

De la Revilla L. Comentario editorial: Disfunción familiar o crisis de desarrollo en la adolescencia. Aten Primaria. 2009; 41: 485-486 [AO,I]

Soto F, García FJ. La industria tabaquera y la promoción del tabaquismo entre los menores y jóvenes: una revisión internacional. Gac Sanit. 2009; 23: 448-457 [R,I]

MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, et al; McMaster Violence Against Women Research Group. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. JAMA. 2009; 302: 493-501 [EC,I]
19654384

Moracco KE, Cole TB. Preventing intimate partner violence: screening is not enough. JAMA. 2009; 302: 568-570 [AO,I]
19654392

Dealing with the ethical dimension of dementia care. Lancet. 2009; 374: 1120 [AO,I]
19801078

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

Hafferty FW, Hafler J. Commentary: When much is promised, much is—and should be—expected. Acad Med. 2009; 84: 978-981 [AO,I]
19638757

Crandall SJ, Marion GS. Commentary: Identifying attitudes towards empathy: an essential feature of professionalism. Acad Med. 2009; 84: 1174-1176 [AO,II]
19707051

Spiro H. Commentary: The practice of empathy. Acad Med. 2009; 84: 1177-1179 [AO,I]
19707052

Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Acad Med. 2009; 84: 1182-1191 [S,I]
19707055

Marqués F. Promoción y educación para la salud, ¿serán la solución? Aten Primaria. 2009; 41: 355-357 [AO,I]
19524325

Escobar F, López-Torres J. ¿Qué características de los estudiantes de medicina se relacionan con mejores conocimientos y actitudes hacia la medicina de familia? Aten Primaria. 2009; 41: 431-436 [QE,I]
19481304

Martin A. Comentario: Estudiantes, licenciados y medicina de familia: elementos de una relación imperfecta. Aten Primaria. 2009; 41: 436-438 [AO,I]

Wagenaar DB, Rosenbaum R, Herman S, Page C. Elder abuse education in primary care residency programs: a cluster group analysis. Fam Med. 2009; 41: 481-486 [T,I]
19582632

Liabsuetrakul T, Suntharasaj T, Tangtrakulwanich B, Uakritdathikarn T, Pornsawat P. Longitudinal analysis of integrating evidence-based medicine into a medical student curriculum. Fam Med. 2009; 41: 585-588 [QE,I]
19724944

Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. JAMA. 2009; 302: 1316-1326 [M,I]
19773567

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Fergusson D. Inappropriate referencing in research. BMJ. 2009; 339: b2049 [AO,I]
19622838

Greenberg SA. How citation distortions create unfounded authority: analysis of a citation network. BMJ. 2009; 339: b2680 [T,I]
19622839

Nüesch E, Trelle S, Reichenbach S, Rutjes AW, Bürgi E, Scherer M, Altman DG, Jüni P. The effects of excluding patients from the analysis in randomised controlled trials: meta-epidemiological study. BMJ. 2009; 339: b3244 [M,I]
19736281

Pope c, Mays N. Critical reflections on the rise of qualitative research. BMJ. 2009; 339: b3425 [AO,I]

Lewin S, Glenton C, Oxman AD. Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study. BMJ. 2009; 339: b3496 [R,I]
19744976

Vives A, Ferreccio C, Marshall G. Comparación de dos métodos para corregir el sesgo de no respuesta a una encuesta: sustitución muestral y ajuste según propensión a responder. Gac Sanit. 2009; 23: 266-271 [T,I]
19481307

Pulido M, Manresa JM, Mojal S, Sanz F. Análisis del conocimiento de los criterios internacionales de autoría por parte de los investigadores españoles. Med Clin (Barc). 2009; 133: 381-389 [T,II]

Wesnes SL. General practice needs to improve recruitment and income of GP researchers. Scand J Prim Health Care. 2009; 27: 129-130 [AO,I]
19548179

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.

Liabsuetrakul T, Suntharasaj T, Tangtrakulwanich B, Uakritdathikarn T, Pornsawat P. Longitudinal analysis of integrating evidence-based medicine into a medical student curriculum. Fam Med. 2009; 41: 585-588 [QE,I]
19724944

Delaney B. Evidence-based diagnosis in general practice: needs both robust evidence and sophisticated electronic health record systems. Fam Pract. 2009; 26: 239-240 [AO,I]
19608999

PREVENCIÓN.

