

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 11, número 2, julio 2010

Editorial

- 115 Por un uso racional de los servicios sanitarios

El espacio del usuario

- 117 Educación para la salud en la sociedad de consumo

Originales

- 119 Solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo, perfil de las usuarias y seguimiento en una Zona Básica de Salud (ZBS) urbana
- 127 Autoestima y codependencia en personas cuidadoras de pacientes con Alzheimer
- 139 Detección de la enfermedad renal crónica en atención primaria como factor de riesgo cardiovascular independiente
- 153 Evaluación de la utilización de métodos anticonceptivos en Atención Primaria (AP)

Artículo de revisión

- 159 La medicina de familia frente al bullying: presentación de un programa de educación para la salud (EPS) en el marco sistémico familiar-escolar

A debate

- 166 Plan de intervención y mejora del ictus isquémico agudo

Área docente

- 172 Adecuación del mapa de competencias del tutor a las áreas competenciales del programa nacional de medicina familiar y comunitaria

Artículo especial

- 178 La acción de escuchar

184 Publicaciones de Interés

Cartas al director

- 206 Depresión y Ansiedad: ¿son unas de las enfermedades más incapacitantes en medicina de familia

¿Cuál es su diagnóstico?

- 208 Dolor e hinchazón en pie

211 Actividades Científicas

212 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 Piza

Vocal de Residentes

Ana Martín Tarragona

Vocal de Formación Continuada

Pablo García López

Vocal de Relaciones Externas

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vocal provincial de Almería:	José-Pelayo Galindo Pelayo	<i>jpelayo.galindo@gmail.com</i>
Vocal provincial de Cádiz:	M ^a . José Serrano Muñoz	<i>majsemu@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Córdoba:	Pilar Serrano Varo	<i>pseval1@supercable.es</i>
Vocal provincial de Huelva:	Jesús E. Pardo Álvarez	<i>jeparedes10@teleline.es</i>
Vocal provincial de Jaén:	Justa Zafra Alcántara	<i>justazafra@wanadoo.es</i>
Vocal provincial de Málaga:	Jesús Sepúlveda Muñoz	<i>jesemu@gmail.com</i>
Vocal provincial de Granada:	Francisco José Guerrero García	<i>franguerrero72@yahoo.com</i>
Vocal provincial de Sevilla:	Leonor Marín Pérez	<i>leonorj104@yahoo.es</i>

Patronato Fundación

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

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR:

Manuel Gálvez Ibáñez

SUBDIRECTOR:

Antonio Manteca González

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

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

CONSEJO DE REDACCIÓN

Manuel Gálvez Ibáñez
Pablo García López
Francisca Leiva Fernández

CONSEJO EDITORIAL:

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

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

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



Sumario

Editorial

- 115 Por un uso racional de los servicios sanitarios

El espacio del usuario

- 117 Educación para la salud en la sociedad de consumo

Originales

- 119 Solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo, perfil de las usuarias y seguimiento en una Zona Básica de Salud (ZBS) urbana
- 127 Autoestima y codependencia en personas cuidadoras de pacientes con Alzheimer
- 139 Detección de la enfermedad renal crónica en atención primaria como factor de riesgo cardiovascular independiente
- 153 Evaluación de la utilización de métodos anticonceptivos en Atención Primaria (AP)

Artículo de revisión

- 159 La medicina de familia frente al bullying: presentación de un programa de educación para la salud (EPS) en el marco sistémico familiar-escolar

A debate

- 166 Plan de intervención y mejora del ictus isquémico agudo

Área docente

- 172 Adecuación del mapa de competencias del tutor a las áreas competenciales del programa nacional de medicina familiar y comunitaria

Artículo especial

- 178 La acción de escuchar

184 Publicaciones de Interés

Cartas al director

- 206 Depresión y Ansiedad: ¿son unas de las enfermedades más incapacitantes en medicina de familia

¿Cuál es su diagnóstico?

- 208 Dolor e hinchazón en pie

211 Actividades Científicas

- 212 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. 2, July 2010

Summary

Editorial

- 115 For a Rational use of Health Services

The Consumer's Corner

- 117 Health Education in the Consumer Society

Original Articles

- 119 Requests for the Voluntary Termination of Pregnancy: Patient Profiles and follow-up in an urban Basic Health Zone
- 127 Self-esteem and Co-dependence in Persons Caring for Alzheimer Patients
- 139 Identifying Chronic Kidney Disease in Primary Care as an Independent Cardiovascular Risk Factor
- 153 Evaluating the Use of Birth Control Methods in Primary Care

Review Article

- 159 Family Medicine and Bullying: Presentation of a School Health Education Program

Under Debate

- 166 An Intervention Plan to Improve Outcomes in Cases of Acute Ischemic Stroke

The Teaching Area

- 172 Adapting the Map of Competences for Tutors in Family Medicine to the Areas of Competence Outlined in the National Program for Family and Community Medicine

Special Article

- 178 Active Listening

184 Publications of Interest

Letters to the Editor

- 206 Depression and Anxiety: Two of the Most Incapacitating Illnesses Treated in Family Medicine?

What's Your Diagnosis?

- 208 Pain and swelling in the foot

211 Scientific Activities

212 Information for Authors

EDITORIAL

Por un uso racional de los servicios sanitarios

Lubián López M

Médico de Familia. Presidente SAMFyC

Desde hace algún tiempo se extiende entre los profesionales sanitarios y en lo que nos atañe entre los médicos de familia, la preocupación en ocasiones cargada de perplejidad, acerca de la utilización que realizan los ciudadanos de nuestros servicios sanitarios, en resumidas cuentas de nuestra labor profesional. Es común en conversaciones informales constatar como muchos compañeros nos relatan demandas sentidas que les realizan sus pacientes en las consultas que quedan fuera de cualquier posibilidad de respuesta clínica, que no pueden ser consideradas, no ya como enfermedades sino ni tan quisiera como problemas de salud en el sentido más estricto. Se engloban aquí cuestiones tan dispares como determinantes estéticos (aumento mamario en adolescentes, depilación integral, eliminación de varículas, ...), supuestamente psicológicos ("mi hijo va mal en los estudios..."), de actividades de diagnóstico precoz sin evidencia clínica pero sobradamente publicitadas en distintos medios ("vengo para que me haga el análisis de la próstata..."), solicitudes de falsa seguridad ("llevo unas horas con tos, pero como es viernes y son tantos días sin médico..."), sin mencionar la carga de tareas burocráticas en el peor sentido de la palabra (informes para supuestas faltas en la firma del INEM, para la piscina, para los viajes, justificaciones de asistencia al trabajo...).

No se nos puede negar a los médicos de familia nuestro compromiso con la sostenibilidad del sistema sanitario público. Hemos demostrado sobradamente nuestra eficiencia, a veces no exenta de un exceso de autorresponsabilización no compartida por otros actores de la organización. Este compromiso nos ha llevado a participar con interés en actividades encaminadas a mejorar la accesibilidad (gestión de citas en AP), la facilidad para la prestación (receta XXI), gestionar correctamente

la demanda (cursos específicos impartidos por todo Andalucía), incluir en nuestro contrato programa el índice de frecuentación!!!!...

Desgraciadamente en este momento y teniendo en cuenta como factor añadido la adversa situación económica en que nos encontramos, con todas las restricciones presupuestarias que se aproximan, a pesar de todos estos esfuerzos, y a veces como consecuencia de ellos, la evidencia nos dice que lejos de disminuir la frecuentación, y por tanto mejorar el tiempo que le dedicamos a nuestros pacientes, esta sigue aumentando progresivamente, siguiendo el axioma de que "la demanda ni se crea ni se destruye, solo se transforma".

Es cierto que este aumento de la demanda, siguiendo criterios empresariales, trasluce de forma paradójica el éxito de la Atención Primaria. Nuestros pacientes confían cada vez más en que podamos resolver sus demandas sentidas, confianza potenciada por el aumento progresivo de nuestra cartera de servicios (retinografías, implantes, colocación de DIUs, cirugía menor, control de anticoagulación oral,...) a pesar de haber sido asumidas sin un aumento de recursos. Pero estas expectativas, con frecuencia imposibles de satisfacer por infinitas, nos convierten en múltiples ocasiones en especialistas en "tontinaderías" con toda la carga de frustración y conflicto que suponen para profesionales de elevado nivel profesional como somos los médicos de familia cuya cualificación debería ser utilizada de una forma más racional.

Conocemos que la frecuentación depende de muchos factores, disponemos de excelentes expertos en esta cuestión, pero es indudable que uno de los más influyentes es el Modelo de Creencias de Salud. Este modelo de pensamien-

to que define lo que se considera individual y socialmente "enfermedad" y por tanto de resolución en el ámbito sanitario, es muy complejo y difícilmente modificable. Depende de la familia, del entorno social, de las experiencias previas, de los mensajes de los medios de comunicación, pero también y en gran parte de los planteamientos normativizados de los políticos, de la administración sanitaria y en ocasiones de nuestra propia práctica clínica.

Pensamos que ha llegado el momento, en aras de la sostenibilidad del sistema y sin entrar en

la discusión de medidas maximalistas y muy complejas como el copago, de que entre todos, y en esta cuestión la Administración Pública debe asumir su gran parte de responsabilidad, seamos capaces de expresar, sin reparos ni ambigüedades, el deber (en el sentido más kantiano de la expresión...) que los ciudadanos andaluces tenemos para hacer un correcto uso de nuestro Sistema Público de Salud.

Digámosles a todas aquellas personas que vienen a nuestras consultas : "**soy algo muy valioso, utilíceme con cuidado...**"



Fe de erratas:

En la sección **COMUNICACIONES TIPO POSTER**, del volumen 10, número 2, suplemento 1 (página 172), en la comunicación **EXPLORACION ORIENTADA A LOS SINTOMAS EN LOS TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO EN ANCIANOS EN ATENCION PRIMARIA**, los apellidos de la tercera autora, M^a Mar Cueto Camarero aparecen mal, siendo la secuencia y lo correcto lo que sigue: Cachinero Perales P, González Calvo J, Cueto Camarero M^aM, Pérez Milena A.

EL ESPACIO DEL USUARIO

Educación para la salud en la sociedad de consumo

Ruiz Legido O

Presidenta de FACUA-Andalucía

La sociedad de consumo es una sociedad que se ha rendido frente a los designios de una economía de mercado y que por tanto, sus criterios y bases culturales están regidos por las creaciones que ese mercado pone al alcance de las personas. Estas a su vez pierden la característica innata de seres humanos individuales para pasar a ser vistos como masa de consumidores, como mercado potencial, sobre el que se puede influir en sus deseos y en la percepción de sus necesidades a través del marketing y la publicidad, fundamentalmente.

Los avances técnicos y el cambio tecnológico nos permiten producir más de lo que demandamos y ofertar más de lo que necesitamos. El consumo de bienes y servicios, por supuesto, es imprescindible para satisfacer las necesidades humanas, pero cuando se supera cierto umbral se transforma en consumismo y genera problemas de muy diversa índole, también en materia de salud de la población. Los consumidores compartimos un modo de vida y una cultura cada vez más uniforme, donde el consumo, real o potencial, es una de las principales actividades de ocio de la población.

Este modo de vida nos debe llevar, por tanto, a reflexionar sobre la sociedad de consumo en la que vivimos y cómo nos relacionamos y nos desarrollamos en ella como personas, sobre sus agentes estimuladores y sus influencias en las relaciones sociales y los efectos que despliegan, especialmente en el ámbito de la salud. Debemos ser conscientes de los efectos que una sociedad exigente, cambiante, rápida, de "usar y tirar", provoca en la propia personalidad del individuo y su comportamiento en sociedad, con trastornos de la personalidad cada vez más extendidos, tales como anorexia y bulimia, angustia y ansiedad ante los nuevos roles y patrones sociales.

Hábitos perjudiciales como el consumo de alcohol y tabaco, el uso irracional de medicamentos y servicios y prestaciones sanitarias, el culto a la juventud y a la belleza física, los malos hábitos alimentarios, la generación cada vez mayor de residuos, la contaminación ambiental, la destrucción de la naturaleza y el equilibrio biológico, el uso excesivo de la energía y los recursos naturales, son problemas que están ahí y a los que debe darse respuesta también desde la formación y educación de los individuos y de la colectividad como herramientas de cambio y avance.

Necesidad de una educación para la salud

Por ello, la educación para la salud debe formar parte fundamental de la educación integral de las personas, debe contribuir a su desarrollo como tales y el de todas sus capacidades, a su formación como individuos autónomos, reflexivos y dispuestos a comprometerse con ellos mismos, con el entorno y con la sociedad en la que viven.

La educación para la salud tiene como objetivo la adquisición de conocimientos y el desarrollo de hábitos que fomenten estilos de vida saludables que favorezcan el bienestar y el desarrollo personal, familiar y de la comunidad, permitiendo su desarrollo sostenible sin renuncia a una mayor calidad de vida.

No podemos eludir nuestra condición de consumidores y usuarios en un gran mercado global, pero sí podemos actuar sobre ella, eligiendo la forma de consumir y de relacionarnos con nuestro entorno, favoreciendo unas actitudes y descartando otras, asumiendo colectivamente estilos de vida que no nos dañen a nosotros ni a otros seres humanos y que por el contrario faciliten y promuevan el empoderamiento del indi-

viduo para defender sus derechos y asumir su responsabilidad con la sociedad, la naturaleza, su salud y la de la propia comunidad.

Para fortalecer esta perspectiva es necesaria una educación para la salud que persiga y logre que la ciudadanía:

- Desarrolle formas de pensar, sentir y actuar que le permita funcionar y actuar de forma responsable e informada.
- Pueda prever riesgos y adquirir formas de vida más saludables, más racionales e integradas en una comunidad.
- Que tenga una participación activa y tomen decisiones en materia de salud y seguridad, tanto a nivel individual como colectiva.

Para ello, esta disciplina formativa debería extender su radio de acción a las propias instituciones sanitarias (la atención primaria tiene aquí un importante campo de acción como puerta de entrada del sistema sanitario e institución más cercana al usuario), a la familia, a la escuela, a los medios de comunicación y desde luego al conjunto de la sociedad con la implicación de los colectivos ciudadanos con representación en la comunidad como vehículo de transmisión. No bastan sólo los mensajes institucionales si estos no van acompañados de la implicación del conjunto de la sociedad.

Los contenidos de educación para la salud han adquirido gran importancia en los últimos años,

tanto en Europa como en el resto del mundo, sobre todo porque se ha constatado que las enfermedades causantes de más muertes prematuras están relacionadas con estilos de vida y hábitos individuales. Se sabe, por otra parte, que es en la infancia donde se van modelando las conductas que dañan la salud; de ahí que el período de enseñanza obligatoria resulte el más adecuado para tratar de potenciar desde el sistema educativo los estilos de vida saludables. Se contribuirá así a que, en el futuro, se alarguen los períodos de bienestar personal y disminuya la incidencia de las enfermedades ligadas en mayor medida al tipo de vida y a la conducta de cada individuo.

Una buena educación para la salud debe pretender que los ciudadanos desarrollemos hábitos y costumbres sanos, que los valoremos como uno de los aspectos básicos de la calidad de vida y que rechacemos pautas de comportamiento y consumo que no conducen a la adquisición de un bienestar físico y tampoco mental.

Es cierto que la educación para la salud no implica, en nuestro medio, novedad alguna, pero sí carece de sistematización pedagógica y de un abordaje ordenado y organizado en los distintos escenarios donde puede ser implementada. Por otra parte, su carácter interdisciplinario, su puesta en práctica a través del asociacionismo cívico, sus relaciones con la educación ambiental y sus potencialidades en el marco de la prevención sanitaria ponen de relieve su importancia en la actual sociedad y el papel que aún está llamada a jugar.

ORIGINAL

Solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo, perfil de las usuarias y seguimiento en una zona básica de salud urbana

López Téllez A¹, Río Ruiz J², Prados Torres P³, Fernández Maldonado I³, Ramos Calle V⁴, Mendoza Pérez AM^{3,4}.

¹ Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca (Málaga)

² Diplomada en Trabajo Social. Trabajadora Social CS Puerta Blanca

³ Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. UDMFyC de Málaga. CS Puerta Blanca

⁴ Diplomada en Trabajo Social

El resumen del presente trabajo fue presentado al XIX Congreso SAMFyC, celebrado en Cádiz en Junio de 2009.

RESUMEN

Título: Solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo, perfil de las usuarias y seguimiento en una Zona Básica de Salud (ZBS) urbana.

Objetivos: Conocer el perfil de las mujeres solicitantes de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Valorar si tras la IVE acuden al programa de Planificación Familiar (PF) y utilizan un método anticonceptivo seguro.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Población y muestra: Las mujeres de nuestra ZBS que solicitaron IVE en el período 2002-2006 (n=159).

Intervenciones: Registramos variables sociodemográficas y clínicas relacionadas. Tras la IVE se citaron para seguimiento por el programa de PF.

Resultados: Se tramitaron 159 solicitudes de IVE; con una tendencia creciente (de 28 en el año 2002, a 40 en 2006). La edad media era 26,3±7,1 años; el 11,3% eran menores de edad. El 70% tenían estudios secundarios. El 46,5% trabajaban. El 23% eran inmigrantes. El 64% tenían pareja estable y el 48% tenían hijos. El 31% no utilizaban métodos anticonceptivos; el 53% utilizaban preservativos y el 15% anticonceptivos hormonales. La edad gestacional media era de 6,9 semanas. El motivo alegado en todos los casos fue riesgo para la salud materna. El 22% eran reincidentes. Tras la IVE acudieron al programa de PF el 50%; y siguieron un método seguro el 32%.

Conclusiones: El perfil de nuestras pacientes es similar al aportado por las estadísticas agregadas del Ministerio de Sanidad y Consumo. Debemos promover el uso adecuado de métodos anticonceptivos seguros y mejorar el seguimiento post-IVE en el programa de PF.

Palabras clave: aborto, aborto legal, aborto inducido.

SUMMARY

Title: Requests for voluntary termination of pregnancy, users' profiles and follow-up in an urban basic health zone (BHZ).

Goals: Obtain a profile of women who request a voluntary interruption of pregnancy (VTOP). Deter-

Correspondencia: Antonio López Téllez
Centro de Salud Puerta Blanca
Av. Gregorio Diego, 46
29004 Málaga
E-mail: alopez@medynet.com

Recibido el 12-01-2010; aceptado para publicación el 12-04-2010
Med fam Andal 2010; 2: 119-126

mine whether, following the VTOP, they attend a family planning program (FPP) and use a safe contraceptive method.

Design: Cross sectional descriptive.

Setting: An urban health center.

Population and Sample: Women from a BHZ who requested VTOP during the period between 2002 and 2006 (n=159).

Interventions: Clinical and socio-demographic data were registered. Following the VTOP the women were scheduled for follow-up by the family planning program (FPP).

Results: 159 requests for VTOP were processed, with the tendency on an increase (from 28 in the year 2002 to 40 in the year 2006). The average age was 26.3 ± 7.1 ; 11.3% were minors. 70% had a secondary education. 46.5% were employed. 23% were immigrants. 64% were in a stable relationship and 48% had children. 31% used no contraceptive methods; 53% used condoms; and 15% relied on hormonal contraceptives. The average stage of pregnancy was 6.9 weeks. The alleged reason in all cases was cited as being risk to the mother's health. 22% were repeat abortions. Following the VTOP 50% of the women attended the FPP; 32% of them were using a safe contraceptive method.

Conclusions: Our patients' profile is similar to that emerging from aggregate data compiled by the Ministry of Health and Consumer Affairs. We should promote a more adequate use of safe contraceptive methods and improve follow-up in FPP after the VTOP.

Key words: abortion, legal abortion, induced abortion.

INTRODUCCIÓN

El embarazo no deseado es un problema de salud reproductiva que tiene repercusiones biológicas, psicológicas, sociales y económicas; llevando en un número importante y creciente de casos, a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) ⁽¹⁻³⁾.

A pesar de existir una mayor información sobre métodos anticonceptivos y una mejor accesibilidad a ellos, la tasa española de IVE ha aumentado del 7,1 por mil en el año 2000 a una tasa de 10,6 por mil en el año 2006. Además se observan grandes diferencias por CCAA, siendo Madrid, Baleares, Cataluña, Murcia, Aragón y Andalucía las que superan el valor medio nacional ⁽¹⁻⁴⁾.

En Andalucía, que a inicios de los 90 tenía uno de los índices más bajos de IVE en España, se ha experimentado un incremento importante en la tasa de IVE, pasando del 6,19 en el año 2000 al 10,46 por mil en el año 2006 ^(1,5,6,7).

El aborto está despenalizado en España desde el año 1985 (Ley Orgánica 9/1985 de Reforma del artículo 417bis del Código Penal) en tres supuestos concretos: a) *grave riesgo para la vida o salud física o psíquica de la embarazada*; b) si el embarazo es consecuencia de una *violación*, previamente denunciada; y c) *presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto*.