- Parfrey PS. Angiotensin-receptor blockers in the prevention or treatment of microalbuminuria. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 63-65 [AO,I]
19581647
- Fuccio L, Zagari RM, Eusebi LH, Laterza L, Cennamo V, Ceroni L, et al. Meta-analysis: can *Helicobacter pylori* eradication treatment reduce the risk for gastric cancer? *Ann Intern Med.* 2009; 151: 121-128 [M,II]
19620164
- Chandra D, Parisini E, Mozaffarian D. Meta-analysis: travel and risk for venous thromboembolism. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 180-190 [M,II]
19581633
- Vandenbroucke JP, Cannegieter SC, Rosendaal FR. Travel and venous thrombosis: an exercise in thinking about bias. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 212-213 [AO,II]
19581634
- Singer DE, Chang Y, Fang MC, Borowsky LH, Pomernacki NK, Udaltsova N, et al. The net clinical benefit of warfarin anticoagulation in atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 297-305 [S,II]
19721017
- Hart RG, Halperin JL. Do current guidelines result in overuse of warfarin anticoagulation in patients with atrial fibrillation? *Ann Intern Med.* 2009; 151: 355-356 [AO,II]
19721024
- Cowling BJ, Chan KH, Fang VJ, Cheng CK, Fung RO, Wai W, et al. Facemasks and hand hygiene to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 437-446 [EC,II]
19652172
- Khazeni N, Bravata DM, Holty JE, Uyeki TM, Stave CD, Gould MK. Systematic review: safety and efficacy of extended-duration antiviral chemoprophylaxis against pandemic and seasonal influenza. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 464-473 [M,I]
19652173
- Kim JJ, Ortendahl J, Goldie SJ. Cost-effectiveness of human papillomavirus vaccination and cervical cancer screening in women older than 30 years in the United States. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 538-545 [CE,II]
19841455
- Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V. Women's cardiovascular health: prevention is key. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1740-1741 [AO,I]
19858428
- Marqués F. Promoción y educación para la salud, ¿serán la solución? *Aten Primaria.* 2009; 41: 355-357 [AO,I]
19524325
- Gérvás J, Heath I, Durán A, Gené J. Prevention and clinical complexity. *Aten Primaria.* 2009; 41: 460-462 [R,I]
19467735
- Oñorbe M. La "gripe nueva": ¿se ha abordado bien el problema? *Aten Primaria.* 2009; 41: 532-533 [AO,I]
19589820
- Welch HG. Overdiagnosis and mammography screening. *BMJ.* 2009; 339: b1425 [AO,II]
19589820
- Kirby D. Reducing pregnancy and health risk behaviours in teenagers. *BMJ.* 2009; 339: b2054 [AO,I]
19589815
- Trichopoulou A, Bamia C, Trichopoulos D. Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study. *BMJ.* 2009; 338: b2337 [S,I]
19549997
- Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RG, et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2009; 338: b2376 [M,II]
19567909
- Mann J. Vegetarian diets. *BMJ.* 2009; 339: b2507 [AO,I]
19586977
- TOMBOLA Group. Cytological surveillance compared with immediate referral for colposcopy in management of women with low grade cervical abnormalities: multicentre randomised controlled trial. *BMJ.* 2009; 339: b2546 [EC,I]
19638646
- TOMBOLA Group. Options for managing low grade cervical abnormalities detected at screening: cost effectiveness study. *BMJ.* 2009; 339: b2549 [CE,I]
19638648
- Jorgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ.* 2009; 339: b2587 [M,II]
19589821
- Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ.* 2009; 339: b2968 [CC,I]
19638651
- Godlee F. Predicting and preparing for pandemic flu. *BMJ.* 2009; 339: b2988 [AO,I]
19638652
- Ronco G, Arbyn M, Segnan N. Cervical screening according to age and HPV status. *BMJ.* 2009; 339: b3005 [AO,I]
19638652
- Franco EL. Managing low grade and borderline cervical abnormalities. *BMJ.* 2009; 339: b3014 [AO,I]
19638653
- Jordan R, Hayward A. Should healthcare workers have the swine flu vaccine? *BMJ.* 2009; 339: b3398 [AO,I]
19706938
- Ilic D, Green S. Prostate specific antigen for detecting early prostate cancer. *BMJ.* 2009; 339: b3572 [AO,II]
19778970
- Cowling BJ, Ng S, Longini IM Jr. A/H1N1 flu pandemic. Antiviral drugs: distinguish treatment from prophylaxis. *BMJ.* 2009; 339: b3620 [AO,I]
19737833
- Reis BY, Kohane IS, Mandl KD. Longitudinal histories as predictors of future diagnoses of domestic abuse: modelling study. *BMJ.* 2009; 339: b3677 [S,I]
19789406
- Erlewyn-Lajeunesse M, Brathwaite N, Lucas JS, Warner JO. Recommendations for the administration of influenza

- vaccine in children allergic to egg. BMJ. 2009; 339: b3680 [R,I]
19755545
- De Jong MD, Sanders RW. The future of influenza vaccines. BMJ. 2009; 339: b4014 [AO,I]
19808769
- Castle PE, Scarinci I. Should HPV vaccine be given to men? BMJ. 2009; 339: b4127 [AO,I]
19815585
- Atkins DL. Public access defibrillation: where does it work? Circulation. 2009; 120: 461-463 [AO,II]
19635966
- Johnson RK, Appel LJ, Brands M, Howard BV, Lefevre M, Lustig RH, et al; American Heart Association Nutrition Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism and the Council on Epidemiology and Prevention. Dietary sugars intake and cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2009; 120: 1011-1020 [M,II]
19704096
- Freedman JE, Gersh BJ. New therapies for stroke prevention in atrial fibrillation: the long road to enhanced efficacy. Circulation. 2009; 120: 1024-1026 [AO,I]
19738132
- Tonkin AM, Beauchamp A, Stevenson C. The importance of extinguishing secondhand smoke. Circulation. 2009; 120: 1339-1341 [AO,I]
19770389
- Pandemic Influenza Outbreak Research Modelling Team (Pan-InfORM), Fisman D. Modelling an influenza pandemic: A guide for the perplexed. CMAJ. 2009; 181: 171-173 [T,II]
19620267
- Falagas ME, Karageorgopoulos DE, Moraitis LI, Vouloumanou EK, Roussos N, Peppas G, et al. Seasonality of mortality: the September phenomenon in Mediterranean countries. CMAJ. 2009; 181: 484-486 [T,II]
19770237
- Mohan S, Campbell NR, Willis K. Effective population-wide public health interventions to promote sodium reduction. CMAJ. 2009; 181: 605-609 [R,II]
19752102
- MacDonald N. H1N1 influenza vaccine: Global access for a global problem. CMAJ. 2009; 181: 123, E30-E31 [AO,II]
19541727
- Hébert PC, MacDonald N. Preparing for pandemic (H1N1) 2009. CMAJ. 2009; 181: E102-E105 [AO,I]
19752125
- Hébert PC, MacDonald N. The H1N1 vaccine race: can we beat the pandemic? CMAJ. 2009; 181: E125-E127 [AO,I]
19752097
- Kramer CK, von Mühlen D, Jassal SK, Barrett-Connor E. Serum uric acid levels improve prediction of incident type 2 diabetes in individuals with impaired fasting glucose: the Rancho Bernardo Study. Diabetes Care. 2009; 32: 1272-1273 [S,I]
19366963
- Meigs JB. Multiple biomarker prediction of type 2 diabetes. Diabetes Care. 2009; 32: 1346-1348 [AO,I]
19564478
- Moses RG, Cheung NW. Point: Universal screening for gestational diabetes mellitus. Diabetes Care. 2009; 32: 1349-1351 [R,II]
19564479
- Berger H, Sermer M. Counterpoint: Selective screening for gestational diabetes mellitus. Diabetes Care. 2009; 32: 1352-1354 [AO,I]
19564480
- Absetz P, Oldenburg B, Hankonen N, Valve R, Heinonen H, Nissinen A, et al. Type 2 diabetes prevention in the real world: three-year results of the GOAL lifestyle implementation trial. Diabetes Care. 2009; 32: 1418-1420 [EC,II]
19401442
- Jacobs-van der Bruggen MA, van Baal PH, Hoogenveen RT, Feenstra TL, Briggs AH, Lawson K, et al. Cost-effectiveness of lifestyle modification in diabetic patients. Diabetes Care. 2009; 32: 1453-1458 [M,II]
19435958
- Perreault L, Kahn SE, Christophi CA, Knowler WC, Hamman RF; Diabetes Prevention Program Research Group. Regression from pre-diabetes to normal glucose regulation in the diabetes prevention program. Diabetes Care. 2009; 32: 1583-1588 [EC,II]
19587364
- Cayla JA. Epidemias mediáticas: una reflexión para la salud pública. Gac Sanit. 2009; 23: 362-364 [AO,II]
- Buades M, Plasencia A, Cabeza E, de Peray JL. La reforma de la salud pública. Gac Sanit. 2009; 23: 462-464 [R,I]
- Roger VL. Lifestyle and cardiovascular health: individual and societal choices. JAMA. 2009; 302: 437-439 [AO,I]
19622826
- MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, et al; McMaster Violence Against Women Research Group. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. JAMA. 2009; 302: 493-501 [EC,I]
19654384
- Moracco KE, Cole TB. Preventing intimate partner violence: screening is not enough. JAMA. 2009; 302: 568-570 [AO,I]
19654392
- Knopman DS. Mediterranean diet and late-life cognitive impairment: a taste of benefit. JAMA. 2009; 302: 686-687 [AO,I]
19671912
- Rothman SM, Rothman DJ. Marketing HPV vaccine: implications for adolescent health and medical professionalism. JAMA. 2009; 302: 781-786 [AO,II]
19690311
- Haug C. The risks and benefits of HPV vaccination. JAMA. 2009; 302: 795-796 [AO,II]
19690315
- Esserman L, Shieh Y, Thompson I. Rethinking screening for breast cancer and prostate cancer. JAMA. 2009; 302: 1685-1692 [AO,I]
19843904