Según la publicación anual de IVE del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) más del 96% de las IVE que se realizan en España, se acogen al supuesto de "*grave riesgo para la salud psíquica de las mujeres*" y se suelen realizar, en clínicas privadas concertadas acreditadas para ello ^(1,2,8,9).

Para el seguimiento y evaluación de las IVE, existe un sistema de vigilancia epidemiológica que recibe información a nivel nacional. Tanto la información referida a la embarazada, como la del centro en el que se realiza el aborto, se considera confidencial; todas las personas que manejan esta información por su trabajo, están obligadas a guardar secreto profesional, por lo que *la información que se facilita está agregada y siempre por comunidades autónomas*; por lo que no tenemos *información desagregada* sobre las solitudes de IVE realizadas y las características de las mujeres en nuestra ZBS.

En un estudio previo, realizado por nosotros⁽¹⁰⁾, sobre la evaluación de la calidad del programa de PF de nuestro Centro de Salud (CS) entre los años 1996 a 2000 observamos una baja cobertura de la población entre 14 y 20 años, destacando la importancia de aumentar la captación sobre la población adolescente, para evitar los embarazos no deseados, que es uno de los objetivos del programa de PF, además de promover la captación activa de parejas de riesgo, con especial atención a aquéllas con IVE previa^(11,12).

Ante el incremento del número de IVE nos planteamos, dentro del programa de PF de nuestro centro, realizar un estudio sobre las usuarias solicitantes de IVE, para conocer sus características sociodemográficas y los motivos que les llevaban a abortar.

También habíamos observado que muchas mujeres eran reincidentes^(1,13,14), por lo que nos planteamos además realizar un seguimiento de ellas, proporcionándoles información y asesoramiento para el uso de un método anticonceptivo seguro (DIU, Anticoncepción Hormonal o métodos quirúrgicos, si es el caso).

El objetivo principal del estudio es conocer las solicitudes de IVE realizadas en el período 2002-2006, el perfil de las usuarias y la prevalencia de factores de riesgo conocidos.

Y como objetivos secundarios, valorar si tras la IVE acuden al programa de Planificación Familiar y usan un método anticonceptivo seguro.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño: Se trata de un estudio descriptivo transversal. Cuando la mujer solicitante de IVE contactó con el médico o la trabajadora social, tras la información y asesoramiento correspondiente, se le tramitó el impreso de solicitud de IVE, para su valoración según los supuestos legales. Se le gestionó cita para la clínica concertada y asimismo se la citó para su posterior seguimiento por la trabajadora social y por la consulta de PF, para administración de un método anticonceptivo "seguro" (Anticoncepción hormonal, DIU o métodos quirúrgicos).

Emplazamiento: Atención Primaria. Zona básica de Puerta Blanca, de características urbanas, que cubre una población de 24623 personas, de las cuales 6554 corresponde a mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 49 años, edad fértil (26,61%)⁽¹⁵⁾. El equipo está integrado por 13 médicos de familia, 4 pediatras, 13 enfermeros, una matrona y una trabajadora social.

Sujetos de estudio: Se incluyeron a todas las mujeres que solicitaron una IVE en el CS Puerta Blanca durante el período comprendido entre enero del 2002 a diciembre del 2006. Se excluyeron a las que finalmente no abortaron.

Mediciones e Intervenciones: La información se recogió de los impresos de solicitud de IVE, la historia clínica informática (Diraya) y la entrevista realizada por la trabajadora social, mediante un cuaderno de recogida de datos (CRD) diseñado a tal efecto. Una vez tramitada la solicitud de IVE, se citaba a la usuaria para su valoración y seguimiento posterior por el programa de planificación familiar.

Variables: Se registraron *datos sociodemográficos:* edad, estado civil, profesión, situación laboral, nivel de estudios, nacionalidad, situación económica familiar; *riesgo social* (valorado por la trabajadora social, en función de la existencia de factores como desestructuración y/o ausencia de apoyo familiar, relaciones familiares conflictivas, sospecha de malos tratos, problemas de accesibilidad a los servicios sanitarios, entre otros); *hábitos tóxicos:* toxicomanía actual o en el pasado; *datos ginecológicos-obstétricos:* edad de inicio de las relaciones sexuales; número de embarazos, número de hijos; número de abortos (espontáneos, voluntarios) y sus fechas; método anticonceptivo actual; métodos anticonceptivos que conoce o ha usado; conocimiento de la existencia del programa de PF y "Tarde joven"; utilización de la consulta de PF en los dos últimos años; edad gestacional; *datos de la pareja:* tipos de pareja; convive con la pareja; situación laboral; actitud de la pareja ante la IVE. *Motivos que alega para IVE;* supuesto legal en que se incluye; fecha de solicitud y realización de la IVE; fecha de la cita de PF; método anticonceptivo utilizado tras la IVE y si acudió al seguimiento del PF.

Análisis: Los datos se introdujeron en una base de datos realizada con el programa Epidata con

filtros de errores, y comprobación de la entrada correcta de los datos por dos investigadores. Se realizó posteriormente un análisis estadístico con el programa SPSS. El análisis fue principalmente de tipo descriptivo para todas las variables incluidas, dependiendo del tipo: distribución de frecuencias (para las variables cualitativas); medias, desviaciones estándar y rangos (en las variables numéricas). Posteriormente se exploró la existencia de asociaciones entre variables, mediante análisis bivariados: test estadísticos de la Chi cuadrado para comparar proporciones, y el test de la t de student para la comparación de medias. Las Odds Ratio (OR) y los intervalos de confianza (IC95%) se utilizaron para valorar la fuerza y la precisión de la asociación entre las variables.

Aspectos éticos: El estudio se realizó ajustándose a los principios de la Declaración de Helsinki⁽¹⁶⁾ y las normas de buena práctica clínica; así como a la ley básica reguladora de la autonomía del paciente 41/2002 de 14 de noviembre⁽¹⁷⁾. Se obtuvo la autorización del CEI del Distrito Sanitario Málaga para poder acceder a los datos registrados en la historia clínica de las usuarias, así como la aprobación del proyecto para su realización. Se garantizó la confidencialidad de los datos de la paciente en todo el proceso, y en los CRD no se recogió ningún dato que pudiera identificar a las usuarias.

RESULTADOS

En el período de estudio (del 2002 al 2006) se tramitaron en nuestro Centro de Salud 159 IVE; con una tendencia creciente (de 28 en el año 2002 a 40 en 2006) (figura 1).

En la tabla 1 se muestran las características generales de las usuarias: El grupo de edad más numeroso estaba entre 22 y 25 años. La edad media fue de 26,3 años (IC95%: 25,2-27,4), con un rango entre 14 y 42 años. El 11,3% eran menores de edad (entre 14-17 años). El 70% tenían estudios secundarios. El 46,5% tenían trabajo remunerado y un 13% eran estudiantes. El 51% tenían un nivel económico bajo; y el 39% tenían criterios de riesgo social. El 23% eran inmigrantes (la mayoría sudamericana y magrebí) y el 77% de nacionalidad Española. Tenían pareja estable

el 64%. Convivían en pareja el 35%. Un 48% tenían algún hijo. El 98% no tenían hábitos tóxicos (alcohol, drogas).

En la tabla 2 se muestran los datos clínicos y de seguimiento en relación con la IVE: Casi un 40% iniciaron las relaciones sexuales antes de los 16 años; la edad media de inicio fue 17,6 «3,2 años (IC95%:17,1-18,1). El 31% no utilizaban métodos anticonceptivos; el 53% utilizaban preservativos y el 15% anticonceptivos hormonales. Sólo acudían a PF el 28,7% de las mujeres. *La edad gestacional* media al solicitar la IVE era de 6,9 «2,1 semanas (IC95%:6,6-7,2) con un rango de 3 y 17 semanas; el 96% tenían menos de 12 semanas. No hemos encontrado asociación entre la edad gestacional en la que se realizan la IVE con la edad de las mujeres, ni con el hecho de ser inmigrante, ni con el riesgo social.

El 22% (IC95%:15,6-28,4) eran *reincidentes* (13% con una IVE; 3% con 2 IVE y un caso que ya tenía tres IVE previas). Las mujeres inmigrantes presentaron un porcentaje mayor de reincidencia (50%) que las de nacionalidad Española (15%); OR=5,5; IC95%: 2,1-14,2.

La pareja apoyaba la decisión de abortar en el 66%; un 16% desconocía la decisión. El motivo alegado en todos los casos fue riesgo para la salud materna.

Tras la IVE acudieron a la consulta de PF el 50%; y constaba el seguimiento de un método seguro en el 32% de las usuarias.

DISCUSIÓN

Uno de los objetivos fundamentales del programa de PF de los centros de salud es disminuir el número de embarazos no deseados⁽⁴⁾. En los últimos años venimos observando un incremento progresivo en el número de IVE por este motivo; por lo que hemos querido conocer las características de estas usuarias; seguirlas en el programa de PF; e indicarles un método anticonceptivo seguro.

El perfil de nuestras usuarias de IVE es similar al aportado por las estadísticas agregadas del MSC^(1,2) y a los publicados en otros estudios⁽³⁻⁹⁾.

Se trata de mujeres solteras, entre 18 y 29 años, con pareja estable; estudios secundarios, asalariadas, sin hijos ni IVE previa; que acuden con una edad gestacional menor de 12 semanas y que se acogen al supuesto legal de riesgo para la salud psíquica de la embarazada.

Un 11,3% eran menores de edad, lo que refleja el incremento de la IVE en los grupos más jóvenes^(1,13,14); además de las cuestiones médico-legales y éticas que suscitan⁽¹⁸⁾.

La mayoría tienen estudios medios, conocen métodos anticonceptivos y casi un 70% refiere utilizar algún método anticonceptivo previo; lo que pone de manifiesto el uso incorrecto que hacen de ellos⁽¹⁹⁻²²⁾.

Una proporción importante de las IVE se realiza a mujeres inmigrantes, con una tendencia creciente. Es una población vulnerable por su menor nivel educativo, precariedad en el empleo y mayor dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, y a la educación sexual^(7,21,23). Más del 70% de las mujeres que abortan manifiestan no acudir a los centros de salud para control anticonceptivo, al igual que en otros estudios^(13,14,22). Entre los motivos alegados, están la falta de interés, el miedo a la consulta, falta de accesibilidad por incompatibilidad horaria, entre otros⁽²¹⁾.

Tras la IVE, unos 15 días después, en la mayoría de las clínicas se les realiza una única visita de control post-aborto. Nosotros hemos establecido un protocolo de seguimiento post-aborto, en el que la usuaria se incluye en el programa de PF de nuestro centro de salud. Sabemos que casi todas acudieron a la consulta, sin embargo, sólo *está registrada* dicha visita en el 50%. Y únicamente *está registrada* la indicación de un método anticonceptivo seguro en el 32% de las pacientes. Estos datos fueron extraídos desde la historia clínica Diraya. Consideramos que existe un infraregistro en la aplicación informática; ya que la asistencia a dicha consulta la tenemos incorporada en nuestro protocolo como un requisito necesario de control tras la IVE, con la finalidad de indicar un método anticonceptivo seguro. Para analizar y corregir este infraregistro, hemos realizado reuniones con el equipo para informar del resultado de nuestro estudio, para fomentar la captación activa de las usuarias de

riesgo, y el registro y seguimiento de las mujeres que realizan una IVE.

Se podría haber recogido esta información directamente de la usuaria mediante el CRD; sin embargo consideramos interesante valorar también nuestra actividad en cuanto a los registros; no obstante hay que interpretar esta circunstancia con prudencia debido a problemas con la aplicación informática ya conocidos.

Otra limitación de este estudio, puede ser la infraestimación del número real de IVE de nuestra ZBS, ya que algunas mujeres pueden haber tramitado la solicitud desde otros dispositivos, o directamente desde el Distrito Sanitario, coincidiendo con períodos de vacaciones u otros; para corregir esto se solicitó al Distrito Sanitario Málaga, el listado de las usuarias de nuestra ZBS que solicitaron IVE, para captar a las usuarias que no aparecían en nuestros registros. También habría que considerar las IVE que se pudieran realizar fuera del servicio público de salud, a las que no tenemos acceso.

Pueden existir sesgos de Información o clasificación, por posibles errores en la recogida de información en los cuestionarios, que se intentaron prevenir utilizando cuadernos de recogida de datos simplificados y autoexplicativos. Para minimizar los errores de mecanización de los datos, se creó un programa informático de introducción de datos con filtro de datos erróneos; y además se comprobó la entrada correcta de los datos de las variables principales por dos investigadores distintos.

Este estudio nos permite conocer mejor a las usuarias de IVE de nuestro ámbito, identificar los grupos vulnerables, de mayor riesgo; para establecer medidas acordes y más efectivas, para disminuir el número de embarazos no deseados, con un mejor funcionamiento del programa de PF.

Es necesario facilitar la accesibilidad y realizar captación activa y precoz de los grupos vulnerables; evitando complejos circuitos que retrasan la atención adecuada.

Hay que fomentar el uso adecuado de métodos anticonceptivos seguros y mejorar el seguimiento post-IVE desde las consultas de Atención Primaria.

Debemos mejorar el registro, en la Historia Clínica Informatizada, de los datos necesarios para garantizar la atención y el seguimiento adecuado de las usuarias de IVE.

Tenemos en marcha un estudio multicéntrico sobre las solicitudes de IVE de los últimos 5 años, que nos permitirá obtener datos más representativos de nuestro medio, así como valorar la efectividad de nuestro programa de intervención y seguimiento sobre la incidencia y la reiteración de la IVE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública; 2007.
2. Interrupción voluntaria del embarazo [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. URL: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#consideraciones>
3. Valles Fernández N, López de Castro F. Anticoncepción en la adolescencia. *Semergen*. 2006; 32; 6: 286-295.
4. Del Cura González. Prevención de embarazos no deseados. *Aten Primaria*. 2003; 32: 121-27.
5. Interrupción voluntaria del embarazo: Andalucía 2001-2002. Evolución de la incidencia de IVE. Años 1991-2002. Sevilla: Junta de Andalucía; 2003.
6. Contracepción en la Adolescencia. *Bol Ter Andal*. 2005; 21: 6-8.
7. Barroso García P, Lucerna Méndez MA, Parrón Carreño T. Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de un distrito sanitario de Almería durante el período 1998-2002. *Rev Esp Salud Pública*. 2005; 79: 493-501
8. González García MC, Ávila de Tomás JF. Interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes del Área 9 de Madrid. *Aten Primaria*. 1997; 20: 107.
9. Mompart A, Pérez G. El impacto de la interrupción voluntaria del embarazo sobre la fecundidad en Cataluña. *Gac Sanit*. 1998; 18: 3-8.
10. Parra Rodríguez JC, López Téllez A, Muñoz Cobos F, Morales Acedo MJ, Ramírez Gavira RM, Casado Bravo MT. Evaluación de la calidad de un programa de planificación familiar en un centro de salud. *Centro de Salud*. 2002; 10: 159-164.
11. Navarro Martín JA, Hidalgo Fernández JM. Programa de planificación familiar. Distrito Sanitario Costa del Sol. Málaga; 1997.
12. Trillo Fernández C, Navarro Martín JA. Guía práctica de Planificación Familiar en Atención Primaria. Málaga: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC); 2004.
13. Gispert R, Arnau J, Torné MM, Calancha A. Evolución de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo en Cataluña. En: XX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. *Gac Sanit*. 2002; 16: 33-132.
14. Bosh S, Tejadillos S, Zurriaga O, Martínez-Beneito A, Plá E, Molins T, Vanaclocha H. Influencia de la edad de la mujer en las interrupciones voluntarias del embarazo. En: XX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. *Gac Sanit*. 2002; 16: 33-132.
15. Datos demográficos a 9 de marzo del 2005. Área de bienestar social y relaciones ciudadanas del Excmo ayuntamiento de Málaga. URL: <http://www.ayto-malaga.es>
16. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Sobre principios éticos que deben guiar las investigaciones médicas en seres humanos. URL: <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>
17. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE* 2002. 274: 40126-132.
18. Melguizo-Jiménez M, Mengibar-Fuentes L. Gestión de la interrupción voluntaria del embarazo en menores de edad. *FMC. Form Med Contin Aten Prim*. 2006; 13: 134-5.

19. Arribas Mir L, Duarte Vallejo S, Saavedra Ruiz AM. Indicación de un método anticonceptivo a una adolescente: implante subcutáneo de gestágeno. *Aten Primaria*. 2004; 34: 499-503.
20. González Alonso J, Pérez Menéndez-Valdés R. Interrupción Voluntaria del Embarazo: Accesibilidad según comunidad autónoma de residencia 1990-2000. En: XX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. *Gac Sanit*. 2002; 16: 33-132.
21. Morillo García A, Aldana Espinal JM, Moreno Nieto J, Sillero Sánchez R, Nieto Cervera P. Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario. *Aten Primaria*. 2007; 39: 313-8.
22. Henry K. Más uso de anticoncepción, menos abortos. *Family Health International. Network en español*. 2002; URL: <http://www.fhi.org/sp/networks/sv21-4/ns2144.html>
23. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: Estimated rates and trends worldwide. *Lancet*. 2007; 370: 1338-45.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las usuarias de IVE de la ZBS Puerta Blanca.

Variables registradas	%	IC95%
Intervalos de edad		
14-17	11,3%	6,4-16,2
18-21	16,3%	10,6-22
22-25	24,6%	17,9-31,3
26-29	18,2%	12,2-24,2
30-33	10,1%	5,4-14,8
34-37	8,8%	4,4-13,2
38-42	10,7%	5,9-15,5
Estudios		
Analfabeta, Sin Estudios, Primarios	15%	9,4-20,6
Secundarios	70%	63-77
Bachillerato y/o Universitarios	15%	9,4-20,6
Situación Laboral. Ocupación.		
Asalariada	46,5%	38,7-54,3
Desempleada	26,4%	19,5-33,3
Estudiante	13,2%	7,9-18,5
Nivel Económico Bajo	51%	43,2-58,8
Riesgo Social	39%	31,4-46,6
Inmigrantes		
Sudamericanas	7%	16,5-29,5
Magrebíes	5%	
Estado Civil		
Soltera	58%	50,3-65,7
Casada	25%	
Separada/divorciada	9%	
Pareja		
Pareja Estable	64%	56,5-71,5
Convive en pareja	35%	

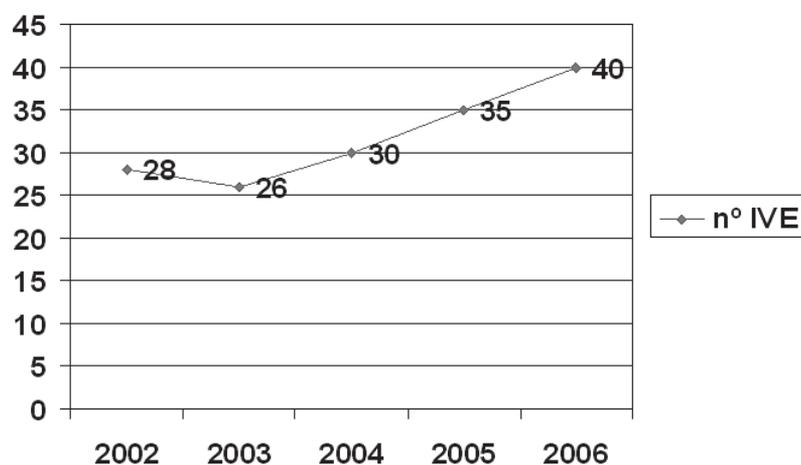
Los datos están representados como %, IC95%
Se expresan los IC95% de aquellas variables más representativas.

Tabla 2. Variables Gineco-obstétricas y de seguimiento en relación con la IVE.

VARIABLES	%	IC95%
Inicio Relaciones Sexuales		
Comenzaron con ≤ 16 años	39%	31,4-46,6
Método Anticonceptivo Previo		
Ninguno	31%	23,8-38,2
Preservativo	53%	45,2-60,8
ACHOS y Otros	16%	10,3-21,7
No Acudían a servicios de PF	64%	56,5-71,5
Número de Hijos		
Con un hijo	20%	13,8-26,2
Dos o más hijos	28%	21-35
IVE previa	22%	15,6-28,4
Semanas de Gestación		
<12 semanas	96%	93-99
≥ 12 semanas	4%	1-7
Acude a consulta de PF tras la IVE	50%	42,2-57,8
Método Seguro tras la IVE		
No consta método tras IVE.	60%	52,4-67,6

Los datos están representados como %, IC95%

Figura 1. Evolución del número de IVE en el período 2002-2006; n=159. ZBS Puerta Blanca.



ORIGINAL

Autoestima y codependencia en personas cuidadoras de pacientes con Alzheimer

Gutiérrez Nieto AM

*Trabajador Social de Atención Primaria de Salud
UGC de los Centros de Salud Loreto-Puntales y Puerta Tierra. Cádiz*

RESUMEN

Título: autoestima y codependencia en personas cuidadoras de pacientes con Alzheimer.