- Schiffman M, Solomon D. Screening and prevention methods for cervical cancer. *JAMA*. 2009; 302: 1809-1810 [AO,I] 19861676
- Taha AS, McCloskey C, Prasad R, Bezlyak V. Famotidine for the prevention of peptic ulcers and oesophagitis in patients taking low-dose aspirin (FAMOUS): a phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2009; 374: 119-125 [EC,I] 19577798
- Baeten JM, Celum C, Coates TJ. Male circumcision and HIV risks and benefits for women. *Lancet*. 2009; 374: 182-184 [AO,I] 19616704
- Michels KB, zur Hausen H. HPV vaccine for all. *Lancet*. 2009; 374: 268-270 [AO,I] 19586657
- Paavonen J, Naud P, Salmerón J, Wheeler CM, Chow SN, Apter D, et al; HPV PATRICIA Study Group, Greenacre M. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet*. 2009; 374: 301-314 [EC,II] 19586656
- Supply and safety issues surrounding an H1N1 vaccine. *Lancet*. 2009; 374: 358 [AO,I] 19647593
- A community strategy to prevent obesity. *Lancet*. 2009; 374: 428 [AO,I] 19665627
- Organic food—eat the emotion, but question the evidence. *Lancet*. 2009; 374: 428 [AO,I] 19665628
- Verheugt FW. Who is ineligible for warfarin in atrial fibrillation? *Lancet*. 2009; 374: 510-511 [AO,I] 19683630
- Soriano JB, Zielinski J, Price D. Screening for and early detection of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2009; 374: 721-732 [AO,II] 19716965
- García F, Ferrer JC, Baixauli A, Albalat R, Macagno LE, Pablos C et al. Mejora a corto plazo del peso y la calidad de vida de mujeres obesas posmenopáusicas mediante un programa ambulatorio de ejercicio físico. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 533-538 [EC,I] 19748641
- Fiore AE, Shay DK, Broder K, Iskander JK, Uyeki TM, Mootrey G, et al; Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2009. *MMWR Recomm Rep*. 2009; 58(RR-8): 1-52 [M,II] 19644442
- National Center for Immunization and Respiratory Diseases, CDC; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Use of influenza A (H1N1) 2009 monovalent vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2009. *MMWR Recomm Rep*. 2009; 58(RR-10): 1-8 [M,II] 19713882
- Kahn JA. HPV vaccination for the prevention of cervical intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med*. 2009; 361: 271-278 [R,II] 19605832
- Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2009; 361: 298-299 [AO,I] 19605835
- Lauer MS. Elements of danger—the case of medical imaging. *N Engl J Med*. 2009; 361: 841-843 [AO,I] 19710480
- Lieberman DA. Clinical practice. Screening for colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2009; 361: 1179-1187 [AO,I] 19759380
- Monto AS, Ohmit SE, Petrie JG, Johnson E, Truscon R, Teich E, et al. Comparative efficacy of inactivated and live attenuated influenza vaccines. *N Engl J Med*. 2009; 361: 1260-1267 [EC,II] 19776407
- Lip GY, Lane DA. Tratamiento anticoagulante y antiagregante plaquetario combinado en pacientes con fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62: 972-975 [AO,II] 19712617
- Sunyer J. Lung function effects of chronic exposure to air pollution. *Thorax*. 2009; 64: 645-646 [AO,I] 19638558
- EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD.**
- Friedberg MW, Coltin KL, Safran DG, Dresser M, Zaslavsky AM, Schneider EC. Associations between structural capabilities of primary care practices and performance on selected quality measures. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 456-463 [T,I] 19805769
- Appleby J. Does improving quality of care save money? *BMJ*. 2009; 339: b3678 [AO,I] 19748971
- Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA*. 2009; 302: 1316-1326 [M,I] 19773567
- Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med*. 2009; 361: 368-378 [S,II] 19625717
- BIOÉTICA.**
- Oliver D. Age based discrimination in health and social care services. *BMJ*. 2009; 339: b3400 [AO,II] 19706655
- Oliver A. Can financial incentives improve health equity? *BMJ*. 2009; 339: b3847 [AO,II] 19778977
- McKinstry B, Watson P, Pinnock H, Heaney D, Sheikh A. Confidentiality and the telephone in family practice: a qualitative

study of the views of patients, clinicians and administrative staff. *Fam Pract.* 2009; 26: 344-350 [C,I]
19497987

Dealing with the ethical dimension of dementia care. *Lancet.* 2009; 374: 1120 [AO,I]
19801078

PLANIFICACION / GESTIÓN.

Mechanic D. The uncertain future of primary medical care. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 66-67 [AO,II]
19581648

Eggleston KN, Shah ND, Smith SA, Wagie AE, Williams AR, Grossman JH, et al. The net value of health care for patients with type 2 diabetes, 1997 to 2005. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 386-393 [CE,II]
19755364

Friedberg MW, Coltin KL, Safran DG, Dresser M, Zaslavsky AM, Schneider EC. Associations between structural capabilities of primary care practices and performance on selected quality measures. *Ann Intern Med* 2009; 151: 456-463 [T,I]
19805769

Bellon JA. Desburocratización de las consultas, ¿hasta dónde? *Aten Primaria.* 2009; 41: 429-430 [AO,I]
19539405

Llobet E, Madrdejos R, Tomás R. Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: estrategia para optimizar su utilización. *Aten Primaria.* 2009; 41: 487-492 [QE,I]
19427708

Atun RA, Gurol-Urganci I, McKee M. Health systems and increased longevity in people with HIV and AIDS. *BMJ.* 2009; 338: b2165 [AO,I]
19541695

Farrar S, Yi D, Sutton M, Chalkley M, Sussex J, Scott A. Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis. *BMJ.* 2009; 339: b3047 [CC,II]
19713233

Anderson G. The effects of payment by results. *BMJ.* 2009; 339: b3081 [AO,II]
19713234

Appleby J. Does improving quality of care save money? *BMJ.* 2009; 339: b3678 [AO,I]
19748971

Oliver A. Can financial incentives improve health equity? *BMJ.* 2009; 339: b3847 [AO,II]
19778977

Terry AL, Giles G, Brown JB, Thind A, Stewart M. Adoption of electronic medical records in family practice: the providers' perspective. *Fam Med.* 2009; 41: 508-512 [C,II]
19582637

Henao D, Vázquez M, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit.* 2009; 23: 280-286 [C,I]
19250716

Lopez G. Una visión de futuro de las políticas de salud. *Gac Sanit.* 2009; 23: 458-461 [AO,I]

Buades M, Plasencia A, Cabeza E, de Peray JL. La reforma de la salud pública. *Gac Sanit.* 2009; 23: 462-464 [R,I]

Katz MH. Structural interventions for addressing chronic health problems. *JAMA.* 2009; 302: 683-685 [AO,I]
19671911

Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet.* 2009; 373: 2223-2233 [R,II]
19560604

Casswell S, Thamarangsi T. Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet.* 2009; 373: 2247-2257 [R,II]
19560606

Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med.* 2009; 361: 368-378 [S,II]
19625717

Wockenfuss R, Frese T, Herrmann K, Clausnitzer M, Sandholzer H. Three- and four-digit ICD-10 is not a reliable classification system in primary care. *Scand J Prim Health Care.* 2009; 27: 131-136 [T,II]
19565412

INFORMÁTICA.

Singh H, Thomas EJ, Mani S, Sittig D, Arora H, Espadas D, et al. Timely follow-up of abnormal diagnostic imaging test results in an outpatient setting: are electronic medical records achieving their potential? *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1578-1586 [S,II]
19786677

Jiménez J, García JF, Bermúdez C, Silva MM, Tuneu L. Evaluación de sitios web con información sobre medicamentos. *Aten Primaria.* 2009; 41: 360-366 [T,I]
19464077

Bravo R. Información sobre medicamentos en Internet: necesaria y mejorable. *Aten Primaria.* 2009; 41: 367-369 [AO,I]
19525038

Baos V. La información sobre medicamentos en internet, un gran avance. *Aten Primaria.* 2009; 41: 369-370 [AO,I]
19555808

Taberner R, Pareja A, Llambrich A, Vila A, Torné I, Nadal C, et al. Fiabilidad diagnóstica de una consulta de tele-dermatología asíncrona. *Aten Primaria.* 2009; 41: 552-557 [T,I]
19500880

Terry AL, Giles G, Brown JB, Thind A, Stewart M. Adoption of electronic medical records in family practice: the providers' perspective. *Fam Med.* 2009; 41: 508-512 [C,II]
19582637

Delaney B. Evidence-based diagnosis in general practice: needs both robust evidence and sophisticated electronic health record systems. *Fam Pract.* 2009; 26: 239-240 [AO,I]
19608999

García MA, Asensi A, Farré JM, Colomé I, Gras M, Saldias Q, et al. Satisfacción de los usuarios con el servicio de teleoftalmología con cámara no midriática para el cribado de la retinopatía diabética. *Gac Sanit.* 2009; 23: 322-325 [T,I] 19286279

Kessler D, Lewis G, Kaur S, Wiles N, King M, Weich S, et al. Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2009; 374: 628-634 [EC,I] 19700005

McKinstry B, Pinnock H, Sheikh A. Telemedicine for management of patients with COPD? *Lancet.* 2009; 374: 672-673 [AO,I] 19716948

OTRAS.

Evaluación de la somnolencia. *Arch Bronconeumol.* 2009; 45: 349-351 [R,I]

Watson NF, Buchwald D, Goldberg J, Noonan C, Ellenbogen RG. Neurologic signs and symptoms in fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2009; 60: 2839-2844 [T,I] 19714636

González A. Uso y abuso de las nuevas tecnologías. *Aten Primaria.* 2009; 41: 477-478 [AO,I] 19631414

Reig-Ferrer A, Cabrero-García J, Lizán L. La valoración de la capacidad funcional, el bienestar psicológico y la salud mental en la atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 2009; 41: 515-519 [R,I] 19427712

Avellaneda A, Pérez A, Izquierdo M. Síndrome de fatiga crónica. Documento de consenso. *Aten Primaria.* 2009; 41: 529-531 [M,II] 19740570

Avellaneda A, Pérez A, Izquierdo M, Arruti M, Barbado FJ, de la Cruz J, et al. Síndrome de fatiga crónica. Resumen del documento de consenso. *Aten Primaria.* 2009; 41: e1-e5 [M,II] 19765864

Munday D, Petrova M, Dale J. Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. *BMJ.* 2009; 339: b2391 [C,I] 19605422

Godlee F. Time for a ban on alcohol advertising. *BMJ.* 2009; 339: b3681 [AO,I]

De Almeida JR, Al Khabori M, Guyatt GH, Witterick IJ, Lin VY, Nedzelski JM, et al. Combined corticosteroid and antiviral treatment for Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2009; 302: 985-993 [M,I] 19724046