Objetivo: Conocer las circunstancias en las que se desarrollan los cuidados no formales de enfermos de Alzheimer relacionando autoestima y codependencia en cuidadoras principales.

Tipo de Estudio: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Unidad Gestión Clínica Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

Población y muestra: Cuidadoras principales no formales de enfermos de Alzheimer diagnosticados en el periodo marzo 2008 a marzo 2009 y captadas a través del Programa "+Cuidados" del SAS. Se seleccionó al azar un grupo de 30 personas.

Intervenciones: Se recogen variables individuales y familiares relacionadas con las personas cuidadoras y se valora codependencia y autoestima mediante el Índice de Codependencia de Holyoake y la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Resultados: El grupo estuvo formado principalmente por mujeres, de más de 45 años, hijas o esposas, sin actividad laboral fuera del hogar, que convivían con la persona dependiente, dedicaban más de diez horas diarias a tareas de cuidado y todas llevaban más de 6 meses ocupándose de la persona enferma. El 40% tenían apoyos a los cuidados través de ayudas institucionales. Los resultados a la prueba de autoestima estaban dentro del rango normal sin diferencias estadísticamente significativas entre géneros. La puntuación en codependencia mostró un valor medio alto: 9,47. Siendo mayor para el subgrupo de mujeres que para el de hombres (diferencia estadísticamente significativa).

Conclusiones: Los resultados apoyan la hipótesis de que las personas que cuidan abandonan el cuidado de sí mismo en esa implicación sin límites por el bienestar del otro. Sería recomendable ofrecerles ayuda psicosocial facilitándoles el aprendizaje de estrategias para su cuidado físico y emocional.

Palabras clave: codependencia, autoestima, cuidadoras no formales, enfermos de Alzheimer.

SUMMARY

Title: Self-Esteem and Codependency in Persons Providing Care to Patients with Alzheimer's Disease.

Goal: To study the context in which informal care is provided to Alzheimer patients and the relationship it has to self-esteem and codependency in principal caregivers.

Design: Cross-sectional descriptive study.

Correspondencia: Antonio Manuel Gutiérrez Nieto
CS Loreto-Puntales
C/. Héroes de la aviación española, s/n.
11011 Cádiz
E-mail: anmaguni@hotmail.com

Recibido el 19-02-2010; aceptado para publicación el 02-06-2010
Med fam Andal 2010; 2: 127-138

Setting: Clinical Management Unit, *Loreto-Puntales* Health Center (Cadiz, Spain)

Population and Sample: Principal providers of informal care to patients diagnosed with Alzheimer's between March 2008 and 2009. A randomly selected group of 30 individuals was obtained from a larger group participating in a program implemented by the regional Andalusian health service (SAS) titled "+Cuidados."

Interventions: Individual and family variables for the main caregivers were gathered to evaluate codependency and self-esteem according to the Holyoake Codependency Index and Rosenberg's self-esteem scale.

Results: The group consisted largely of women over 45 years of age, daughters or spouses, who had no remunerated employment outside the home, lived with the dependent person, dedicated more than 10 hours a day to care-related tasks and who had been providing care to the patient for more than six months. 40% of them had institutional support in providing such care. The codependency score obtained was relatively high: 9.47. That score was higher in the subgroup for women than for men (a statistically significant difference).

Conclusions: Results confirm the hypothesis that caregivers get so involved in ensuring the other person's well-being that they abandon self-care. It would be helpful to offer them psychological and social assistance so they can acquire physical and emotional coping skills.

Key Words: Codependency, self-esteem, informal caregivers, Alzheimer patients.

INTRODUCCIÓN

Existen dos conceptos en las relaciones humanas que son complementarios: dependencia y codependencia. Según P. Drumm "una persona codependiente es aquella que, consciente o inconscientemente, refuerza con sus acciones el comportamiento dependiente en otras personas o grupos".

Ahondando en el concepto de codependencia se señalan aspectos relacionados con un patrón de comportamiento que se repite de forma compulsiva en respuesta a un estilo relacional "enfermo y alienante", términos utilizados por Sharon Wescheider-Cruce, que habla de "toxicidad relacional que se manifiesta en la incapacidad para lograr participar en forma positiva en una relación; el codependiente sufre por cosas por las que realmente no le corresponde sufrir, monopoliza el sufrimiento ajeno y lo hace suyo, al mismo tiempo que se olvida de sus verdaderos problemas, los propios."

Se habla de codependencia como de una enfermedad que tiene sus manifestaciones a través de síntomas. Para autores como García, Gallardo y Mejía (2006) los síntomas cardinales de la codependencia son:

- Dificultad para experimentar niveles adecuados de autoestima.
- Dificultad para establecer límites funcionales.
- Dificultad para asumir y expresar su propia realidad.
- Dificultad para ocuparse de sus necesidades y deseos de adultos.
- Dificultad para expresar su realidad con moderación.

Queda claro que estamos ante un fenómeno que tiene una descripción e identificación dentro de rasgos de personalidad que se caracteriza por olvidarse de sí mismo, de las necesidades propias y, en términos de Blanco Picabia y Antequera Jurado (1999), "elaborando el propio autoconcepto y autovalía en función al reconocimiento de los demás. La influencia que dicha estructura puede ejercer sobre la situación de cuidado

puede ser de vital importancia no sólo para el equilibrio físico y emocional del cuidador, si no también del sujeto enfermo, sin que hasta el momento se le haya prestado la necesaria atención”.

De esta forma la conexión de codependencia y autoestima cobra importancia entendiéndose esta como un elemento de aquella. La autoestima esta en relación al aprecio que tenemos a nosotros mismos, estimar supone evaluar, reconocer el valor de algo. La autoestima esta directamente relacionada con como percibimos la propia valía. Una buena autoestima es quererse a uno mismo. Significa reconocer los propios valores y afirmarnos en ellos. Implica respetarte a ti mismo y enseñar a los demás a hacerlo.

En la sociedad actual, gracias a los avances médicos y científicos, cada vez la esperanza de vida es mayor, aumentando el envejecimiento de la población y el grupo de personas con enfermedades crónicas y procesos de enfermedades terminales. En esta situación el cuidado familiar adquiere especial atención debido a que los servicios sanitarios requieren de su aporte para atenciones que sobrepasan a las instituciones formales. Desde los servicios sanitarios institucionalizados cada vez se es más consciente de la necesidad de mantener bien cuidados a los agentes, donde se apoyan estas atenciones complementarias y básicas, llamados cuidadores informales.

Se han descrito las consecuencias de esta tarea de cuidado informal en las llamadas personas cuidadoras principales, entre otras: sobrecarga, soledad, aislamiento, deterioro físico y emocional... que menoscaban su calidad de vida. Es cierto que también se destaca lo satisfactorio que puede resultar la tarea de cuidar dando la oportunidad de la reciprocidad en las relaciones, devolviendo algo de lo que en otro tiempo se recibió de quién es objeto de atención.

Los acercamientos que se han realizado a los “escenarios” donde se desarrollan los cuidados informales, han analizado las consecuencias para las personas cuidadoras destacando las necesidades de atención a este colectivo “invisible” en función a la sobrecarga que soportan y en que medida esta puede generar un “cuidado inadecuado”. La dinámica relacional en la que se de-

sarrollan los cuidados informales podrían generar situaciones de codependencia y problemas de autoestima que afectarían las habilidades de la persona cuidadora para el afrontamiento de los problemas del cuidado.

Se planteó conocer algunos aspectos de los cuidados informales de enfermos dependientes con demencia y valorar codependencia y autoestima en la persona cuidadora principal. Las disfunciones en estas áreas se traducirían en una consideración negativa de si mismos y una dificultad para establecer límites funcionales, asumir y expresar su propia realidad y ocuparse de sus necesidades y deseos de adultos. Cuestiones que afectarían al desempeño del rol de cuidador.

SUJETOS Y MÉTODOS

1- Sujetos.

El estudio se ha realizado sobre una población de 30 personas cuidadoras de enfermos con demencia seleccionadas aleatoriamente de entre las que eran atendidas en la Unidad de Gestión Clínica del Centro de Salud Loreto-Puntales de Cádiz. Accedimos a este grupo de población a través del censo de personas cuidadoras beneficiarias del “Programa + Cuidados”. Este Programa va dirigido a identificar a personas cuidadoras de enfermos con Alzheimer para ofrecerles, de forma diferencial, el acceso a determinados recursos de la Red Sanitaria Pública que les permita una mejora en su labor de cuidar.

2- Procedimiento.

Del censo mencionado de personas cuidadoras no formales se seleccionaron al azar 30 de entre aquellas que estaban a cargo de pacientes que fueron diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en el periodo de marzo del 2008 a marzo 2009 y que así constaba en la Historia Digital de Salud del Ciudadano de Andalucía-DIRAYA.

El estudio no ofrecía riesgo para los participantes, en tanto no tenía procedimientos o técnicas que pudieran afectar a los individuos en sus as-

pectos orgánicos o psicológicos, la incorporación a él se hizo de manera voluntaria.

Tras informarles se mantuvo entrevista en domicilio, en ella se explicó las condiciones de participación, la confidencialidad de los datos y se les pidió su autorización para utilizar la información resultante, mediante el Consentimiento Informado del Cuidador de Persona Dependiente (Anexo 1). A través de la ficha de entrevista a la persona cuidadora (Anexo 2) se recogieron los datos sobre las variables:

- Edad.
- Estado civil.
- Relación con la persona cuidada.
- Situación laboral.
- Tiempo diario dedicado al cuidado.
- Historia del cuidado.
- Convivencia con la persona cuidada: comparar el domicilio.
- Apoyos que recibe desde las medidas propuestas en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Algunas de estas variables eran sociodemográficas (edad, género, situación laboral), otras pretendían conocer características de la situación de cuidado en cuanto a implicación que supone para la persona cuidadora principal (tiempo diario dedicado al cuidado de la persona dependiente, convivencia con ella y desde cuando realiza los cuidados) y otras intentaron saber si optaron por pedir ayuda formal e indirectamente que disposición muestran a dejarse ayudar. Todas en su conjunto ayudan a situar al grupo observado dentro de su realidad sociofamiliar, cuestión que se complementará con la situación personal que nos revelarían las pruebas de autoestima y codependencia.

El entrevistador administró las Escalas de Autoestima y Codependencia, haciendo lectura de cada enunciado y anotando la respuesta de la persona entrevistada. Se decidió usar esta me-

todología para salvar las dificultades de manejo básico de habilidades de lectura y escritura que podíamos encontrar en la población estudiada. El procedimiento fue igual en todos los casos: explicar la mecánica en cuanto a opciones de respuestas y aclararles que no se facilitaría ningún tipo de explicación añadida a los enunciados.

Todas las entrevistas se realizaron por el mismo entrevistador entre el 11 y el 20 de mayo.

Para la valoración de la autoestima utilizamos la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) (Anexo 3) traducida de Martín Albo, J.; Núñez, J. L.; Navarro, J. G.; Grijalvo, F (2007) que consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Los autores del cuestionario no han establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos.

Para codependencia se utilizó el Índice de Codependencia de Holyoake (HCI) (Anexo 4) traducido. La versión de 13 ítems del Índice de Codependencia de Holyoake, HCI, comprende tres subescalas:

- *Auto-sacrificio* (5 ítems) hace referencia a la desatención de las necesidades propias para centrarse en cubrir las necesidades de otros.
- *Focalización externa* (5 ítems) se refiere a la focalización de la atención en el comportamiento, opiniones y expectativas de otras personas, adecuando la conducta a esas opiniones y expectativas para obtener aprobación y estima
- *Reactividad* (3 ítems) hace referencia al grado en el cual el cuidador percibe su calidad de vida en función del comportamiento de la persona a la que cuida.

Produce una puntuación media para los ítems pertenecientes a cada subescala, con valores potenciales entre 1 y 5. Esto hace posible el cálculo de la puntuación total del HCI a través de la suma de las puntuaciones de las tres subescalas con valores entre 3 y 15.

3- Estadísticos.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Statgraphics Plus. Las pruebas estadísticas empleadas en la comparación de resultados a las pruebas de autoestima y codependencia en el grupo de hombres y mujeres fueron: el cálculo de la media, mediana, desviación típica, asimetría tipificada, curtosis tipificada y la aplicación del estadístico t para comparación de medias.

Tanto para RSES y HCI se comprueba que siguen una distribución normal (asimetría y curtosis estandarizada entre -2 y +2). En la comparación de las medias de valores de RSES entre géneros se deduce que no hay diferencias estadísticamente significativas para un género y otro para un 95% de confianza. En cambio para HCI sí hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ambos géneros para un 95% de confianza.

RESULTADOS

(Tabla 0)

El grupo estudiado estaba formando mayoritariamente por mujeres. Casi la totalidad tenían relación de parentesco con la persona cuidada, predominando: hijas y esposas. Se observó que una proporción importante estaba por encima de los 65 años, siendo destacable que una cuarta parte del total estuviese por encima de los 75 años.

En la mayoría de los casos las personas cuidadoras tenían proyectos familiares propios, estaban casadas. Mayoritariamente sin actividad laboral fuera del hogar. Todas llevaban más de seis meses cuidando de la persona dependiente y dedicando más de 10 horas diarias al cuidado la inmensa mayoría. Un número importante convivía con la persona cuidada. Respecto a los apoyos formales que recibían, en concreto derivados de las medidas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de Dependencia, se comprobó que en el 30% de los casos no las habían solicitado, mientras del 70 % si lo hicieron y casi la mitad percibía algún tipo de ayuda: servicio de ayuda a domicilio, asistencia a Centro de Día o ayuda económica.

En la tabla 1, se muestran los datos estadísticos de la aplicación de la Escala de Rosenberg (RSES). (Valores en población general entre 25-35).

En la tabla 2, los valores medios (media aritmética) obtenidos en las subescalas del Índice de Codependencia de Holyoake (HCI)

En la tabla 3, los datos estadísticos de Índice de Codependencia de Holyoake (HCI) (Valores entre 3-15).

DISCUSIÓN

La producción de estudios, ensayos y artículos sobre codependencia se refieren en su mayoría a situaciones asociadas al consumo de tóxicos y/o hábito alcohólico. Existen pocos documentos específicos (artículos o estudios) que planteen la relación entre codependencia y cuidado de personas dependientes.

En la revisión de estudios sobre el cuidado familiar se confirma que este lo desempeñan mayoritariamente mujeres de mediana edad y suelen ser personas muy allegadas, familiares generalmente, en importante nivel de proximidad e implicación afectiva y emocional (hijas y esposas). Suelen compartir vivienda y no existió una preparación formal para el desempeño de este rol. Esta tarea se caracteriza por una implicación sin límites, sin horarios, sin contraprestación económica y en suma sin regulación formal.

Se han descrito las consecuencias sociales (aislamiento y deterioro de la red social) y para la salud (física y emocional) de la persona cuidadora. Se habla de sobrecarga en el cuidador y su traducción en síntomas: fatiga, dolores articulares, estrés, tristeza, insomnio. Se conoce como estas situaciones se transforman en más complejas cuando de quien se cuida manifiesta deterioro funcional y cognitivo, como suelen ocurrir en enfermos con Alzheimer, incrementándose el estrés en la persona cuidadora. A todo ello hay que unir las posibles complicaciones que acarrear la concurrencia de otras patologías que pudiesen acompañar la evolución de una demencia: diabetes, hipertensión, problemas renales, déficit visual y/o auditivo... La edad de la persona cuidadora, generalmente mayor, es un elemento clave para determinar la necesaria aten-

ción y apoyo formal en estos cada vez más frecuentes "espacios de cuidados informales".

Las características del grupo estudiado no variaron de lo que se recoge en estudios similares: mujer, esposa o hija, de más de 60 años (53%), sin trabajo retribuido fuera del hogar, convive con la persona dependiente, dedica más de diez horas al día a los cuidados y lleva más de 6 meses desempeñando esta tarea.

En los resultados de nuestro estudio fue destacable que el 30 % de personas cuidadoras sean hombres y llama la atención que no haya diferencias significativas entre la situación laboral actual de ellos y de ellas, ya que trabajan la misma proporción de mujeres y de hombres. Al detenernos en el análisis de esta circunstancia y relacionarla con la media de edad del grupo objeto de estudio descubrimos que la media de edad estaba por encima de la edad de jubilación pero que en el caso de los hombres más de la mitad habían tenido una vida laboral activa. Esto estaba directamente relacionado con la capacidad económica actual de unos y otros individuos y como ello puede influir en las posibilidades para buscar apoyos formales y en el concepto de sí mismo.

CONCLUSIONES

Los resultados de la prueba de autoestima nos plantea que tenemos una media de valores, tanto en el subgrupo de mujeres (28,38) como en el de hombres (29,33), ligeramente por debajo de lo esperado en población general (31,14 y 32,53 respectivamente). Aunque no podemos hablar de dificultad pues están dentro del rango normal (25/35) quizás sería necesario estudios con mayor número de muestra para confirmar dichos resultados y la aplicación de más pruebas similares que confirmen o no esta tendencia.

Los datos de codependencia se sitúan en conjunto en valores medio altos (9,47 rango de 3 a 15) estando el grupo de mujeres en un valor medio de un punto por encima de los hombres: 8,71 ellos y 9,79 ellas. Para las tres subescalas las mujeres presentan valores medios ligeramente superiores a los de los hombres. En la subescala

de autosacrificio la diferencia es más notable: hombres 3,51/ mujeres 4,04 para un rango de 1 a 5. *Auto-sacrificio* hace referencia a la desatención de las necesidades propias para centrarse en cubrir las necesidades de otros, no olvidemos que el rol social de cuidadora asignado a la mujer exige cumplir con dicha premisa.

Estos resultados nos llevan a la conclusión de que el abordaje de estos aspectos en las distintas intervenciones que vayan a hacerse con personas cuidadoras no formales de personas dependientes deberían hacerse teniendo en cuenta *la perspectiva de género*. También apoyan la hipótesis de que las personas que cuidan abandonan el cuidado de sí mismo en esa implicación sin límites por el bienestar del otro. La consecuencia se trasladaría a una pérdida del potencial personal y de la capacidad necesaria para una buena actividad de cuidado. Por tanto una clave, a trabajar con personas cuidadoras, es el autocuidado personal (físico y emocional) al mismo nivel que los aprendizajes instrumentales para la actividad del cuidado no formal. Desde los Servicios Sanitarios Públicos, espacio en el que se ha desarrollado esta investigación y concretamente en la Unidad de Gestión Clínica del Centro de Salud Loreto-Puntales de Cádiz, sería recomendable ofrecer ayuda psicosocial a las personas cuidadoras no formales de enfermos de Alzheimer en la que se facilite el aprendizaje de estrategias que contribuyan al cuidado personal: físico y emocional.

Agradecimientos: A los profesores del Master Atención a Cuidadores de Personas Dependientes de la Universidad de Sevilla - Área Hospitalaria Virgen Macarena, a los compañeros de la Unidad de Gestión Clínica del Centro de Salud Loreto-Puntales de Cádiz y a los familiares que voluntariamente participaron en el estudio entregando su precioso tiempo y su colaboración desinteresada.

BIBLIOGRAFÍA

- Blanco Picabia A, Antequera Jurado R. La codependencia en el actual sistema sanitario. *Suma Psicológica*. 1999; 6: 221-39.

- Peinado Portero AI, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. Bournaut en cuidadores principales de pacientes de Alzheimer el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*. 1998; 14: 83-93.
- García Villanego L, López Sánchez A, León Grima MM, y cols. Cuidadoras de pacientes con alto nivel de dependencia: estudio para la optimización de sus cuidados en el Distrito Sanitario de Atención Primaria Bahía de Cádiz-La Janda. *Biblioteca Lascasas*. 2007; 3. URL: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0212.php>
- Delgado Romero A, Fernández Rodríguez J, Arias Velarde L, Jiménez Gago L, Martínez Nieto JM. Efectividad de “un taller de cuidadoras” en cuidadoras principales de personas dependientes. *Biblioteca Lascasas*. 2008; 4. URL: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0359.php>
- Jaimes García J, y cols. *Codependencia en Alumnos Estudiantes de Medicina*. México DF: Universidad Autónoma del Estado de México; 2007.
- Drumm P. *La Codependencia en el Trabajo Social y el Desarrollo Intercultural*. Monografía del CCM (Comité Central Menonita). 2002; 30.
- Jáuregui Balenciaga I. *Codependencia y Literatura*. La codependencia en la antigüedad clásica. *Revista Española de Drogodependencias*. 2000; 25: 452-475.
- Martín Albo J, Núñez L, Navarro J G, Grijalvo F. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) traducida. *The Spanish Journal of Psychology*. 2007; 10:458-467.