Otero R, Elías T, González D. Tratamiento domiciliario de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) *Med Clin (Barc).* 2009; 133: 272-276 [R,II] 19447476

Martínez MA, Maiz L, de Gracia J. Tratamiento de las bronquiectasias en el adulto. *Med Clin (Barc).* 2009; 133:433-440 [R,I]

Godas T, Gomez E, Salameo M, Fernandez-Huerta JM, Fernandez-Sola J. Relación entre el síndrome de fatiga crónica y el patrón de conducta tipo A. *Med Clin (Barc).* 2009; 133: 539-541 [T,I] 19596369

Young GB. Clinical practice. Neurologic prognosis after cardiac arrest. *N Engl J Med.* 2009; 361: 605-611 [AO,I] 19657124

Weinstein JN. Balancing science and informed choice in decisions about vertebroplasty. *N Engl J Med.* 2009; 361: 619-621 [AO,I] 19657127

CARTAS AL DIRECTOR

La solidaridad puede salvar la excelencia de nuestro sistema sanitario

Sr. Director:

Quienes conocemos el Sistema Sanitario después de haber trabajado en distintos ámbitos del mismo (Gestión Pública, Gestión Privada, Médico de a pie en Atención Primaria, Directivo de Sociedad Científica Nacional y Regional, etc, etc) creo que tenemos autoridad para opinar sobre el tema del copago y/o del ticket moderador.

Quienes vemos día a día el deterioro de nuestro Sistema Sanitario, que sigue siendo ejemplar, modélico y puntero a nivel mundial, pero que no aguanta mucho más el rumbo que lleva porque es insostenible, pensamos que hay que mantener ese rumbo de excelencia y calidad, universalidad y gratuidad, pero que hay que ayudarlo, haciendo partícipes de este mantenimiento a todos los españoles, y por supuesto a todos los turistas sanitarios que nos invaden.

Quienes pasamos consulta a diario y observamos los problemas que nos presentan los ciudadanos cuando acuden a los centros sanitarios, somos conscientes del ahorro que supondría tanto en salud de los mismos, como en millones de euros contantes y sonantes si a nuestros «pacientes» se les enseñara a ser solidarios y menos egoístas. Si fuesen conscientes de que por procesos banales no deberían acudir a consulta, ya que además de perder su tiempo de trabajo, están ocupando el tiempo de otras personas que verdaderamente presentan un problema que sí merece la atención y mucho más tiempo del que dispone cualquier facultativo en su consulta.

El montón de consultas de Atención Primaria, derivaciones al Segundo Nivel, solicitudes de análisis y pruebas complementarias, desplazamientos, etc, que se generan en estas consultas innecesarias tienen un coste importante a cargo de todos los españoles. La persona que acude con procesos banales a su Médico no es consciente de ello. Piensa que no le cuesta nada por-

que no paga nada. Su ignorancia y su alejamiento de la realidad de la Economía Nacional le impiden comprenderlo. ¿Tan difícil es ayudarlo a entenderlo? Lamentablemente hay que reconocer que no somos solidarios más que en momentos de catástrofes; y entonces lo somos más que nadie.

Podríamos evitar la catástrofe que supondría rebajar la cartera de servicios de nuestro Sistema Nacional de Salud, como muchas voces pregonan como solución. No solo podríamos, sino que deberíamos trabajar en ello. No hay por qué rebajar la oferta de nuestra cartera de servicios, pero sí es necesario colaborar todos en disminuir la demanda.

Tendríamos que ser sinceros y demostrar que queremos a nuestro País, dejándonos de egoísmos partidistas y llegar a un pacto entre todos. Siendo claros, difundiríamos la realidad y la Oposición, lejos de hacer leña y arrimarla al fuego, tendría que alinearse con el Gobierno a la hora de pedir SOLIDARIDAD a la población, llegados a este punto de inflexión en nuestra Economía.

Hay muchas fórmulas con las que hacer partícipes a los ciudadanos del mantenimiento del Sistema Sanitario, y son conocidas. Pero quienes mejor las conocen y saben la manera de “poner el collar al perro sin que te muerda” somos quienes mantenemos nuestra actividad a diario, al lado del enfermo y del sano, cuidando su salud y trabajando con ilusión por mantener el nivel al que ha llegado nuestro Sistema. En los despachos se tiene miedo a aplicar medidas que se temen impopulares, y se va posponiendo un debate necesario. Créanme que no es tan difícil convencer a los españoles para que demuestren una vez más su solidaridad.

Bernabé Galán Sánchez

Médico de Familia de Fuente Palmera (Córdoba)

bernabegalan@gmail.com

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Paracentesis evacuadora

García López A¹, González Álvarez M², González Nevado MJ³

¹ MFyC. Consultorio Arroyomolinos de León. UGC Santa Olalla del Cala. Distrito Sanitario Sevilla Norte

² MFyC. DCCU UGC Santa Olalla del Cala. Distrito Sanitario Sevilla Norte

³ Enfermera. Directora UGC Santa Olalla del Cala. Coordinadora de cuidados. Distrito Sanitario Sevilla Norte

Paciente de 64 años fumador de 45 paquetes/año y enolismo severo persistente que desarrolla cirrosis hepática secundaria al hábito. Se encuentra actualmente en estadio C de Child con hipertensión y trombosis portal, varices esofágicas grado III y esofagitis por reflujo con múltiples ingresos por hemorragias digestivas altas (HDA), descompensaciones hidropicas por su continuo abuso del alcohol, encefalopatía hepática leve y varios episodios de peritonitis bacteriana espontánea (PBE).