Tabla 0. Variables sociodemográficas:

Sexo	70% mujeres 30% hombres
Edad	17% entre 25-45 años 40% entre 45-65 años 17% entre 65-75 años 23% entre 75-85 años 3% entre 85-95 años
Estado civil	67% casadas/os 23% solteras/os 10% viudas/os
Relación con la persona cuidada	33% esposas/os 47% hijas/os 3% hermana/o 3% nuera/yerno 3% nieto/a 7% sobrina/o 3% vecina/o
Situación laboral	90% sin empleo
Tiempo diario dedicado al cuidado	90% más de 10 horas al día
Historia del cuidado	100% más de 6 meses realizando los cuidados
Convivencia con la persona cuidada	73% convive con la persona cuidada 27% no convive con la persona cuidada
Apoyos que recibe desde las medidas propuestas en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia	40% recibe apoyos a los cuidados derivados de la “ley de dependencia”

Tabla 1. Datos estadísticos de la aplicación de la escala de Rosenberg (RSES). (Valores en población general entre 25-35)

Tabla 1	Mujeres	Hombres
Frecuencia	21	9
Media	28,381	29,3333
Mediana	29	29
Desviación típica	2,72903	2,23607
Mínimo	23	27
Máximo	33	34
Asimetría típica.	-1,47208	1,34974
Curtosis tipificada	-0,0894951	0,796084

Comparación de Medias:

Hipótesis nula: diferencia = 0

Estadístico t = 0,920203 Ambos P-valor = 0,3653

Tabla 2. Valores medios obtenidos de las subescalas del Índice de Codependencia de Holyoake (HCI)

Tabla 2	Mujeres	Hombres	Global
Auto-sacrificio	4,04	3,51	3,88
Focalización externa	2,53	2,16	2,42
Reactividad	3,22	3,04	3,17

Tabla 3. Datos estadísticos del Índice de Codependencia de Holyoake (HCI). (Valores entre 3-15)

Tabla 3	Mujeres	Hombres
Frecuencia	21	9
Media	9,79048	8,71111
Mediana	9,7	9
Desviación típica	1,28682	1,12633
Mínimo	7,8	6,7
Máximo	12,6	10,1
Asimetría típica	1,44085	-1,17137
Curtosis tipificada	0,32239	0,0226727

Comparación de Medias:

Hipótesis nula: diferencia = 0

Estadístico t = 2,17941 Ambos P-valor = 0,0379

Anexo I

Consentimiento Informado del Cuidador de la Persona Dependiente

Estamos realizando un proyecto de investigación cuyo objetivo es conocer la situación de las personas cuidadoras. Para llevar a cabo este proyecto es muy importante la información que Ud. nos pueda ofrecer tanto de su labor como cuidador como de la persona a la que cuida.

La finalidad de este documento es confirmar que Ud. Está de acuerdo en participar. La participación es completamente voluntaria y puede elegir, si lo considera necesario, no responder alguna de las preguntas o incluso abandonar en cualquier momento. Sus respuestas y su identidad no serán reveladas (conforme recoge la legislación vigente). Toda la información obtenida a partir de la investigación se analizará en conjunto con la del resto de participantes, de modo que no se divulgarán datos individuales de ninguna persona en particular.

También se le informa de que no obtendrá ningún beneficio por su participación en esta investigación y, que en concreto, no recibirá una compensación en metálico.

Al firmar, manifiesta que ha entendido todo lo que se le ha explicado acerca del estudio y acepta libremente participar en el mismo.

En....., a de de 200....

Fdo: El entrevistado

Fdo: El entrevistador

Anexo 2

Ficha de entrevista a la persona cuidadora.

Fecha _____

- Es familiar del paciente: SI__ NO__
- Que relación de parentesco _____
- Edad _____ EC _____
- Realiza actividad laboral: SI__ NO__
- Vive con el paciente: SI__ NO__
- Lleva entre 6 y 12 meses cuidando de él/ella: SI__ NO__
- Dedicar más de 10 horas al día, todos los días de la semana a cuidar de su familiar: SI__ NO__
- Recibe compensación económica por la tarea de cuidar: SI__ NO__

Información sobre proceso de Valoración y Aplicación de medidas derivadas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Situaciones de Dependencia:

¿Tiene valorada la situación de dependencia su familiar?

- SI__ ¿Recibe prestación/servicio por ello?
NO__ SI__ Cual _____
- NO__
- ¿La tiene tramitada? SI__ NO__

Anexo 3

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

El cuestionario tiene 10 preguntas. Por favor, contéstelas todas.

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	A veces pienso que no soy bueno en nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	A veces me siento realmente inútil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ojalá me respetara más a mí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 4. El Índice de Codependencia de Holyoake

Lea detenidamente cada una de las 13 afirmaciones siguientes y señale su grado de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación. No existen respuestas correctas o incorrectas.

	1 Completamente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 No sé	4 De acuerdo	5 Completamente de acuerdo
1. Con frecuencia no intento hacer amistades porque creo que no les gustaré	1	2	3	4	5
2. No importa lo que ocurra: la familia siempre es lo primero	1	2	3	4	5
3. Mi vida está controlada por el comportamiento y los problemas de la persona que cuido	1	2	3	4	5
4. Siempre antepongo las necesidades de mi familia a las mías propias	1	2	3	4	5
5. En mi vida me guío demasiado por las normas y los principios de los demás	1	2	3	4	5
6. Actúo para impresionar a la gente: no soy la persona que aparento o finjo	1	2	3	4	5
7. El estado de la persona que cuido me supone una continua amenaza	1	2	3	4	5
8. Es mi responsabilidad ayudar a mis seres queridos a solucionar sus problemas	1	2	3	4	5
9. Necesito ser lo que la gente quiere que yo sea para gustarles y llevarme bien con ellas	1	2	3	4	5
10. Las cosas me irían mejor si mejorara la persona que cuido	1	2	3	4	5
11. Lo que yo sienta no es importante mientras que la gente que quiero esté bien	1	2	3	4	5
12. Sería egoísta anteponer mis propias necesidades a las de los demás	1	2	3	4	5
13. Necesito dar excusas y disculparme la mayor parte del tiempo	1	2	3	4	5

ORIGINAL

Detección de la enfermedad renal crónica en atención primaria como factor de riesgo cardiovascular independiente

Cabrera López M^a D¹, Díaz Osto M^a R²

¹ Médica de Familia. CS Puerto Serrano. Cádiz

² Médica AP. CS El Porvenir. Sevilla

RESUMEN

Título: detección de la enfermedad renal crónica en atención primaria como factor de riesgo cardiovascular independiente.

Objetivo: El objetivo de este estudio es determinar el grado en que se realiza el cribado oportuno para la detección precoz de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en Atención Primaria. Así como analizar el método utilizado para el control de la función renal, y aquellas situaciones de riesgo en las que se realiza una mayor estimación del filtrado glomerular como parámetro de control renal.

Diseño: Se trata de un estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano de Atención Primaria.

Población y muestra: Se incluyeron aquellos pacientes que presentaban recogida en su historia clínica al menos una situación de riesgo para Enfermedad Renal Crónica (ERC), (edad mayor o igual a 60 años, Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Obesidad y/o evento cardiovascular previo).

Intervenciones: Las variables analizadas fueron la edad, el sexo, la presencia o no de DM, HTA, Obesidad, algún evento cardiovascular, la observación o no del filtrado glomerular, el tipo de fórmulas empleadas para la estimación de la función renal, la Creatinina sérica y la Microalbuminuria.

Resultados: Del total de pacientes estudiados (150), solo en el 10% de los casos se estimó el Filtrado Glomerular, el 60% de las historias revisadas presentaba al menos una estimación de la Creatinina sérica y el 16.7% al menos una determinación de la Microalbuminuria. Del total de la muestra en el 2.7% de los casos se observó la estimación del filtrado glomerular mediante el MDRD, en el 7.3% se calculó a través de la fórmula de Cockcroft-Gault, y en el 90% de los pacientes no se detectó estimación de la función renal por ninguna fórmula. Aquella patología en la que se observó un mayor número de Filtrados glomerulares estimados fue en la Hipertensión Arterial (el 73.3% de los FG se observaron en pacientes que presentaban esta situación de riesgo). Del total de pacientes estudiados un 60.7% presentaba HTA, un 33.3% DM, también en el 33.3% de los casos se observó algún evento cardiovascular, y en el 14% obesidad.

Conclusiones: En un porcentaje importante de pacientes que presentan al menos una situación de riesgo para ERC no se realiza el correcto control de la función renal. En la mayoría de los casos el parámetro empleado es la Creatinina Sérica, y solo en un pequeño porcentaje se estima el Filtrado glomerular a través de las fórmulas recomendadas por las guías de práctica clínica.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica, Riesgo Cardiovascular, Filtrado Glomerular.

Correspondencia: M^ª. Dolores Cabrera López
CS Puerto Serrano
Av. de Rafael Alberti, s/n
11659 Puerto Serrano (Cádiz)
E-mail: mdcl77@hotmail.com

Recibido el 10-02-2010; aceptado para publicación el 16-06-2010
Med fam Andal 2010; 2: 139-152

SUMMARY

Title: Detecting Chronic Kidney Disease as an Independent Cardiovascular Risk Factor at the Primary Care Level

Goal: To determine the adequacy of screening activities at the primary care level for early detection of chronic kidney disease (CKD). To analyze the methods used to control kidney function and identify which risk situations prompt requests for more accurate estimates of glomerular filtration rates as a parameter to control kidney function.

Design: Cross sectional descriptive.

Setting: An urban primary health care center.

Population and Sample: Patients were included in the study when their clinical histories reflected at least one situation of being at risk for CKD (age equal to or above 60 years, high blood pressure (HBP), diabetes mellitus (DM), obesity and/or a prior cardiovascular event).

Interventions: The following variables were analyzed: age, sex, presence or absence of DM, HBP, obesity, any cardiovascular event, existence or non-existence of a glomerular filtration rate, type of formulas used to estimate kidney function, serum creatinine and microalbuminuria.

Results: Glomerular filtration was estimated in only 10% of the cases included in the study (a total of 150 patients participated). 60% of the clinical histories showed at least one estimated serum creatinine value and 16.7% revealed at least one determination of microalbuminuria. In 2.7% of the total sample an estimation of glomerular filtration was based on the MDRD equation, in 7.3% of the cases calculations were based on the Cockcroft-Gault formula, and for 90% of the patients no estimate was found for kidney function based any formula whatsoever. High blood pressure was the pathology for which the greatest number of glomerular filtrations were calculated (73.3% of the GF were for patients who were in this risk situation). Of the total number of patients studied, 60.7% had HBP, 33.3% DM, 33.3% had experienced some cardiovascular event, and 14% were obese.

Conclusions: The clinical histories of an important percentage of patients indicate that they are at risk for CKD but that kidney function tests are not being correctly used. Serum creatinine is the most frequently used parameter in most cases, and only a small percentage of patients receive an estimate of glomerular filtration based on the formulas recommended in clinical practice guidelines.

Key words: Chronic kidney disease, cardiovascular risk, glomerular filtration.

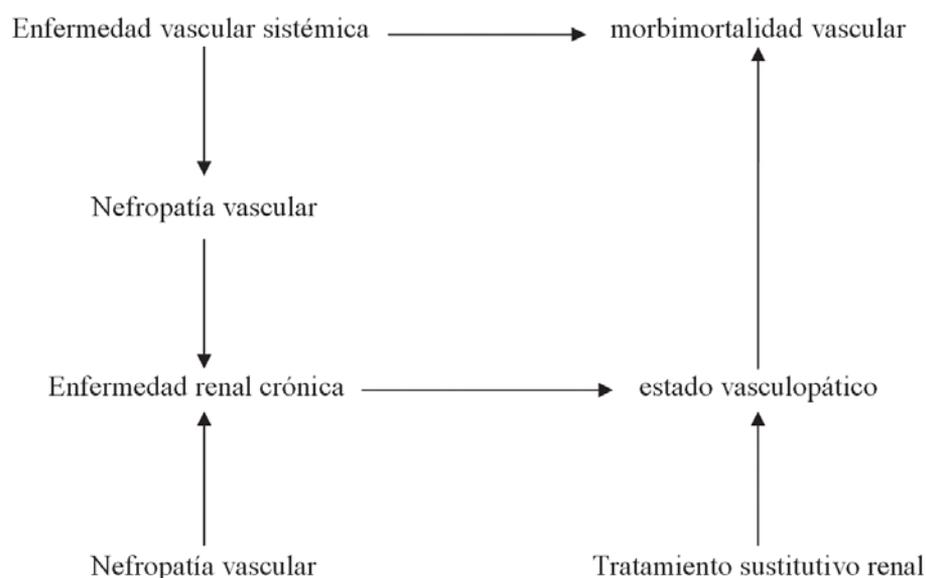
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un importante problema de salud pública. La visión epidemiológica de la ERC ha cambiado notablemente en los últimos años, debido a que sus causas fundamentales residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus y la enfermedad vascular. Considerada inicialmente como una patología de baja incidencia, actualmente se reconoce que afecta a un porcentaje significativo de la población, según los resultados preliminares del estudio EPIRCE (*Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España*), diseñado para conocer la prevalencia de la ERC en nuestro país y promovido por la Sociedad Española de Nefrología con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo, aproximadamente el 11% de la población adulta sufre algún grado de ERC.^{1,2}

Los enfermos renales, ya incluso en estadios iniciales de la enfermedad, presentan un riesgo cardiovascular elevado y sufren una morbimortalidad por eventos cardiovasculares que probablemente tenga un impacto en la salud mayor que la evolución hacia la necesidad de tratamiento sustitutivo^{3,4}. En los últimos años se han publicado varios estudios que han demostrado que niveles de Creatinina (Cr) sérica ligeramente elevados constituyen un factor de riesgo cardiovascular independiente^{5,6}.

En el 7º informe del *National Joint Committee (JNC)*⁷⁻⁸, se incluye a la microalbuminuria y al descenso del filtrado glomerular (FG) <60 ml/min, estimado mediante ecuaciones, como dos de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) actualmente reconocidos. (Ver Anexo I)

La asociación de la enfermedad renal con la enfermedad cardiovascular constituye una realidad fisiopatológica. La HTA y Aterosclerosis son causas cada vez más frecuentes de nefropatía y el deterioro crónico de la función renal genera un estado vasculopático que facilita el desarrollo de lesiones del sistema cardiovascular.⁹⁻¹¹



Esta interacción tiende a crear círculos viciosos que agravan y perpetúan la nefropatía y la enfermedad cardiovascular cuando coinciden y que empeoran el pronóstico del paciente.

Recientemente la *National Kidney Foundation* estadounidense ha propuesto a través de las guías de práctica clínica K/DOQI una definición y una clasificación de la ERC, con los objetivos, entre otros, de aunar criterios y facilitar de forma sencilla y práctica el diagnóstico precoz de la enfermedad, independientemente de su causa original.¹²

Definición de ERC: La ERC se define como la disminución de la función renal, expresada por un FG < 60 ml/min/1.73 m² o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses. Por lo tanto incluye:

- Daño renal diagnosticado por método directo (alteraciones histológicas en biopsia renal) o de forma indirecta por marcadores como la albuminuria o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o en pruebas de imagen.

- Alteración del FG (< 60 ml/min/ 1.73 m²).

(Ver Anexo II)

La evaluación del paciente con ERC o con sospecha de padecerla debe incluir la estimación

del Filtrado Glomerular (FG), un sedimento de orina y la determinación de albuminuria en muestra simple de orina. Las fórmulas para la estimación de la función renal, como la ecuación abreviada del estudio MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*):

$$\text{FG estimado (ml/min/1.73m}^2\text{)} = 186 \times (\text{creatinina [mg/dl]})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra})$$

O la fórmula de Cockcroft-Gault:

$$\text{Aclaramiento de creatinina (ml/min)} = \frac{[(140 - \text{edad}) \times \text{peso (kg)}]}{[\text{Cr}_s \text{ (mg/dl)} \times 72]} \times 0,85 \text{ en mujeres}$$

Son una herramienta útil para estimar el filtrado glomerular y deberían utilizarse en la práctica clínica diaria. Se recomienda preferentemente el uso de la fórmula de MDRD ya que es más precisa que la fórmula de Cockcroft-Gault. La creatinina sérica no debería utilizarse como parámetro único en la valoración de la función renal, los principales problemas son: los cromógenos (acetato, el ácido ascórbico y el piruvato) que interfieren en la medición, la eliminación extrarrenal, la variación en la masa muscular.

El aclaramiento de creatinina convencional no provee una estimación más precisa del filtrado glomerular que las fórmulas mencionadas.¹³⁻¹⁵ En

cuanto a la valoración de la microalbuminuria como marcador de daño renal, los cálculos efectuados en muestra simple de orina (cociente albúmina/creatinina) se correlacionan de forma adecuada con la albuminuria en 24 horas (anexo III). Diversos estudios, tanto en pacientes diabéticos como no diabéticos, han demostrado esta correlación.¹⁶⁻¹⁸

***Situaciones especiales en las que las ecuaciones no son adecuadas como estimación de la función renal:**¹⁴

- Peso corporal extremo: índice de masa corporal inferior a 19 kg/m² o superior a 35 kg/m².
- Alteraciones importantes en la masa muscular (amputaciones, pérdida de masa muscular, enfermedades musculares o parálisis).
- Insuficiencia renal aguda.
- Embarazo,
- Hepatopatía grave, edema generalizado o ascitis.

En estos casos se recomienda la utilización de otros métodos para estimar el FG como el aclaramiento de creatinina convencional (orina 24 horas) o métodos isotópicos

Basándonos en las guías K/DOQI y KDIGO sobre ERC y en base a diversos estudios epidemiológicos los individuos susceptibles de someter a un cribado serían aquellos que presentan alguna situación de riesgo aumentado de enfermedad renal crónica:¹⁹⁻²⁰

Situaciones de riesgo aumentado de ERC:

- **Edad ≥ 60 años.**
- **HTA.**
- **Diabetes Mellitus.**
- **Enfermedad cardiovascular.**
- **Obesidad.**
- Enfermedades autoinmunitarias.
- Antecedentes de insuficiencia renal aguda.

- Antecedentes familiares de insuficiencia renal o enfermedad renal (poliquistosis renal)
- Insuficiencia cardíaca.
- Neoplasias.
- Tratamiento prolongado con alguno de los siguientes fármacos: carbonato de litio, mesalazina y otros fármacos 5-amisalicólicos, Inhibidores de la calcineuria, AINEs
- Infecciones urinarias de repetición
- Litiasis renal
- Enfermedades obstructivas del tracto urinario.
- Bajo peso al nacer
- Nivel socioeconómico bajo
- Raza afroamericana.

(En negrita se marcan las situaciones de prevalencia elevada en la población).

Teniendo en cuenta que un número importante de pacientes está sin diagnosticar, bien porque no se efectúan controles de la función renal o porque los métodos utilizados no son los adecuados (ocurre cuando sólo se estima la creatinina sérica y se tiene una ERC oculta, apareciendo la creatinina dentro del rango de normalidad), resulta fundamental la aplicación de un cribado para determinar aquellos pacientes que se pueden beneficiar de una intervención precoz, que frene la evolución de la enfermedad renal y consecuentemente el incremento de riesgo cardiovascular que esto implica. Diferentes estudios recientes han confirmado que la detección precoz y la remisión adecuada a nefrología de los pacientes con ERC, mejora la morbilidad a largo plazo y disminuyen los costes tanto para el paciente como para el sistema sanitario ya que permiten, identificar precozmente causas reversibles de insuficiencia renal, disminuir la velocidad de progresión de la enfermedad renal, reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada a la insuficiencia renal, preparar al paciente de forma adecuada para la diálisis en caso

de que ésta sea necesaria, reducir las estancias hospitalarias, disminuir los costes sanitarios asociados.²¹⁻²⁵

Un conocido estudio prospectivo (Hypertension Detection and Follow-Up Program)²⁶ mostró que la presencia de insuficiencia renal como trastorno clínico asociado supone un factor de riesgo que incrementa cuatro veces la mortalidad del paciente y es el mejor predictor de desarrollo de eventos cardiovasculares, y este riesgo se incrementa a partir de cifras tan bajas de creatinina como 1,2 mg/dl. Recientemente el Medicare de EEUU ha analizado la mortalidad de sus pacientes detectando que los pacientes con ERC tenían una mortalidad tres veces mayor que los pacientes sin enfermedad renal, siendo cinco veces mayor en los pacientes en diálisis²⁷. Esta morbilidad podrá controlarse sin duda alguna mejor cuanto antes sea remitido el paciente, permitiendo así actuar en fases precoces. En uno de estos estudios, de carácter multicéntrico, se analizaron 362 pacientes que iniciaron diálisis con un seguimiento posterior al inicio de diálisis de tres años, mostrando que los pacientes con menos seguimiento previo nefrológico al inicio de diálisis presentaron mayor mortalidad. En el análisis multivariante, los factores de riesgo independientes para mortalidad fueron el menor tiempo de seguimiento nefrológico, edad, hipoalbuminemia, hipertensión arterial, aclaramiento de creatinina, todos ellos al inicio de diálisis y la presencia de enfermedad cardiovascular previa.²⁸

· **OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar el grado en que se realiza el cribado oportuno para la detección precoz de la ERC en Atención Primaria.

· **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

- Analizar el método utilizado para el control de la función renal.

- Analizar si existen diferencias en la estimación del filtrado glomerular según las patologías estudiadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Población de estudio: Pacientes pertenecientes al Centro de Salud de El Porvenir que presentan al menos una de las situaciones de riesgo asociadas a ERC.

Criterios de Inclusión: Paciente que cumplan 1 o más de las siguientes situaciones de riesgo para ERC:

- Edad mayor o igual a 60 años.
- Paciente diagnosticado como hipertenso y recogido con tal código en el sistema informático Diraya
- Paciente diagnosticado como diabético y recogido con tal código en el programa informático Diraya.
- Pacientes incluidos en el programa de obesidad del sistema informático Diraya
- Pacientes que hayan presentado algún evento cardiovascular (Infarto agudo de miocardio, Síndrome coronario agudo, ICTUS, Accidente vasculocerebral, cardiopatía isquémica, angina de pecho, Arteriopatía periférica) recogidos con los códigos CIE correspondientes en el programa Diraya.

Criterios de exclusión: Pacientes que presentaban alguna de las siguientes situaciones clínicas:

- Peso corporal extremo: índice de masa corporal inferior a 19 kg/m² o superior a 35 kg/m².
- Alteraciones importantes en la masa muscular (amputaciones, pérdida de masa muscular, enfermedades musculares o parálisis).
- Insuficiencia renal aguda.
- Embarazo,
- Hepatopatía grave, edema generalizado o ascitis.

Ámbito: El presente estudio se realizó en el Centro de Salud El Porvenir, perteneciente al

Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla.

Periodo de estudio: Desde el 1 de Enero de 2008 hasta el 15 Febrero de 2009.

Muestra: La población de estudio está formada por 11.817 pacientes, para realizar el estudio se ha obtenido una muestra de la población total. Se ha calculado el tamaño muestral para una prevalencia del 11%, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3%, el tamaño de la muestra es de 149 pacientes. Los pacientes se seleccionan mediante muestreo aleatorio simple.

Variabes: Se recogerán aquellos datos disponibles y que estén reflejados en la historia clínica del paciente, incluyendo variables tanto cualitativas como cuantitativas.

· **CUALITATIVAS:**

1. SEXO

2. EVENTO CARDIOVASCULAR PREVIO: Se considerará la existencia de un evento cardiovascular previo si en la historia aparece consignado alguna o varias de las siguientes patologías, (Infarto agudo de miocardio, Angina de pecho, Cardiopatía Isquémica, ICTUS, Accidente vasculocerebral, Arteriopatía periférica).

3. DIABETES MELLITUS: Tanto diabetes mellitus I como II, que esté recogida como dicho proceso en la historia clínica del paciente.

4. HTA: Presencia o no del diagnóstico de hipertensión arterial, reflejado en su historia clínica.

5. OBESIDAD: Diagnóstico de obesidad, recogido en el programa asignado a esta patología en el sistema informático Diraya.

6. FILTRADO GLOMERULAR: Presencia o no del filtrado glomerular, recogido en la historia clínica del paciente.

7. TIPO DE FÓRMULA EMPLEADA PARA ESTIMAR LA FUNCIÓN RENAL:

En esta variable incluimos dos formas a las que el médico de AP puede acceder para estimar la función renal:

- MDRD
- FÓRMULA DE CROCKOFT-GAULT

8. MICROALBUMINURIA: Recogida en muestra simple de orina. Expresada en mg/g. Recogida en la historia clínica del paciente

· **CUANTITATIVAS:**

1. EDAD: se recoge la edad en años.

Recogida de datos: Los datos se obtuvieron de la historia clínica del paciente, recogida en el Sistema informático Diraya. En cada historial clínico tenemos diferentes apartados, por un lado disponemos de una serie de hojas de consulta, donde se hace constar cada uno de los motivos de consulta del paciente, con la fecha en la que se realizó, anamnesis, exploración y juicio clínico emitido, que quedará codificado mediante un código CIE. Existe otro apartado donde se hacen constar los procesos asistenciales a los que pertenece el paciente y las medidas de actuación realizadas en cada uno de ellos, estos procesos constituyen algunas de las patologías más prevalentes y de mayor impacto en la sociedad, de las que nos interesan en este estudio hacemos referencia al proceso Diabetes Mellitus, y programas HTA y Obesidad, por tanto la inclusión del paciente en uno de estos programas o procesos por parte del profesional nos ayudará a notificar la pertenencia del paciente a uno de éstos. Además disponemos, para así poder tener una información más completa, de una lista de problemas del usuario donde también el profesional registra aquellas patologías presentes o más importantes que ha presentado, de aquí obtendremos la información necesaria para conocer si ha presentado algunos de los eventos cardiovasculares.

· **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

El análisis descriptivo de los datos se realizó mediante resúmenes numéricos que incluyeron el mínimo, máximo, media, mediana, y desviación típica para las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas se utilizaron medidas de frecuencia absoluta y relativa. El análisis

bivariante de los datos se realiza mediante el test chi-cuadrado cuando las variables independientes son cualitativas. Para las variables cuantitativas se utiliza la comparación de medias mediante el estadístico t-Student. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 16.

RESULTADOS:

Del total de pacientes estudiados (150), sólo en un 10% de los casos se estimó la función renal mediante el uso de las fórmulas de Crockoft-Gault o MDRD. En el 60% de los casos existía al menos una determinación de la Creatinina sérica, y en el 16.7% al menos una microalbuminuria. Con respecto a la fórmula más empleada en el cálculo del FG, fue la de Crockoft-Gault, que se utilizó en el 7.3% de los casos, y la de MDRD en 4 pacientes (2.7%) (Tabla 1).

De todos los parámetros de creatinina recogidos, en el 16.7% de los casos se estimó el filtrado glomerular y en el 83.3% de los casos no, con un valor estadísticamente significativo ($p < 0.001$) (Tabla 2).

La edad media de los pacientes era de 70.85 años con una Desviación típica de 9.746, la mediana fue de 70 años con un percentil 25 de 66 y un percentil 75 de 77.25, el 48% de los pacientes estudiados fueron hombres frente al 52% que eran mujeres.

Del total de pacientes estudiados un 43.3% presentaba Diabetes Mellitus, un 60.7% HTA, el 25.3% había presentado al menos un evento cardiovascular, las frecuencias observadas de los diferentes eventos cardiovasculares analizados fueron las siguientes: el 10.7% de cardiopatía isquémica, un 3.3% de angina de pecho, un 7.3% de Infarto Agudo de Miocardio, un 11.3% de accidente vasculo cerebral. La frecuencia de obesidad observada fue del 14% (Tabla 3).

De todas las estimaciones del Filtrado Glomerular observadas, se encontró una mayor frecuencia (73.3%) en aquellos pacientes que presentaban historia clínica de hipertensión arterial, seguida de la Diabetes Mellitus y Eventos cardiovasculares, (33.3%) respectivamente y el 26.7% de las estimaciones de Filtrado glomerular se

observaron en pacientes con diagnóstico de Obesidad, aunque hay que señalar que el análisis no resultó estadísticamente significativo en ninguna de las variables (Tabla 4).

La edad media a la que se estimó el mayor número de Filtrados Glomerulares fue a los 73.73 años con una mediana de 73, el rango de edad en los que se pidió mayor número de Filtrados glomerulares estaba comprendido entre 61 años como mínimo y 68 años como máximo con una p de 0.228 (Tabla 5).

DISCUSIÓN

El análisis de los datos nos indica que del total de pacientes incluidos en el estudio (150), todos ellos con al menos una situación de riesgo aumentado de ERC, el parámetro de control de la función renal que se observó en la mayoría de los casos, (60%), fue la Creatinina Sérica, siendo solo 15, (10%), los casos en los que se realizó un control de la función renal mediante la estimación del filtrado glomerular o aclaramiento de Creatinina Sérica a través de las fórmulas de Crockoft-Gault o MDRD, y solo en el 16.7% de los casos se observó al menos una determinación de la Microalbuminuria.

En los casos en los que se observó alguna estimación de la función renal mediante las fórmulas disponibles, hay que señalar que en el 2.7% de los casos se empleó la fórmula del MDRD, recomendada por las guías de práctica clínica, en el 7.3% del total de casos se observó la fórmula de Crockoft-Gault, y en el 90% no se objetivó ninguna estimación de la función renal mediante estas fórmulas. El mayor uso de la fórmula de Crockoft-Gault frente al MDRD, a pesar de la últimas recomendaciones de las guías de práctica clínica en las que se antepone el uso de MDRD frente al uso de la fórmula de Crockoft-Gault, podría deberse a la incorporación de esta última en el programa informático Diraya con el que trabaja el profesional en la consulta, frente a la dificultad añadida que supone el cálculo del MDRD, aún en su forma abreviada, en la práctica clínica diaria.

En nuestro intento por determinar a qué pacientes, de aquellos que presentaban algún factor de riesgo para ERC, se les realizó un mayor control

de la función renal nos encontramos con valores estadísticamente no significativos, por lo tanto los datos arrojados no fueron concluyentes, ni en cuanto a patología presente ni en cuanto a la edad a la que hubo mayor estimación del filtrado glomerular. Debemos señalar que los pacientes incluidos en la muestra, presentaban todos, al menos una situación de riesgo para ERC, siendo varios los casos en los que el paciente presentaba más de un factor de riesgo, por lo tanto no podríamos discernir la característica del paciente que indujo al profesional a estimar su función renal.

Podemos observar que el parámetro para estimar la función renal que más se utilizó en la consulta de AP fue la Creatinina Sérica (90 casos), a partir de estos casos solo en el 16.7% se amplió el estudio de la función renal mediante la aplicación de las fórmulas mencionadas, en el resto de los casos la Creatinina Sérica fue informada como normal sin considerar ninguna estimación más de la función renal. Estos datos son comparables con los de otros estudios donde se ha objetivado que de forma habitual se evalúa el filtrado glomerular renal mediante la tasa plasmática de creatinina, lo que puede impedir detectar la Enfermedad renal Crónica de forma adecuada. Quizá en una segunda parte del estudio podríamos determinar la tasa de Enfermedad Renal Oculta en aquellos pacientes que presentaron cifras de Creatinina Sérica con valores dentro de la normalidad.

Una posible limitación del estudio puede ser que nos basamos en datos registrados en la historia clínica informatizada por parte de los profesionales, sin tener evidencia objetiva de que no se estén realizando dichas intervenciones.

CONCLUSIONES

Deducimos que existe una infrutilización del cálculo del FG mediante las fórmulas disponibles (MDRD, Enfermedad Crockoft-Gault) como parámetro diagnóstico para detectar la Enfermedad Renal Crónica en pacientes que presentan al menos una situación de riesgo para ésta. El uso preferente de la Creatinina Sérica como marcador de la función renal podría estar subestimando la detección de Enfermedad Renal Cró-

nica Oculta (ERCO), teniendo este hecho especial interés en aquellos pacientes que se beneficiarían de una intervención precoz.

Podría ser interesante la implantación de un programa de detección precoz de la ERC en los Centros de Atención primaria, mediante el registro de la función renal, estimado según las últimas recomendaciones basadas en la evidencia clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Otero A, Gayoso P, García F, De Francisco AL. Epidemiology of chronic renal disease in the Galician population: Results of the pilot Spanish EPIRCE study. *Kidney Int Suppl.* 2005; 99: S16-9.
2. Otero A, De Francisco ALM. Insuficiencia Renal Oculta: Estudio EPIRCE. *Nefrología.* 2005; 25: 66-71.
3. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic Kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med.* 2004; 351: 1296-305.
4. Brosius FC III, Hostetter TH, Kelepouris E, Mitsnefes MM, Moe SM, Moore MA, et al. Detection of chronic kidney disease in patients with or at increased risk of cardiovascular disease: a science advisory from the American Heart Association Kidney and Cardiovascular Disease Council; the Councils on High Blood Pressure Research, Cardiovascular Disease in the Young, and Epidemiology and Prevention; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: Developed in collaboration with the National Kidney Foundation. *Hypertension.* 2006; 48: 751-5.
5. Zanchetti A, Hansson L, Dahkof B. Effects of individual risk factor on the incidence of cardiovascular events in the treated hypertension patients of the Hypertension Optimal Treatment Study .HOT Study Group. *J Hypertension.* 2001; 19: 1149-1159.
6. Mann JF, Gerstein HC, Poque J, Bosch J, Yusuf S. Renal insufficiency as a predictor of cardiovascular outcome and the impact of ramipril: the

- HOPE randomized trial. *Ann Intern Med.* 2001; 134: 629-36.
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA.* 2003; 289: 2573-5.
8. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JNC 7-Complete version. *Hypertension.* 2003; 42: 1206-1252.
9. Guía SEN. Riñón y enfermedad cardiovascular. *Nefrología.* 2004; 24 (Supl 6): 13-235.
10. Díez J. Nuevas reflexiones en torno a la medicina renal-vascular. *Nefrología.* 2003; 23: 97-102.
11. Giuseppe Mancia, Stephane Laurent, Enrico Agabiti-Roseic, Ettore Ambrosionid, Michel Burniere, Mark J. Caulfield, et al. Revisión de la guía Europea de manejo de hipertensión: documento de la Sociedad europea de Hipertensión. *Journal of Hipertensión.* 2009; 27:2121-2158.
12. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Am J Dis* 2002; 39 (Supl 1): S1-S266.
13. Alcázar R, Egocheaga I, Orte L, Lobos JM, Gonzalez E, Álvarez F, et al. Documento consenso entre la sociedad española de nefrología y sociedad española de medicina familiar y comunitaria 2008. *Nefrología.* 2008; 28: 273-282.
14. Gracia S, Montañés R, Bover J, Cases A, Deulofeu R, Martín de Francisco AL, et al. Recomendaciones sobre la utilización de ecuaciones para la estimación del filtrado glomerular en adultos. *Nefrología.* 2008; 26: 658-65.
15. Levey AS, Greene T, Josek J, Beck GJ, Group MS: A simplified equation to predict glomerular filtration rate from serum creatinine (Abstract). *J Am Soc. Nephrol.* 2000; 11: A1828.
16. Nathan DM, Rousenbaum C. Protasowicki VD. Single-void urine samples can be used to estimate quantitative microalbuminuria. *Diabetes care.* 1978; 10: 414-8.
17. Ahn CW, Song YD, Kim JH, Lim SK, Choi KH, Kim KR, et al. The validity of random urine specimen albumin measurement as a screening test for diabetic nephropathy. *Yonsei Med J.* 1999 Feb; 40; 40-5.
18. Mosca A, Paleari R, Ceriotti F, Lapolla A, Fedele D. Biological variability of albumin excretion rate and albumin to creatinina ratio in hypertensive type 2 diabetic patients. *Clin Chem Lab Med.* 2003; 41: 1229-33.
19. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002; 39: S46-S75.
20. Levey AS, Eckardt KV, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int.* 2005; 67: 2089-100.
21. Ifudu O, Dawood M, Homel P, Friedman EA. Excess morbidity in patients starting uremic therapy without prior care by a nephrologists. *Am J kidney Dis.* 1996; 28: 841-5.
22. Ismail N, Neyra R, Hakin R. The medical and economical advantages of early referral of chronic renal failure patients to renal specialists. *Nephrol Dial Transplant.* 1998; 13: 246-50.
23. Powe NR. Early referral in chronic kidney disease: an enormous opportunity for prevention. *Am J Kidney Dis.* 2003; 41: 505-7.
24. Aguilar MD, Orte L, Lázaro P, Gómez-Campderá F, Fernández E, Sanz D, en representación del grupo INESIR; Pastor V. Eficiencia de implantar en atención primaria un programa dirigido a conseguir la referencia precoz al nefrólogo de los pacientes con insuficiencia renal crónica. *Nefrología.* 2006; 26 (Supl 3): 114-20.
25. Gómez JL. Enfermedad renal crónica: detección prevención y remisión adecuada a Nefrología. *Nefrología Extrahospitalaria.* 2004; 11: 13-18.

26. Shulman. Hypertension Detection and Follow-Up program. Hypertension. 1989; 13(Supl 1): 80-93.
27. Healthy people 2010. Survival, mortality and causes of death. Chapter 9. Am J Kidney Dis. 2003; 41 (Supl 2):151-164.

28. Górriz JL, Sancho A, Pallardó LM y cols. Longer predialysis nephrological care is associated with improved long-term survival of dialysis patients. More facts. Nephrol Dial Transplant 2002; 17: 1354-5.

❖ ANEXO I:

PRINCIPALES FRCV SEGÚN EL INFORME JNC-7

- HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
- CONSUMO DE TABACO, PRINCIPALMETNE CIGARRILLOS.
- OBESIDAD, ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) > 30 Kg/ m².
- SEDENTARISMO.
- DISLIPEMIA, LDL-colesterol ELEVADO o HDL- colesterol bajo.
- DIABETES
- MICROALBUMINURIA.
- FG ESTIMADO < 60 ml/min.
- EDAD > 55 AÑOS EN VARONES Y > DE 65 AÑOS EN MUJERES.
- HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PREMATURA, EN VARONES MENORES DE 55 AÑOS O MUJERES MENORES DE 65 AÑOS

❖ ANEXO II:

Clasificación de los estadios de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) según las guías K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation

ESTADIO	DESCRIPCIÓN	FG (ml/min/1.73m ²)
-----	Riesgo aumentado	≥ 60 con Factores de Riesgo*
1	Daño Renal I con FG normal	≥ 90
2	Daño renal I con FG ligeramente disminuido	60-89
3	FG moderadamente disminuido	30-59
4	FG gravemente disminuido	15-29
5	Fallo renal	< 15 o diálisis

Factores de riesgo*: Edad avanzada, Historia familiar de ERC, Hipertensión arterial, Diabetes, Reducción de masa renal, Bajo peso al nacer, enfermedades autoinmunes y sistémicas, infecciones urinarias, litiasis, enfermedades obstructivas de las vías urinarias bajas, uso de fármacos nefrotóxicos, raza afroamericana y otras minoritarias de EEUU, y bajo nivel educativo y social.

L Daño Renal: alteraciones patológicas o marcadores de daño, fundamentalmente una proteinuria/albuminuria persistente (índice albúmina/creatinina > 30mg/g, aunque se han propuestos cortes sexo-específicos > 17mg/g en varones y >25 mg/g en mujeres); otros marcadores pueden ser las alteraciones en el sedimento urinario y alteraciones morfológicas en las pruebas de imagen.

❖ ANEXO III:

DEFINICIONES DE ALBUMINURIA SEGÚN EL TIPO DE MUESTRA UTILIZADA

	MUESTRA SIMPLE DE ORINA COCIENTE ALBUMINA/CREATININA (mg/g)	ORINA 24 horas (mg)	ORINA MINUTADA (mcg/min)
NORMAL	<30 mg/g	<30 mg/g	<20 mcg/min
ALBUMINURIA	30-299 mg/g	30-299 mg/g	20-199 mcg/min
PROTEINURIA	≥300 mg/g	≥300 mg/g	≥200 mcg/min

TABLA 1

VARIABLE	N	%
FILTRADO GLOMERULAR		
SI	15	10
NO	135	90
FÓRMULA EMPLEADA		
NINGUNA FÓRMULA	135	90
FÓRMULA DE CROCKOFT-GAULT	11	7.3
MDRD	4	2.7
CREATININA SÉRICA PLASMÁTICA		
SI	90	60
NO	60	40
MICROALBUMINURIA		
SI	25	16.7
NO	125	83.3

TABLA 2

VARIABLE	CREATININA=	CREATININA=	p-valor
	SI	NO	
	N (%)	N (%)	
FILTRADO GLOMERULAR			0.001
SI	15(16.7)	0(0)	
NO	75(83.3)	60(100)	

TABLA 3

VARIABLE	N	%
DIABETES MELLITUS		
SI	65	43.3
NO	85	56.7
EVENTO CARIDOVASCULAR		
SI	38	25.3
NO	112	74.7
HTA		
SI	91	60.7
NO	59	39.3
OBESIDAD		
SI	21	14
NO	129	86

TABLA 4

VARIABLE	FG=SI N (%)	FG=NO N (%)	p-valor
HTA			0.290
SI	11 (73.3)	80(59.3)	
NO	4 (26.7)	55 (40.7)	
DIABETES MELLITUS			0.410
SI	5 (33.3)	60 (44.4)	
NO	10 (66.79)	75 (55.6)	
OBESIDAD			0.136
SI	4 (26.7)	17 (12.6)	
NO	11 (73.3)	118 (87.4)	
EVENTO CARDIOVASCULAR			0.453
SI	5(33.3)	33 (24.4)	
NO	10 (66.7)	102 (75.6)	

FG: filtrado glomerular.