El tratamiento actual del paciente consisten la utilización de diuréticos de asa, furosemida, y ahorradores de potasio, espironolactona, 40 y 100 mgrs. respectivamente; siendo esta la concentración de los mismos que no produce alteraciones electrolíticas con el sodio y el potasio, ni empeoramiento de su encefalopatía hepática. Complejos vitamínicos con vitamina B12, B6 y B1, ácido fólico y hierro por la anemia de trastornos crónicos secundaria a su patología y a las continuas pérdidas por HDA; norfloxacin 400 mgrs. un comprimido diario como profilaxis de PBE; omeprazol 20 como protector gástrico y fitome-nadiona, en ampollas pediátricas.

Tras ser rechazada la indicación de trasplante hepático y debido a la alta frecuentación de los servicios hospitalarios para evacuación de ascitis a tensión refractarias, se decide realizar las paracentesis evacuadora en nuestro consultorio.

Cada 15 días presentaba descompensaciones hidrópicas importantes extrayéndose entre 8 y 15 litros de líquido ascítico con reposición de albúmina intravenosa de forma concomitante.

Tres días después de su última paracentesis comienza con malestar general y dolor a nivel inguino-escrotal sin fiebre.

A la exploración el paciente se encontraba con regular estado general, taquipneico a 22 rpm y con una FC de 90 lpm. TA 140/90. 37° C. termometrada. 84 kgrs. de peso. AC: rítmico, no soplos. AP: mvc, con leves crepitantes en ambas bases pulmo-nares. Ingurgitación hepato-yugular. Abdomen blando, depresible, hepatomegalia de 5 traveses de dedo, oleada ascítica, hernia inguino-crural bi-lateral con importante hidrocele y leves molestias a su palpación.

Ante la sospecha clínica se decide su traslado a urgencias hospitalarias.

Posibilidades diagnósticas:

1. Hernia inguino-crural estrangulada.
2. Orquiepididimitis aguda.
3. Peritonitis bacteriana espontánea.
4. Ascitis a tensión.
5. Síndrome Hepatorrenal.



Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 10, Núm. 3) (Med fam Andal 2009; 10:262)

Respuestas razonadas

Respuestas razonadas.

a) LECS: respuesta incorrecta.

Las lesiones predominan en zonas expuestas al sol. Consisten en placas eritematosas que pueden evolucionar hacia la formación de lesiones anulares de centro claro y borde descamativo (LECS anular) o a placas eritemato descamativas confluentes (LECS psoriasisiforme).

Curan en pocas semanas o meses sin dejar cicatriz y aparecen en forma de brotes recurrentes.

b) Liquen plano: respuesta incorrecta.

Enfermedad inflamatoria pruriginosa de la piel y mucosas que puede ser generalizada o localizada y de evolución crónica. Se caracteriza por pápulas poligonales de color violáceo y superficie aplanada, que tienen predilección por el tronco y las superficies flexoras. La mucosa oral se afecta igualmente, presentando una red blanquecina en la zona yugal y encías, o placas tipo leucoplasia o placas rojo brillante, o erosiones dolorosas (forma erosiva). Se desconoce su etiología, pero se especula con un origen viral, autoinmune, medicamentoso y psicogénico.

c) Linfoma cutáneo: respuesta correcta.

Los linfomas cutáneos son un grupo heterogéneo de enfermedades que se distinguen por la proliferación clonal de linfocitos en la piel. Estas alteraciones linfoproliferativas cutáneas pueden manifestarse solo en la piel o afectarla de forma secundaria. El caso que nos ocupa se trataba de un linfoma No Hodgkin de células B con afectación cutánea. Las lesiones suelen ser pápulas firmes, placas o nódulos, solitarios o múltiples, eritemato-violáceos y generalmente indolentes.

d) Micosis fungoide: respuesta incorrecta.

Se trata de un linfoma de células T de bajo grado de malignidad cuya evolución puede superar los 50 años. Se pueden diferenciar tres fases: 1º F. macular; 2º F. placas o infiltrativa: la histología es diagnóstica en esta fase; 3º F. tumoral: tumoraciones eritematosas de gran tamaño que tienden a ulcerarse. En las fases más avanzadas de la enfermedad aparece la afectación extracu-

táneas: ganglionar, hepática, esplénica, pulmonar y de médula ósea.

e) Eritema nodoso: respuesta incorrecta.