TABLA 5

VARIABLE	MÍNIMO	MAXIMO	MEDIANA	MEDIA	D. E.	p-valor
FG (filtrado glomerular)						0.228
SI	61	68	73	73.73	6.573	
NO	39	93	70	70.53	10.004	

ORIGINAL BREVE

Evaluación de la utilización de métodos anticonceptivos en atención primaria

López Torres G¹, Osorio Martos C², Novo Martin JJ³, Hernández Carmona A⁴, García Iglesias Y², De los Ríos Álvarez AM^{a1}

¹ Médico de Familia. Centro de Salud Cartuja. Granada. Distrito Granada

² Médico de Familia. Centro de Salud Almanjáyar. Granada. Distrito Granada

³ Médico de Familia. Zona Básica de Salud Alcalá la Real. Jaén. Distrito Jaén Sur

⁴ Médico de Familia. Zona Básica de Salud Villacarrillo. Jaén. Distrito Jaén Nordeste

RESUMEN

Título: Evaluación de la utilización de métodos anticonceptivos en Atención Primaria (AP).

Objetivos: Conocer el uso de los distintos métodos anticonceptivos en el centro de salud, estudiando las causas de cambios y abandono de los mismos.

Diseño: Se realiza un estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de salud urbano. Se realiza en consultas a demanda y programadas.

Población y muestra: Entrevistamos a 139 mujeres en edad fértil (86 > 25 años y 53 ≤ 25 años).

Intervenciones: Se realizan entrevistas aleatoriamente a mujeres en edad fértil mediante un cuestionario sobre su historia de Planificación Familiar (PF). Se recogen datos sobre asistencia al programa de PF (PPF), método anticonceptivo actual, abandonos, métodos utilizados anteriormente, interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y uso de anticoncepción de emergencia (PPC).

Resultados: En las mujeres >25 años, el 70% estaba incluida en PPF (p=0,013) (IC: 4,5-4,07). Se encuentran diferencias significativas en el uso de preservativo masculino (p=0,027) (IC: 1,9-37,5, anillo vaginal y parches hormonales (p=0,009) (IC: 1,1-23) mayor en ≤ 25 años. Abandonaron el método que usaban el 71% de las > 25 años (p=0,008) (IC: 5,7-41,8), sin diferencias significativas en los motivos (fallos, efectos secundarios, deseo de la paciente) entre ambos grupos de edad. No hay diferencias en el porcentaje de IVE. La PPC se usó más en ≤ 25 años (p=0,0001) (IC: 18,4-51,2).

Conclusiones: Las mujeres ≤ 25 años acuden menos al PPF, realizando actividades de PF no controladas, utilizando más PPC. Las mujeres > 25 años cambian con mayor frecuencia de método anticonceptivo. Es necesario aumentar los esfuerzos de captación del PPF.

Palabras clave: anticonceptivo, planificación familia, atención primaria.

SUMMARY

Title: An Evaluation on the Use of Contraceptive Methods in Primary Care.

Goal: To learn more about the use of different birth control methods in a health center by studying the reasons that lead women to change from one method to another or abandon the use of contraceptives altogether.

Design: A descriptive cross-sectional study.

Correspondencia: Ginesa López Torres
CS Cartuja
Av. Caserí adel Cerro, s/n.
18013 Granada
E-mail: ginelop@yahoo.es

Recibido el 25-01-2010; aceptado para publicación el 12-04-2010
Med fam Andal 2010; 2: 153-158

Setting: An urban health center attending to previously scheduled and non-scheduled patients.

Population and Sample: Interviews with 139 women of child-bearing age (86 > 25 years old and 53 ≤ 25 years old).

Interventions: Random interviews with women of child-bearing age were conducted by applying a questionnaire based on their family planning history (FP). Data was gathered on participation in family planning programs (FPP), current use of contraceptive methods, methods abandoned, methods previously used, voluntary interruption of pregnancy (VIP), and the use of emergency contraceptives (EC).

Results: Among women >25 years of age, 70% participated in FPP (p=0.013) (CI: 4.5-4.07). Among women in the younger age bracket ≤ 25 years old, significant differences were found in condom use (p=0.027) (CI: 1.9-37.5), vaginal rings, and hormone patches (p=0.009) (CI: 1.1-23). 71% of those in the >25 bracket abandoned the birth control methods they were using (p=0.008) (CI: 5.7-41.8), with no significant differences between age groups for their motivation to change (errors, side effects, patient's personal preferences). There were no differences in the percentage of VIP. EC were used more often by those ≤ 25 years of age (p=0.0001) (CI: 18.4-51.2).

Conclusions: Women ≤ 25 years use FP services less frequently, are more likely to rely on uncontrolled FP, and use EC more often. Women >25 years of age change their contraceptive methods more frequently. Efforts to draw women into in FPP need to be increased.

Key words: contraceptives, family planning, primary care.

INTRODUCCIÓN

La actividad de planificación familiar (PF) es una de las tareas fundamentales dentro de los programas que se llevan a cabo en Atención Primaria (AP).

En relación con los cuidados para la salud reproductiva, se diferencian dos tipos de actividades: por un lado promocionales, con tareas de información, educación y orientación, que incluyan aspectos de salud sexual y reproductiva; y por otro lado actividades preventivas, en las que se realicen modificaciones de factores y actuación sobre patologías existentes.

El acceso a los distintos servicios anticonceptivos influye en la probabilidad de que las pacientes adopten un método, continúen su uso o cambien de método cuando no se sientan satisfechos con el que utilizan (Ketende et al, 2003). En algunas comunidades, el acceso a información sobre planificación familiar, incluso puede ser más importante que las intenciones reproductivas de una pareja para determinar el uso de un determinado método anticonceptivo.

Como parte de cada sesión completa dentro de las consultas del Programa de planificación familiar (PPF) se debería abarcar:

- Información sobre los distintos métodos disponibles y su eficacia.
- Posibles efectos secundarios y sus complicaciones.
- Ventajas y desventajas de los distintos métodos, desde el punto de vista del paciente.
- Uso adecuado una vez que se ha seleccionado uno de estos métodos.
- Cómo actuar si el método falla o no es utilizado correctamente.
- La disponibilidad de la anticoncepción de emergencia (PPC).
- Prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Información sobre las visitas programadas en que deberían regresar, el establecimiento y las

visitas no programadas en caso de tener algún problema con la utilización del método.

Los objetivos que nos planteamos para este trabajo fueron:

1. Evaluar la utilización de los distintos métodos anticonceptivos en las consultas de Atención Primaria (AP).
2. Estudiar las causas que expliquen los cambios en la utilización de los distintos métodos, así como las causas de los abandonos.
3. Identificar posibles áreas de mejora.

SUJETOS Y MÉTODOS

El trabajo se realiza mediante un estudio descriptivo transversal. El estudio se lleva a cabo en 2009.

Los sujetos incluidos en el estudio son mujeres en edad fértil que acuden a las ocho consultas del centro de salud. Las entrevistas se realizan tanto en consultas a demanda (a las que las pacientes acuden por cualquier otro motivo), como en consultas programadas (fuera del horario de consulta clínica a demanda) en las que contamos con más tiempo para realizar la entrevista. A lo largo de una semana entrevistamos a 139 mujeres. El total de las entrevistadas se dividen en dos grupos de edad (86 mujeres son mayores de 25 años, y 53 tienen una edad igual o inferior a los 25 años).

Mediante la realización de las entrevistas se recogen los siguientes datos: asistencia de la paciente a consultas dentro del programa de Planificación Familiar (PPF), número de visitas realizadas dentro de este programa, método anticonceptivo utilizado en la actualidad, abandonos del anticonceptivo utilizado, método utilizado con anterioridad. También preguntamos sobre la realización de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), así como por la utilización de anticoncepción de emergencia (píldora postcoital; PPC).

La distribución de las distintas variables se analiza comparando mediante el test Chi-cuadrado y el test exacto de Fisher.

RESULTADOS

De las 139 mujeres incluidas en nuestro estudio encontramos que dentro del grupo de pacientes mayores de 25 años (86 mujeres) el 70% estaban incluidas dentro del programada de Planificación Familiar (PPF) ($p=0,013$) (IC: 4,5-4,07), habiendo realizado dentro de este grupo de edad dos visitas dentro de este programa hasta un 63% de las pacientes ($p=0,0035$) (IC: 4,5-24,7). Mientras que dentro del grupo ≤ 25 años sólo un 21% estaban incluidas dentro del PPF ($p=0,017$) (IC: 3,8-4,6).

En cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados también encontramos diferencias entre ambos grupos de edad, se encuentran diferencias significativas en el uso del preservativo masculino ($p=0,027$) (IC: 1,9-37,5), anillo vaginal y parches hormonales ($p=0,009$) (IC: 1,1-23) mayor en el grupo ≤ 25 años. En el grupo de pacientes mayores de 25 años se encuentra una mayor utilización del dispositivo intrauterino (DIU) ($p=0,021$) (IC: 1,7-25).

Abandonaron el método que utilizaban el 71% de las pacientes mayores de 25 años ($p=0,008$) (IC: 5,7-41,8), sin encontrarse diferencias significativas en los motivos de dicho abandono (fallo del método, rechazo por sus efectos secundarios, deseo de la propia paciente) entre ambos grupos de edad.

Al estudiar la realización de interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs) tampoco se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de las mismas entre ambos grupos.

La anticoncepción de emergencia se utilizaba más en el grupo de pacientes ≤ 25 años ($p=0,0001$) (IC: 18,4-51,2). Se registraron un total de 71 mujeres que usaron la píldora postcoital (PPC), un 43'6% corresponden a mujeres > 25 años, y un 56'4% a ≤ 25 años. (1)

DISCUSIÓN

Se trata como hemos dicho de un estudio descriptivo transversal, cuyo objetivo principal es conocer la utilización de los distintos métodos anticonceptivos por parte de las usuarias del cen-

tro de salud. Así como constatar si consultan dentro del programa de Planificación Familiar (PPF). Comparamos los resultados según una variable que es la edad.

Como principales conclusiones obtenemos varias que nos resultan preocupantes, ya que hay un elevado número de mujeres en planificación familiar sin indicación de método anticonceptivo, el 12% de las ≤ 25 años, y el 17% de las >25 años. La mayoría de las mujeres ≤ 25 años realizan actividades de planificación familiar (PF) no controladas, acudiendo menos a las consultas programadas de PF. Como consecuencia de acudir menos a estas actividades programadas vemos que este grupo de mujeres utilizan en mayor proporción la anticoncepción de emergencia. Es necesario pues captar a esta población para que acuda a los PPF.

Por otro lado en el grupo de mayores de 25 años, encontramos que aunque éstas acuden en mayor proporción a la consulta programada de PF, también cambian con mayor frecuencia del método anticonceptivo. Entre las principales causas están: fallos en su utilización, deseo de la pacientes, efectos secundarios. (1)

El 3% de las mujeres > 25 años utilizan como anticonceptivo el coito interruptus, que no es un método eficaz. El DIU es todavía un método minoritario sin que haya diferencias significativas entre ambos grupos de edad. El implante subcutáneo es un método seguro, de elección en nuestra población, también en el grupo de menor edad. Este método al igual que el DIU requiere capacitación previa para su uso. (2, 3)

Es preciso fomentar el uso del preservativo masculino, sobre todo en mujeres con factores de riesgo de ETS. (4)

Se podría aumentar la utilización de los anticonceptivos orales (AHO) como método seguro, eficaz y al alcance de toda la población. (5)

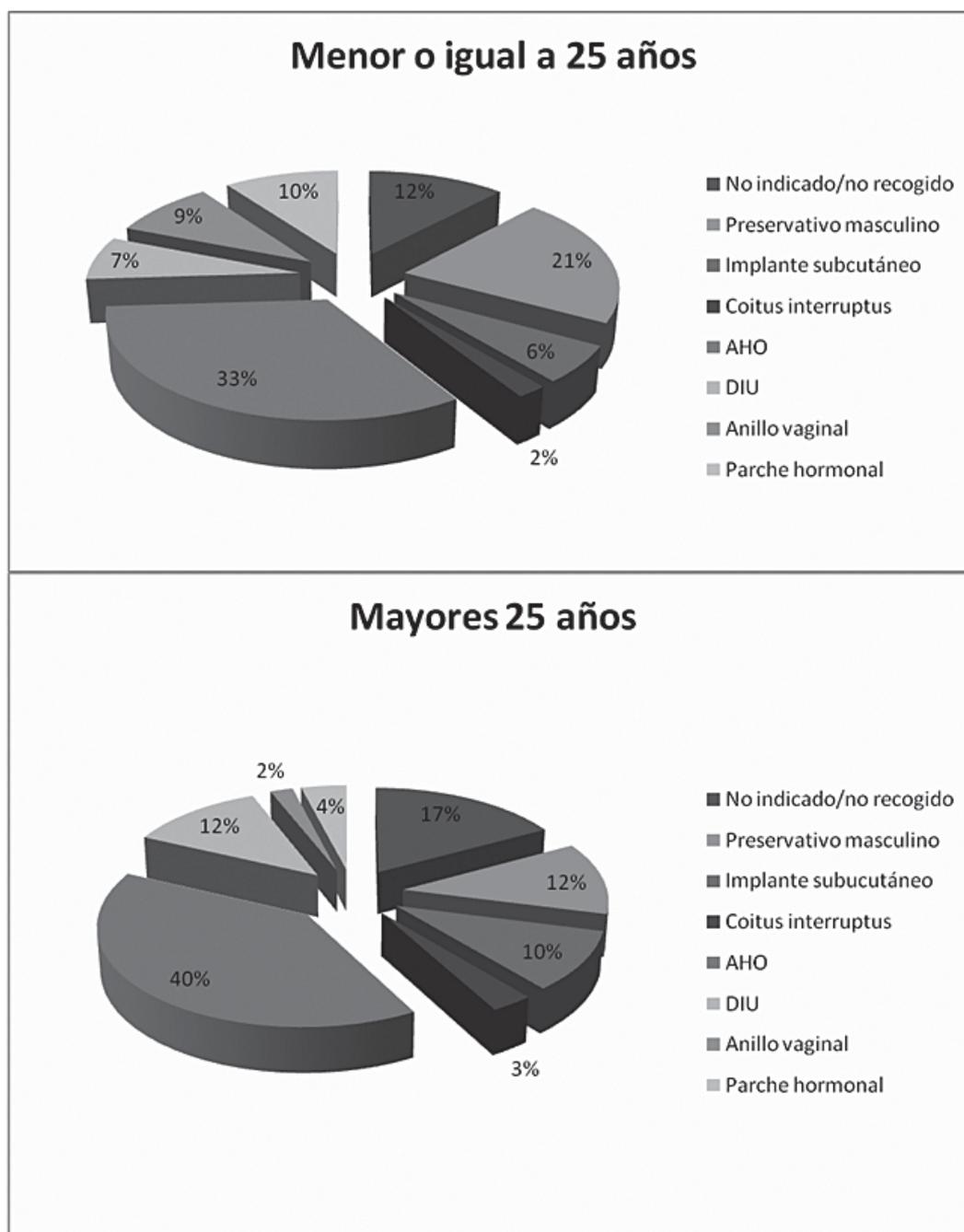
Es necesario aumentar los esfuerzos de captación dentro del Programa de planificación familiar, sobre todo en las menores de 25 años,

mejorando los registros dentro de este programa. (6, 7)

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Contracepción. URL: www.sec.es/información/recursos-asistenciales/index.php.
2. Kulier R, O'Brien PA, Hemerhorst FM, Usher-Patel M, D'Arcangues C. Dispositivos intrauterinos con cobre para la anticoncepción (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. URL: <http://www.update-software.com>. Última actualización: 2008.
3. French R, Van Vliet H, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D et al. Sistemas intrauterinos impregnados de hormonas (SIU), versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos efectivos de prevención de embarazo (Revisión Cochrane Traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. URL: <http://www.update-software.com>. Última actualización: 2008.
4. Grimes DA, Gallo MF, Grigorieva V, Nanda K, Schulz KF. Métodos basados en el conocimiento sobre fertilidad para la anticoncepción (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. URL: <http://www.update-software.com>. Última actualización: 2008.
5. Van Vliet HAAM, Grimes DA, López LM, Schulz KF, Helmershorst FM. Anticonceptivos orales trifásicos versus monofásicos para el control de la natalidad. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. URL: <http://www.update-software.com>. Última actualización: 2008.
6. Romero de Castilla RJ, Lora M, Canete, R. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Aten Primaria*. 2001; 27: 7-12.
7. Barbera E, Navarro E. La construcción de la sexualidad en la adolescencia. *Rev Psicología Social Aplicada*. 2000; 15: 63-75.

Grafico 1. Porcentajes por edad de la utilización de métodos anticonceptivos en la muestra.



AHO: Anticonceptivo hormonales orales; DIU: dispositivo intrauterino

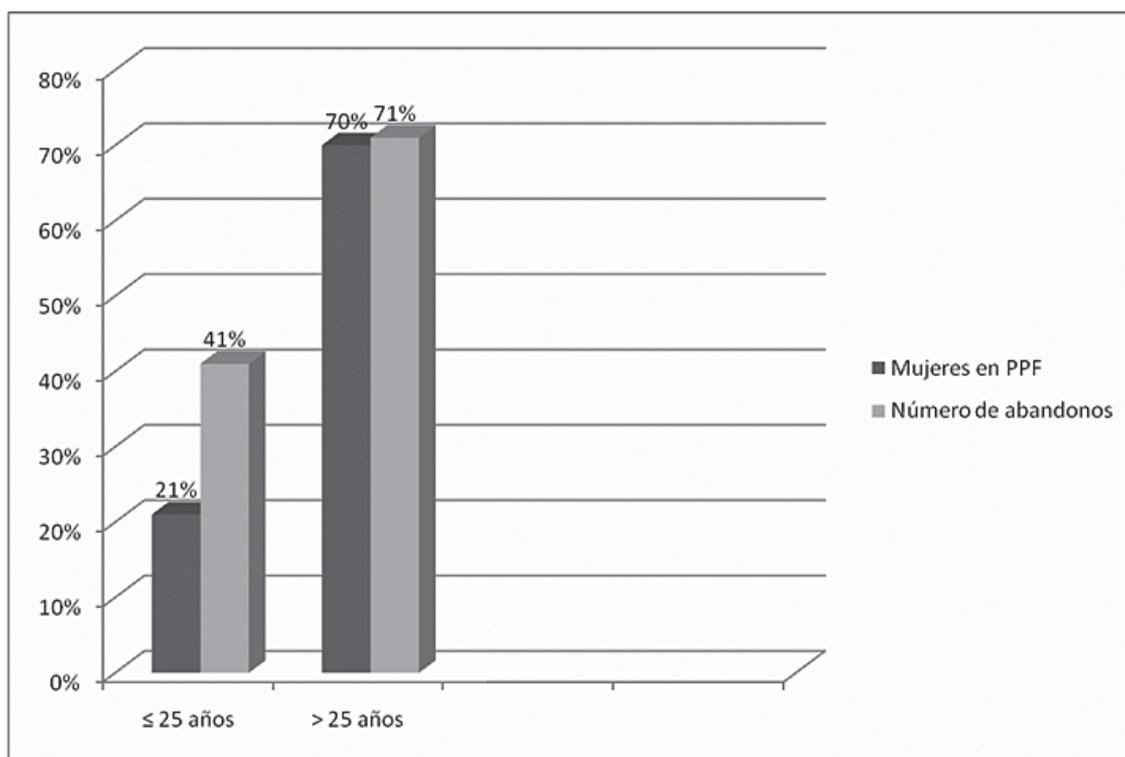


Gráfico 2. Porcentaje de mujeres incluidas en el Programa de planificación Familiar (PPF) por edad. Porcentaje de abandonos del método anticonceptivo.

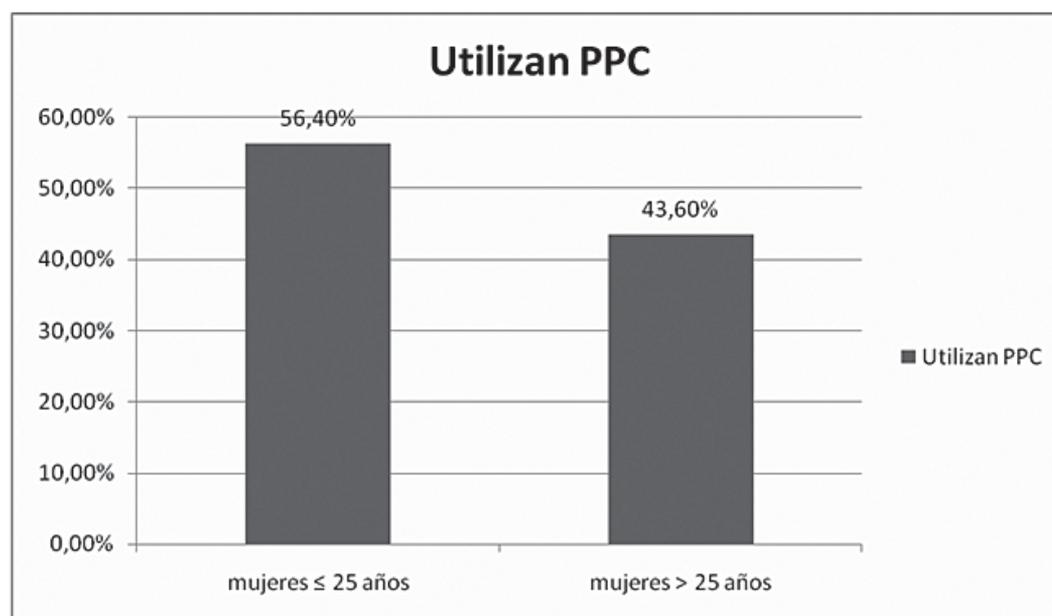


Gráfico 3. Porcentaje utilización anticoncepción de emergencia (PPC) por grupo de edad.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

La medicina de familia frente al Bullying: presentación de un programa de educación para la salud (EPS) en el marco sistémico familiar-escolar

Lupiani Giménez MM¹, Gala León FJ², Lupiani Giménez S³, Gómez Sanabria A⁴, Barreto Romaní M^aC⁵, Bernalte Benazet A⁶, Miret García M^aT⁷, Suárez Moratalla G⁸

¹ Profesora Doctora, Titular de la EU de Ciencias de la Salud de la UCA (Univ. de Cádiz). Grupo Investigador CTS-386-Plan Andaluz de Investigación (PAI)

² Profesor Doctor, Catedrático de la EU de Ciencias de la Salud de la UCA. Investigador Responsable del Grupo Investigador CTS-386-PAI

³ Profesor Asociado de la UCA y Médico del Centro de Salud "La Merced". Cádiz

⁴ Profesor Doctor, Asociado de la UCA. Grupo Investigador CTS-386-PAI

⁵ Enfermera del Hospital Universitario Pta. del Mar. Cádiz. Grupo CTS-386-PAI

⁶ Profesor Doctor, Titular de la EU de Ciencias de la Salud de la UCA. Grupo Investigador CTS-386-PAI.

⁷ Antropóloga de la Salud. Grupo Investigador CTS-386-PAI

⁸ Licenciada en Filología Inglesa y Enfermera. Grupo Investigador CTS-386-PAI

1.- INTRODUCCIÓN

Cada día estamos más sensibilizados y hartos de violencia en todas sus manifestaciones, especialmente de la violencia juvenil, de género, etc... Por ello, una vez delimitados en esta introducción los conceptos, la incidencia de estas conductas en nuestro entorno y los elementos determinantes, presentamos un Modelo de Prevención basado en la Educación para la Salud (EpS), para el bullying, en el marco sistémico familiar-escolar.

Toda agresividad surge de un conflicto que es "un proceso interaccional (...) que se construye recíprocamente entre dos o más partes (...) en el que predominan las interacciones antagoni-

cas sobre las competitivas. Algunas veces el antagonismo lleva a la agresión mutua, donde las personas que intervienen lo hacen con sus pensamientos, afectos y discursos"(1); sin embargo, la violencia va más allá de ser una forma agresiva de solucionar un conflicto, pues para ejercerla no es necesario que exista tal conflicto; suele ser unidireccional y con una relación desequilibrada entre las partes, entre actor y víctima, a favor del actor, respaldado por un grupo que le aplaude y una mayoría que lo percibe pasivo/silenciosamente, y conlleva -además- la intencionalidad de hacer daño gratuito (2).

La violencia interpersonal, intergrupala e intragrupal se pueden dar, por desgracia, en cualquier interacción de seres humanos, como individuos o grupos. Así, los ámbitos familiar, escolar, laboral, lúdico, deportivo o institucional son marcos sistémicos y psicosociales en los que pueden surgir estas conductas; pudiendo ser los actores y receptores de cualquier edad y sexo (2).

En este marco, una de las formas de violencia/delito que más repercusión tiene actualmente en la edad escolar es el bullying.

Correspondencia: Prof. Dra. Mercedes Lupiani Giménez
EU Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz
Edificio de Ciencias de la Salud, C/. Ana de Viya, 52
11009 Cádiz
E-mail: mercedes.lupiani@uca.es

Recibido el 13-01-2010; aceptado para publicación el 25-03-2010
Med fam Andal 2010; 2: 159-165

Díaz-Aguado (3) lo considera una forma de violencia entre iguales que: "1) suele incluir conductas de diversa naturaleza (burlas, amenazas, intimidaciones, agresiones físicas, aislamiento sistemático, insultos); 2) tiende a originar problemas que se repiten y prolongan durante cierto tiempo; 3) supone un abuso de poder, al estar provocada por un alumno (el matón), apoyado generalmente en un grupo, contra una víctima que se encuentra indefensa y que no puede por sí misma salir de esta situación; 4) y se mantiene debido a la ignorancia o pasividad de las personas que rodean a los agresores y a las víctimas sin intervenir directamente"; y, Ortega y Mora-Merchán (4), lo definen como "una situación social en la que uno o varios escolares toman como objeto de su actuación injustamente agresiva a otro/a compañero/a y lo someten, por tiempo prolongado, a agresiones físicas, burlas, hostigamiento, amenaza, aislamiento social o exclusión social aprovechándose de su inseguridad, miedo o dificultades personales para pedir ayuda o defenderse".

Oñate y Piñuel (5) nos ofrecen los siguientes criterios diagnósticos: a) La existencia de una o más conductas de hostigamiento intencionalmente reconocidas como tales; b) su repetición evaluada por quien la padece como no incidental, sino como parte de algo que le espera sistemáticamente, en el entorno escolar, en la relación con quienes le acosan; y, c) su duración en el tiempo; con el establecimiento de un proceso que va a ir minando la resistencia del niño y afectándole significativamente en toda su vida (académica, afectiva, emocional, familiar...).

Los primeros estudios sobre el tema son los clásicos de Lowenstein (6) en 1978, en Gran Bretaña, y los de Olweus de 1973, en Suecia. Este autor, en 1985 (7), con el estudio más amplio que se ha realizado hasta ahora (130.000 alumnos noruegos de 8 a 16 años), concluyó que en torno al 15% estaba implicado en conductas de este tipo (el 9% como agresores); las cifras de los diferentes estudios del mismo autor, en Suecia y Noruega, indican que entre el 13 y el 18% de los/as alumnos/as están directamente implicados, como agresores o como víctimas. Asimismo tenemos los estudios de Slee (8) en Australia, Pereira y Mendoza (9) en Portugal y Fonzi y Genta (10) en Italia.

También está implicado un número importante de estudiantes en papeles de colaboradores del agresor, animadores –que recompensan socialmente al agresor-, contempladores pasivos de la agresión y defensores de la víctima (2).

En España tenemos datos similares; siendo clásicos también los estudios en Madrid de Fernández y Quevedo; los de Cerezo y Esteban en Murcia y los de Ortega y Mora-Merchán, desde 1993, en Sevilla; los de Díaz-Aguado, Martínez-Arias y Martín-Seoane en Madrid y el "Informe Cisneros VII sobre Violencia y Acoso Escolar en alumnos de Primaria, ESO y Bachiller" de Oñate y Piñuel, también en Madrid. En nuestra Comunidad, el Consejo Escolar de Andalucía ha publicado en 2006 (11) datos sobre la percepción de la convivencia en los Centros educativos. Pero el estudio más completo hasta hoy, en España, es el de Oñate y Piñuel con el "Informe Cisneros X" (12), aplicando el cuestionario AVE –Cuestionario de Autoevaluación de la Violencia Escolar (13)- a 24.990 alumnos de 7 a 18 años de 14 Comunidades Autónomas.

En general, las principales conclusiones sobre el fenómeno del bullying, en España son (14):

a) Se produce una progresiva disminución del número de agresores y víctimas entre primaria y secundaria; b) suele haber más agresores y víctimas entre varones; c) éstos son agredidos sólo por varones, mientras que las chicas son agredidas por chicas y por varones; d) éstas reciben más agresiones verbales y sociales que los chicos, que reciben más agresiones físicas; e) los alumnos con alguna diferencia significativa (física o psicológica) que les lleve a ser considerados inferiores en algún sentido ("pringaos") son más proclives a ser víctimas; y, f) muchos alumnos que, en las primeras etapas escolares eran agresores, dejan de serlo en cursos superiores; pero los agresores de estos cursos lo han sido también en los anteriores; es decir, no suelen incorporarse nuevos agresores en los últimos cursos.

En cuanto a la ETIOLOGÍA del fenómeno, sus determinantes son diversos e interactivos: los delincuentes jóvenes suelen tener una trayectoria previa como agresores en los colegios y antecedentes de familia multiproblemática, independientemente de la clase social, y/o esti-

los, cuando no trastornos de personalidad, principalmente antisocial y narcisista; Pero los humanos somos seres abiertos y nuestra conducta está influida, pero no determinada por nuestros genes. Así, se acepta una base genética, pero con la influencia de contingencias psicosociales; de modo que la conducta violenta, como cualquier otra, es el resultado de unos contenidos previos de la persona, biológicos y psicológicos y de una influencia social tal y como sentó Engel (15) al cambiar el modelo Biomédico, imperante a la sazón, por un modelo BIO-PSICOSOCIAL.

De este modo, podremos comprender el trasfondo de las conductas violentas y delictivas y comprender cuál es el incentivo del agresor/delincuente para así, después, poner los medios necesarios –p. ej. mediante Programas de EpS como el que presentamos- para que esas conductas dejen de reportarle recompensas (2): En el bullying, la recompensa puede estar en: a) la propia descarga de la tensión (agresividad, ira, ...); b) la satisfacción de sentirse dominante o con poder sobre la víctima; c) la mejora del autoconcepto y autoestima a partir de la conformidad de la conducta con la propia escala de valores y de la recompensa social del grupo de pertenencia y/o referencia; y, d) la adquisición o mantenimiento de poder y prestigio social en el grupo.

Las variables sociales que facilitan el aprendizaje y mantenimiento de estas conductas provienen de los distintos niveles de socialización en nuestra cultura: *familia, escuela, los iguales, los medios de comunicación y la sociedad general* (2). La construcción del Yo se produce desde la interacción con los otros; por tanto, quien marca los cimientos de esa construcción es **la familia**; por lo que las interacciones en el marco familiar son cruciales para la aparición de conductas violentas. **La escuela** tiene también una función socializadora al producir cierta represión de los deseos espontáneos para facilitar su racionalización; con lo que se asumiría como deseable la no puesta en práctica de las conductas que lleven a la satisfacción de esos impulsos y deseos. Asumiéndose, como un mal menor, en función de una meta superior como es que el bienestar general aumente y que los derechos de los demás sean respetados como queremos que se respeten los nuestros.

Pero, en la segunda década de la vida, **los iguales** suelen ser los referentes más importantes; entonces, la Autoestima, siempre abierta a influencias externas, va a alimentarse por la sensación de ser valorado por los demás; por tanto, el adolescente hará lo que es valorado positivamente por su grupo, lo que le satisface y/ o lo que le divierte; así las cosas, las formas agresivas y violentas de relación social orientadas hacia el exogrupo suelen ser funcionales de modo que es una conducta que puede dar prestigio social, reputación y aumentar la autoestima (16).

Dado que el **marco sistémico familiar-escolar y entre iguales** es, –por así decirlo-, el caldo de cultivo donde se fragua el fenómeno del bullying, es en ese marco en el que incide nuestro Programa Preventivo de EpS; aunque no podemos olvidar tampoco la influencia de los **Medios de Comunicación de Masas** (la “Mass Media” tan elocuentemente bautizada como “cuarto poder”) que deberían tratar el tema de forma más cuidadosa de modo que no se frivolicen con él; como sucede, cada vez más por desgracia, con la tendencia al amarillismo de ciertos rotativos; o, llegando al extremo, que no induzcan –aún inintencionalmente- a conductas imitativas por “contagio” (o, incluso por el mero gusto de ver “qué sucede” o “qué se siente” maltratando) como ya ha pasado en no pocas ocasiones y como está tan ampliamente demostrado en el triste caso de las tentativas de suicidio o del suicidio consumado. Y, ni que decir tiene, también están las **Estructuras Sociales**, con su potenciación, encumbramiento e, incluso, avidez del “famoso” (confundiendo, como ya nos advertían los clásicos, la “fama” con la “Gloria”); corriente populista que ofrece para su consumo verdaderos “contramodelos” que impactan en una adolescencia vulnerable, ayuna y huérfana, las más de las veces, de una verdadera formación, de una adecuada escala de valores y de verdaderos Modelos de Conducta, que le sirvan de guías adecuadas en su proceso de socialización y en la formación de su propio código de conducta.

Por último, nos queda el propio **Marco Legal** que nos damos a nosotros mismos, en un estado democrático; Marco Legal que debe estar asentado y regulado con Normas y Leyes que expliciten el derecho de la sociedad a defenderse de

las "formas bárbaras de relación social" sin caer ella misma en una respuesta bárbara (17); de manera que, dentro del Estado de Derecho, las consecuencias de los actos violentos recaigan sobre quien los realiza y consigan un efecto ejemplarizante y disuasorio (en un nivel preventivo de estas conductas) y de corrección y reinserción (si, por desgracia, tales conductas de maltrato o de bullying –como en el caso que nos ocupa- ya se han producido).

2.- PRESENTACIÓN Y DISEÑO DEL PROGRAMA

El Objetivo que nos proponemos con este diseño en el que estamos trabajando es el aplicar, evaluar y protocolizar un Programa de EpS frente al bullying a desarrollar en el marco sistémico familiar-escolar y entre iguales (habida cuenta que, como ya hemos visto, ése es el escenario y los elementos que interactúan en la forja y aparición de dicha conducta).

2.1.- Componentes: Los elementos a tener en cuenta son:

a) El reconocimiento de que la población escolar puede y debe ser calificada como de alto riesgo frente al bullying.

b) Que el problema sigue un gradiente creciente por edades, hasta un punto álgido que va descendiendo a medida que desciende la iniciación. Por ello, la edad de intervención preventiva más adecuada son los 10-12 años.

c) Que los circuitos de iniciación-contagio actúan en pequeños grupos (generalmente pandillas de "matones" iniciados), por lo que para la puesta en escena del Programa aconsejamos conocer sus vinculaciones sociométricas en cada Centro. De ahí el que sean los escolares quienes favorezcan la identificación y el modelado, utilizando también como modelos a los profesores y padres.

d) Que es imprescindible establecer controles minuciosos para evitar los proselitismos de rebote y otros efectos indeseables "yatrogénicos" (como ha sucedido en tantas ocasiones con "campañas preventivas" contra las drogas en Centros Escolares).

e) Que debemos utilizar métodos de eficacia probada en el Cambio de Actitudes.

2.2.- Fundamentos: Nuestro Programa sigue diversos Modelos y Procedimientos EVIDENCIADOS para el Cambio de Actitudes; los clásicos de Janis (18), los sustentados en la Comunicación Persuasiva (con el Modelo de Mc Guire - 19- como paradigma), los conocidos bajo los acrónimos de "KAP" – Knowledge, Attitudes, Practices: Conocimiento; Actitudes; Prácticas- de O'Neill (20,21), y el "PIDICE" de Costa y López (22, 33): P-reparar, I-identificar, DÍ-señar, C-ambiar y E-valorar... De igual modo, nos basamos en las experiencias obtenidas de varios Programas de EpS diseñados, elaborados, aplicados, evaluados y reestructurados satisfactoriamente por nuestro Grupo de Investigación (24, 25,26, 27, 28, 29,30).

2.3.- Pasos:

1º. Contacto del Equipo Interdisciplinario de Medicina de Familia con la Asociación de Padres y Madres del Centro Escolar (AMPA), Director y Tutores del mismo para elaborar la Planificación General de la Intervención de EpS y el cronograma; y –si se considera oportuno- programar la aplicación de los Sociogramas a los cursos "diana".

2º. Toma inicial de datos; que se efectuará mediante la aplicación de la Escala AVE en los Cursos "diana" por los propios profesores o tutores y que nos permitirá medir el alcance del bullying en el Centro, y nos servirá, asimismo, de test para contrastar los datos obtenidos con el retest final.

3º. Información/Formación por parte del Equipo de Medicina de Familia en el tema, en general, y en el Programa a seguir, a la AMPA, Profesores y/o Tutores; este paso es transversal; por lo que se puede efectuar desde el principio y a caballo sobre el 2º. Si utilizamos a alumnos también como educadores y "modelos" de sus compañeros, éstos participarán de igual modo en este proceso junto a la AMPA, etc. A su vez, los miembros de la AMPA, una vez formados, podrán (y deberían) hacer reuniones con el resto de los padres y madres de los alumnos y transmitirles el proceso.

4º. Acercamiento (impregnación) del tema a los chicos y chicas de los cursos "diana" por sus tu-

tores y AMPA; contando también (si así se ha considerado oportuno) con los alumnos descritos en el punto anterior.

5°. Talleres (opcionales) de Autoestima, Habilidades Sociales y Asertividad que los desarrollaría el Equipo Interdisciplinario de Medicina de Familia.

6°. Ejercicios de "Role-Playing", entre los alumnos/as; poniendo en escena situaciones en los ámbitos y entornos tipo del bullying, para generar e implementar conductas contrarias a la complicidad de quedarse callados, "mirar hacia otro lado" o, simplemente, no hacer nada ante tales conductas.

7°. Aplicación de un Cuestionario "ad hoc" con el que se analizarán las eventuales dudas surgidas sobre el tema.

8°. Coloquio de los alumnos con la AMPA, Tutores, alumnos "modelo" (si se han utilizado) y Equipo de Medicina de Familia, donde se abordarán los aspectos destacados del punto anterior.

9°. Dotación al Centro y a la AMPA de bibliografía y material de apoyo sobre el tema del bullying; creándose en el mismo un "Grupo Centinela" que efectuará los seguimientos pertinentes y organizará las siguientes "campañas".

10°. Evaluación/Control ("retest"); en el que se aplicará el Cuestionario AVE a los mismos sujetos receptores del Programa de EpS a los 6 ó 9 meses y al año –y cuantas más veces se estime, longitudinalmente- comparándose los resultados obtenidos con los que se obtuvieron en la toma inicial.

El Programa descrito puede aplicarse a los/as alumnos/as desde los 10 años y se desarrolla, lo que es "cara al alumno", en horas de clase; utilizándose unas 10 horas por Grupo o Clase.

3.- REFLEXIÓN FINAL

Dada la importancia cuantitativa y cualitativa del problema del bullying, tal y como hemos desarrollado, creemos que la necesidad de una In-

tervención al respecto y de la Protocolización de un Programa de EpS "ad hoc", como el que hemos presentado, son claramente oportunas; con ello, nuestro humilde propósito tan solo ha sido el que pueda servir de Guía a los Médicos de Familia interesados en el tema, para que puedan esbozar y desarrollar uno propio (con las variaciones y mejoras que estimen oportunas) para o con su Equipo y para la comunidad y el entorno social específico –con sus propios Centros Educativos que consideren conveniente y oportuna la Intervención- a los que su Unidad, Servicio o Centro atiende.

Así creemos que se dota a la Medicina de Familia y, en general, a las Unidades de Atención Primaria de una herramienta útil y eficaz para una Praxis Preventiva (Primaria y Secundaria) ante un problema del alcance y calado descritos. Con lo que la Medicina de Familia y la Atención Primaria mantendrán e implementarán su rol de excelencia y de permanecer en la "primera línea de fuego", ofreciendo a su Comunidad y a la Sociedad en general herramientas preventivas a nivel Comunitario, frente a la emergencia de nuevas patologías, como la del bullying; y que también se podría extender –con un Programa similar- a otros problemas también emergentes en el marco sistémico-familiar, como son la adicción a internet, ordenadores y/o móviles, embarazo adolescente, trastornos de la conducta alimentaria, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Suárez M. Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas. Buenos Aires: Paidós; 1996.
- 2.- Gómez A, Gala FJ, Lupiani M, Bernalte A, Miret M^aT, Lupiani S, et al. El bullying y otras formas de violencia adolescente. Cuad Med Forense. 2007; 13: 165-177.
- 3.- Díaz-Aguado MJ. La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. Psicothema. 2005; 17: 549-558.
- 4.- Ortega R, Mora-Merchán JA. Violencia escolar: mito o realidad. Sevilla: Mergablum Edición y Comunicación; 2000.