Es la paniculitis más frecuente. Como consecuencia de la inflamación del tejido celular subcutáneo aparecen nódulos eritematosos o violáceos, dolorosos al tacto, que preferentemente aparecen en las extremidades inferiores. Las lesiones curan sin dejar cicatriz en un plazo de 4-6 semanas. Puede acompañarse de malestar general, fiebre y artralgias. Se piensa que la causa es una respuesta inmunológica desencadenada por infecciones, fármacos y enfermedades sistémicas (neoplasias, sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal,...). El tratamiento se basa en el reposo, eliminar el agente etiológico y AINES.

COMENTARIOS

El paciente fue remitido a consulta de dermatología donde tras practicar una biopsia cutánea con el resultado de linfoma cutáneo de células (cel.) B se envía a oncológica. En las pruebas de imagen (TAC y P.E.T) se evidencian múltiples focos hipermetabólicos a nivel de mediastino y retroperitoneo. Citología de médula ósea negativa. El diagnóstico final de linfoma NH folicular estadio III E A cutáneo.

Hay dos tipos principales de cáncer del sistema linfático, la enfermedad de Hodgkin y el Linfoma No Hodgkin. Las dos formas más frecuentes del LNH son el linfoma de cel. grandes, paradigma del linfoma agresivo, y el linfoma folicular, paradigma del linfoma indolente. El 65% son linfomas de cel. T, el 25% de cel. B y el 10% mixtos. Después del tracto gastrointestinal, la piel es el segundo lugar de compromiso extranodal del Linfoma NH. La tasa de supervivencia relativa a un año (porcentaje de pacientes que sobrevive al menos un año una vez detectado el cáncer, excluidos aquellos que mueren por otras enfermedades) de pacientes con linfoma no Hodgkin asciende al 79%. Las tasas de supervivencia relativa a los cinco años y a los diez años son del 63% y del 51%, respectivamente.

A nuestro paciente se le implantó tratamiento con Rituximab en combinación con quimioterapia y tras las tres primeras sesiones las lesiones dérmicas desaparecieron.

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

- **XX Congreso SAMFyC**

Torremolinos (Málaga), 6-8 de octubre, 2010

Palacio de Congresos y Exposiciones Costa del Sol - Torremolinos

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/

Conference secretariat:

semFYC congresos

C/ del Pi, 11, 2ª PL. Of. 13 - 08002 Barcelona

Tel. 00 34 93 317 71 29 - Fax. 00 34 93 318 69 02

e-mail: woncaeurope2010@semfyc.es

- **XIV Jornadas de Residentes semFYC. I Jornadas de Jóvenes Médicos de Familia.**

Santiago de Compostela, 7-8 de Mayo, 2010

www.semfyc.es/jornadasresidentes2010

- **Jornadas de Actualización semFYC-Instituto de formación Novartis 2010**

Santiago de Compostela, 28 y 29 de octubre, 2010.

Valencia, 11 y 12 de noviembre, 2010.

Sevilla, 25 y 26 de noviembre, 2010.

Secretaría técnica: semFYC congresos

Telf. 93 317 71 29

Fax. 93 318 69 02

Correo-e: congresos@semfyc.es

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. Med fam Andal. 2000; 1: 104-110.

SOLICITUD DE COLABORACIÓN:

Apreciado/a amigo/a:

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

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

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

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

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

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Remitir por:

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

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

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

TODOS LOS TRABAJOS (www.samfyc.es e ir a Publicaciones SAMFyC, Revista, normas)

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

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

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

Y, las abreviaturas utilizadas, deben estar expresamente clarificadas.

Requisitos técnicos:

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

Utilizar letra Times New Roman 12 cpi.

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

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

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

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

Empezar cada sección en una página nueva con la siguiente secuencia: Página de título, resumen y palabras clave, texto más agradecimientos (si procede), bibliografía, tablas y sus 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 es su diagnóstico? En él se expone, de manera breve y acompañado de algún tipo de soporte gráfico, un caso clínico cuya resolución se presenta argumentada en el siguiente número.

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

Las revistas a valorar estarán contenidas entre las siguientes:

Medicina

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

Medicina de Familia

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

Salud Pública

Gaceta Sanitaria

Gestión

Cuadernos de Gestión

Sociología y salud

Social Science and Medicine

Terapéutica

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

Metodología Docente

Academic Medicine
Medical Education

Medicina Basada en la Evidencia

ACP Journal Club
Colaboración Cochrane

Bandolier
América Latina
Revistas de Atención Primaria de América Latina que podamos recibir.

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

Secciones ocasionales:

Artículos de revisión: Este tipo de artículos serán bienvenidos. Su extensión no será superior a las 5.000 palabras y el número de referencias bibliográficas queda a juicio del autor(es). Se recomienda a los autores contactar con el consejo editorial en cualquier momento del desarrollo del trabajo con el fin de plantearse el su 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 publicar experiencias novedosas con una estructura de relato a decidir por el autor (es). Extensión máxima en torno a las 2.000 palabras.



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

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

APELLIDOS:

NOMBRE: **DNI:** - LETRA

DOMICILIO:

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

TELEFONOS: **e-mail:**

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

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

DOCTORADO: SI ☐ NO ☐ **TEMA:**

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:

PROVINCIA:

CARGO QUE OCUPA:

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

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

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

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

CALLE: **COD. POSTAL:**

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

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

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

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.