- 5.- Oñate A, Piñuel I. Informe Cisneros VII. Violencia y acoso escolar en alumnos de Primaria, ESO y Bachiller. Madrid: Instituto de Innovación educativa y Desarrollo directivo; 2005.
- 6.- Loewenstein LF. Who is the bully?. Bull Brit Psychol Soc. 1978; 31: 316-318.
- 7.- Olweus D. Bullying at School. What we know and what we can do. Oxford: Blackwell; 1993.
- 8.- Slee P. Bullying in the playground: The impact of inter-personal violence on Australian children's perceptions of their play environment. Chil Environ. 1995; 12: 320-327.
- 9.- Pereira B, Mendoza D. Facts and figures from the first survey on bullying in Portuguese schools. Abstracts of European Conference on Educational Research; 1996 Jun 196-197. Sevilla (Spain). European Educational Research, 1996.
- 10.- Fonzi A, Genta M. Approach to the bullying in Italian schools. En: Smith P, Morita K, editors. The nature of school bullying. A cross-national perspective. Londres: Routledge; 1999. p. 84-98.
- 11.- Iguaz de Miguel J. Encuesta sobre la convivencia en los centros educativos. Anexos sectoriales. Granada: Consejo Escolar de Andalucía de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía; 2006.
- 12.- Oñate A, Piñuel I. Acoso y violencia escolar en España. Informe Cisneros X. Madrid: IIEDDI; 2007.
- 13.- Piñuel I, Oñate A. AVE: Acoso y Violencia Escolar. Madrid: TEA Ediciones; 2006.
- 14.- López A, Cachón L, Comas D, Andreu J, Aguinaga J, Navarrete L. Informe Juventud en España 2004. Madrid: Instituto de la Juventud; 2005.
- 15.- Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science. 1977; 196: 129-136.
- 16.- Moreno D, Estévez E, Murgui S, Musitu G. Reputación social y violencia racional en adolescentes: el rol de la soledad, la autoestima y la satisfacción vital. Psicothema 2009; XXI: 537-542.
- 17.- Javaloy F, Rodríguez A. La violencia colectiva a escena. En: Javaloy F, ed. Comportamiento colectivo y Movimientos Sociales. Madrid: Prentice Hall; 2001. p. 171-198.
- 18.- Janis Y, Hovland T. Personality and persuasibility. New Haven: Yale University Press; 1959.
- 19.- Mc Guire W. Attitudes and attitude change. En: Lindzey G, Aronson E, editors. Handbook of Personality Theory and research. New York: Random House; 1985. p. 176-189.
- 20.- O'Neill M. La modification des comportements relies a la Santé (I). Revue de la literature theorique. Union Med Can. 1980; 109: 733-742.
- 21.- O'Neill M. La modification des comportements relies a la Santé (II). Suggestions pour l'organisation des programmes de Santé Communautaire. Union Med Can. 1980; 109: 921-928.
- 22.- Costa M, López E. Educación para la Salud (una estrategia para cambiar los estilos de vida). Madrid: Pirámide; 1998.
- 23.- Costa M, López E. Manual para el Educador Social: Habilidades de Comunicación en la relación de ayuda y afrontamiento de situaciones (2ª Ed.). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 2001.
- 24.- Gala FJ. Modelo de intervención preventiva para drogas en Unidades Militares. Psifas. 1986; 1: 11-20.
- 25.- Gala FJ. Programa preventivo en drogas para adolescentes en el marco sistémico familiar-escolar. Apuntes de Psicología. 1986; 18-19: 33-36.
- 26.- Gala FJ, Moreno LJ. Prevención del embarazo indeseado en adolescentes. Rev Iberoam Fert. 1990; (6-7): 75-79.
- 27.- Gala FJ, Lupiani M, Guillén C, Gómez A, Cordeiro JA, Raja R. Programa de Educación Sanitaria sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria para adolescentes en el marco sistémico familiar-escolar. En: Marchena E, Alcalde C, coords. La perspectiva de la Educación en el siglo que

empieza (II). Cádiz: Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 2000. p. 1036-1037.

28.- Gala FJ, Lupiani M, Guillén C, Gómez A, Raja R, Cordeiro JA et al. Programa de Educación Sanitaria sobre la utilización de teléfonos móviles para adolescentes en el marco sistémico familiar-escolar. En: Alberca JM, ed. Avances en Psicología Clínica y de la Salud. Málaga: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos; 2001. p. 84-91.

29.- Gala FJ, Lupiani M, Guillén C, Bernalte A, Cordeiro JA. Protocolo de Educación Sani-

taria sobre el abuso de ordenadores –Internet addiction disorder- para adolescentes en el marco sistémico familiar-escolar. En: Alberca JM, ed. Nuevas Perspectivas en Psicología Clínica y de la Salud. Málaga: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos; 2004. p. 56-57.

30.- García del Castillo JA, Gala FJ, Guillén C. Programa de educación para el fomento de la salud mental laboral. En: Fornés J y Gómez J, eds. Educación para la Salud Mental. Madrid: Enfo Ediciones; 2008. p. 287-316.



A DEBATE

Plan de intervención y mejora del ictus isquémico agudo

Martínez Buendía C

MIR 2º MFyC, Hospital de Santa Ana, Motril (Granada).

1.- INTRODUCCIÓN

La fibrinólisis ha demostrado su utilidad en la reducción de mortalidad, complicaciones hospitalarias, estancia media y hospitalización crónica, así como un importante beneficio en la evolución neurológica y funcional del ictus isquémico.

¿Por qué un hospital comarcal de entre 150 a 200 camas aproximadamente, UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y radiólogo de guardia priva a tanta gente de trombolisis? Distinto es el caso de los CHAREs (Centros Hospitalarios de Alta Resolución de Andalucía) o HAREs (Hospital de Alta Resolución) donde la estancia hospitalaria no puede prolongarse más de 3 días, y hacer la trombolisis en ellos no tendría tanto sentido puesto que no cabría posibilidad de continuar su evolución. Entonces, si existe disposición por parte de nuestros intensivistas, ¿por qué no tratar con trombolisis los "exclusivos" ya escasos ictus que la evidencia nos permite?

Es conocido el rechazo de la mayoría de los neurólogos a la práctica de la trombolisis en los comarcales, *donde no hay neurólogos*. Las consejerías y autoridades deben decidir y gestionar recursos para ello en virtud del principio de EQUIDAD para todos. Deben decantarse entre "invertir en nuevas plazas para neurólogos" o en "formación para los de UCI sobre complica-

ciones posttrombolisis", pero los ciudadanos no tienen la culpa.

Mientras tanto, propuestas, como ésta, de mejora en la calidad asistencial del ictus en mi entorno de trabajo, urgencias, pretenden una asistencia protocolizada y de calidad así como de colaborar con AP (Atención Primaria) en la prevención primaria y secundaria del ictus. Claro está, pocas son las pretensiones por un Equipo de Ictus en un comarcal, pero sí creo factibles las propuestas citadas más abajo.

2.- AUTOEVALUACIÓN

Tras pedir autorización para el acceso a las historias y clave para los informes de urgencias y medicina interna; y habiéndome facilitado por documentación clínica el listado de los ACVs (Accidentes Cerebro Vasculares) de 2008-09, las conclusiones son las siguientes:

· Efectivamente, el objetivo siempre es "tiempo es cerebro": El tiempo inicio síntomas - puerta de urgencias no suele ser menor de 30 minutos a menos que los familiares estuvieran con el paciente en el momento del inicio y llamaran inmediatamente al centro coordinador. Son historiales de forma dirigida y hasta el TAC (Tomografía axial computerizada) se cumplen la mayoría de las veces unos 30 minutos más. El problema es que aunque se active el código ictus y esté preparada la ambulancia, la mayoría de las veces si el paciente lleva más de 1 h desde inicio de síntomas es imposible que llegue antes de 4.5 h (según conclusiones del ECAS III y metanálisis de junio 09 en el Stroke) historiado, con TAC, trasladado y con tiempo suficiente para trombolisis. Luego nuestra meta es cap-

Correspondencia: Carmen Martínez Buendía
Hospital de Santa Ana
Av. Enrique Martín Cuevas, s/n
18600 Motril (Granada)
E-mail: cmbuendia@hotmail.com

Recibido el 15-09-2009; aceptado para publicación el 10-05-2010
Med fam Andal 2010; 2: 166-171

tar pacientes que lleven el menor tiempo posible.

- La historia de urgencias se hace dirigida: normalmente no falta el grado de calidad de vida previa, así como la toma de AAS (ácido acetil salicílico) (no contraindica trombolisis) y el SINTRON (a priori sí contraindica). A veces no se hace hincapié en otros antecedentes personales de interés que contraindiquen trombolisis; intervenciones quirúrgicas, TCE (traumatismo craneoencefálicos) recientes...

- La escala NIHSS (Escala de Ictus del National Institute of Health) se escribe, la mayoría de las veces, desglosada en una exploración neurológica completa sin puntuación final.

- Las convulsiones al inicio del ictus sólo se indican si el paciente o familiar lo cuenta. Pero no he encontrado ninguna sospecha, al menos escrita, por parálisis de Todd.

- Mujer de 40 años con AIT (accidente isquémico transitorio) previo y DM (diabetes mellitus) se le hizo TAC en menos de 30 minutos por nuevo evento para posible trombolisis, cuando ya es criterio de exclusión ictus previo y DM concomitante.

- En cuanto a la neuroprotección fisiológica, las alteraciones en la glucemia y la temperatura son objetivos claros, si bien es verdad que se ha escapado algún suero glucosado y captopril 25mg / 8 h. aún con cifras menores de 185/110, seguramente a manos de algún residente poco acertado.

- Más frecuentemente se han demorado los tiempos por hacer ECG (electrocardiograma) antes del TAC, lo que en principio filiaría una posible etiología, pero si la sospecha clínica es de ACV prioridad 1 no se justifica la demora del TAC. Otra cosa es que pase a prioridad 2.

- Estando el paciente en Observación, comienza con deterioro del nivel de conciencia hasta GCS (Glasgow Coma Scale) menor de 9, mientras se avisa a UCI no se demora el manitol.

3.- PROPUESTAS

Propuesta n°1: Informar al acompañante de la situación, sobretodo si, tras historiarlo en urgen-

cias, es demorable y pasa a prioridad 2 porque no sea factible la trombolisis. Normalmente, se impacientan por la situación clínica que perciben de su familiar y mejoraremos la relación explicándole su nueva prioridad y que se atenderá en cuanto podamos.

Propuesta n°2: Que exista un FEED-BACK REAL Y PERIÓDICO entre el comarcal y el hospital de referencia, en cuanto a los criterios de TIEMPO sobretodo. Y es que muchas veces depende del neurólogo y depende de qué residente de neurología cambian los criterios de tiempo para la fibrinolisis: Por ejemplo, ha habido algún caso de inicio de síntomas dudoso y tras TAC normal se comentó el caso con el Hospital de referencia; aunque la paciente ya estaba fuera de tiempo, se nos dijo que sí se mandara porque por lo menos podían intentar una trombolisis intraarterial local por llevar menos de 6 h. Hasta ahora no había contemplado esa posibilidad, pero si en el protocolo no se menciona...opino que crea dudas para con otros pacientes; y si esto es así, se debería especificar cuándo está indicada esa opción.

EL EJEMPLO DEL CASO ANTERIOR, OTROS CASOS EN LOS QUE SE HA CONSULTADO CON EL HOSPITAL DE REFERENCIA Y HAN ADMITIDO PARA POSIBLE FIBRINOLISIS A UNA PACIENTE DE 92 AÑOS, LOS RECIENTES RESULTADOS DEL ECAS III CON RESPECTO A LAS 4.5 H QUE AHORA SE CONTEMPLAN....TODO ESTO SON MOTIVOS QUE GRITAN LA NECESIDAD DE UN FEED-BACK REAL Y PERIÓDICO QUE GARANTICE LOS MISMOS PROTOCOLOS EN TODOS LOS NIVELES ASISTENCIALES, CON EL ÚNICO OBJETIVO DE LA EQUIDAD PARA TODOS.

Propuesta n° 3: Después de una estabilización en observación hasta que el paciente ictus llega a un internista, es atendido por el *internista de guardia que dependiendo del día puede ser: un digestivo, un neumólogo, un cardiólogo...* y que puede no estar correctamente reciclado en el manejo del ictus.

Como formación continua en facultativos no internistas que sin embargo realizan guardias de interna, sería interesante el reciclaje en el manejo del ictus. En su lugar, a mí me gustaría que por lo menos me dieran la posibilidad.

Propuesta nº 4: ¿Qué pasa con aquellos pacientes que habitan lejos del hospital, en puntos de difícil acceso?...Sería conveniente una atención primaria formada con capacitación suficiente para decidir sobre el paciente ictus y derivar directamente al HOSPITAL ÚTIL.

Propuesta nº 5: FORMACIÓN CONTINUA conjuntamente con primaria al menos una vez al año haciendo hincapié en los Sds. clínicos más importantes pero teniendo en cuenta otros más atípicos: crisis epiléptica en ancianos, amaurosis fugaz, diagnóstico diferencial con Parálisis de Todd, los Sds. cruzados, ataxia, nistagmo, vértigo, Horner, cuadros repetidos propios del territorio post que no se ven con TAC....Así como agilidad para pasar la escala NIHSS, exploración de hemianopsia homónima, signo de Hoffman, Babinski, exaltación ROT,...

Propuesta nº 6: Crear un registro interno con el tratamiento habitual pre-ictus y post-ictus al alta para colaborar con AP en prevención primaria y secundaria de modo que, cuando exista un nuevo ictus, aparezca un chivato que indique si tomaba o no: AAS, o en su caso la doble antiagregación o sintrón, atorvastatina, antihipertensivos...

A continuación, algunos apuntes de la prevención secundaria del ictus:

Existe completa unanimidad en la necesidad de prevenir la aparición de ictus bien antiagregando o anticoagulando. A la hora de optar por una u otra opción puede ser muy útil utilizar el esquema CHADS2 (Congestive Heart Failure, Hypertension, Age, Diabetes, Stroke) que es un sistema de clasificación del riesgo cardioembólico que consiste en un score que asigna 1 punto a cada una de las condiciones siguientes: insuficiencia cardíaca reciente, HTA, edad mayor de 75 años y DM y 2 puntos al antecedente de AIT. Se considera que los pacientes sin factores de riesgo o con un factor de riesgo moderado (puntuación total inferior a 2) serían subsidiarios de antiagregación mientras aquellos que presentan una estenosis mitral o ya padecieron un ictus o AIT deben inexcusablemente ser anticoagulados. Los pacientes con una puntuación intermedia, entre 3 y 5, deberán valorarse de forma individualizada para elegir una u otra opción. Esta escala ha sido re-

cientemente validada en nuestro país para población mediterránea. En cuanto a la antiagregación en prevención primaria de ictus, un análisis post hoc del estudio CHARISMA no demuestra superioridad de la combinación de AAS + Clopidogrel sobre AAS en pacientes con FA. Sólo se usará si coexiste angina inestable, IAM no Q o stent reciente. Gil Nuñez A, Vivancos Mora J. Aten Primaria. 2008; 40 (Supl1): 71-3.

Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. El European Stroke Organization (ESO) Executive Committee y el ESO Writing Committee. Translation: Sergio Amaro, Xabier Urrea, Antonio Dávalos and Angel Chamorro.

- Los pacientes deben recibir AAS en las primeras 48 horas de sufrir un ictus (clase I, nivel A No datos que apoyen la doble antiagregación)

- Se recomienda que los pacientes que no requieran anticoagulación reciban tratamiento antiagregante (Clase I, Nivel A). Mientras sea posible, se debería administrar aspirina más dipiridamol o clopidogrel solo. Alternativamente, la aspirina sola, o el triflusal solo, pueden ser de utilidad (Clase I, Nivel A)

- La combinación de aspirina y clopidogrel no se recomienda en pacientes con isquemia cerebral reciente, excepto en aquellos con indicaciones específicas (por ejemplo angina inestable, IAM no Q, o stenting reciente); el tratamiento debe ser administrado durante al menos 9 meses tras el evento (Clase I, Nivel A)

- Se recomienda que los pacientes que sufran un ictus bajo tratamiento antiagregante sean reevaluados en relación a la fisiopatología y a los factores de riesgo (Clase IV, BPC)

- La anticoagulación oral (INR 2-3) se recomienda tras un infarto isquémico cerebral asociado a FA (Clase I, Nivel A). La anticoagulación oral no se recomienda en pacientes con comorbilidad como caídas, mal cumplimiento, epilepsia no controlada, o sangrado gastrointestinal (Clase III, Nivel C). La edad avanzada por sí sola no es una contraindicación a la anticoagulación oral (Clase I, Nivel A)

- Se recomienda que los pacientes con ictus cardioembólico no secundario a FA reciban anticoagulantes si el riesgo de recurrencia es alto (Clase III, Nivel C)

- Se recomienda que la anticoagulación no sea utilizada tras un ictus isquémico no cardioembólico excepto en algunas situaciones específicas, como la ateromatosis aórtica, aneurismas fusiformes de la arteria basilar, disección arterial cervical, o foramen oval permeable en presencia de TVP probada o aneurisma del septo auricular (Clase IV, BPC)

- Se recomienda que la combinación de una dosis baja de aspirina con dipiridamol sea utilizada se la anticoagulación oral está contraindicada (Clase IV, BPC)

Labios M, Martínez M, Gabriel F. Papel de la atorvastatina en el ictus. Hipertensión. 2006; 23: 260-5.

“Las estatinas reducen la incidencia de ictus a través de su efecto sobre la hiperactivación plaquetaria (efecto pleiotrópico). Sin embargo, su confirmación requiere estudios más amplios...” importantes metanálisis y ECAs (ensayos clínicos aleatorizados) han comunicado que la reducción de colesterol mediante cambios drásticos en la dieta, cirugía o mediante fármacos distintos a las estatinas no disminuyen la morbilidad ni la mortalidad del ictus”... Actualmente es objetivo de discusión si la posible asociación ictus-colesterol está estratificada, resultando + únicamente cuando la concentración de colesterol está muy elevada. También parece existir asociación colesterol-ictus hemorrágico, únicamente cuando los valores de colesterol son muy bajos...” La atorvastatina puede normalizar la activación plaquetaria, lo que disminuye la trombogénesis en cualquier territorio del organismo incluyendo al Ictus isquémico”.

Serna Candel C, Moreno Pérez O, Moltó Jordá J. Tratamiento de la HTA crónica en la prevención del ictus Med Clin (Barc). 2006; 127: 626-33.

“No existe evidencia de la superioridad de un fármaco antihipertensivo en particular, aunque en la práctica clínica se recomiendan aquellos que han demostrado eficacia en los ECA...” “La HTA es el factor de riesgo esencial para el ictus hemorrágico y el infarto lacunar”

Curso Univadis: “ICTUS E HTA” 07-10-FZR-20008-E-3386-W (Creado Agosto -2008): Conclusiones: Según el tipo de paciente y lo que tenga más afectado (PAD, PAS o HVI con HTA):

- El descenso de la PAD (5-6 mmHg) con el tratamiento antihipertensivo (BB y diuréticos) se asoció a una reducción del riesgo de ictus de un 42%.

- La reducción de ictus con un descenso de la PAS (10-12 mm Hg) con diurético +/- BB y calcioantagonista) fue del 37%.

- Entre los ARA II, un tratamiento basado en losartán protegió más frente al ictus que un tratamiento basado en atenolol, en pacientes con HTA e HVI, en mayor medida de lo que explica la reducción de la presión arterial (estudio Life).

Propuesta n° 7: Hasta que no se concluya el papel futuro de los biomarcadores como factores de riesgo (**JAMA. 2009; 302: 49-57**), tendremos que basarnos en los factores de riesgo de ictus a nivel poblacional. Una base de datos que incluya pacientes que acuden a urgencias por motivos distintos al ictus pero que presentan factores de riesgo poblacionales sería de gran interés para AP. Para crear esa base de datos pueden considerarse los factores de riesgo que contiene la Tabla DÁgostino, basada en el estudio Framingham y que identifica factores de riesgo de ictus independientes (edad y sexo, tabaquismo, HVI, DM, HTA, FA y enf. Cardiovascular establecida). Curso univadis: “factores de riesgo de ictus a nivel poblacional y mecanismos de prevención” **07-2010-FZR-2008-E-3386-W (MII) (Creado: febrero 2009).**

Propuesta n° 8: Un esfuerzo personal motivado con sesiones clínicas de recuerdo y puesta al día del manejo del ictus, ejemplo:

- Recordar que en el adulto joven el 50 % de los ictus son hemorrágicos mientras que el otro 50% de causa isquémica tiene una etiología distinta de la del paciente mayor; embolia de origen cardíaco e ictus de causa inhabitual (coagulopatías, drogas...). Existen 2 grupos: de 15 a 35 años suele asociarse a etiología inhabitual [*disección (Circulación 2009 el 9 de junio doi:10.1161/circulationaha.108-830380)*] o *migraña (JAMA 2009; 301:2594-5)*] o a cardiopatías embolígenas. Y de 36 a 45 años, la aterosclerosis temprana se da en más de un tercio de los casos.

4.- DISCUSIÓN

El pasado verano, dada la demanda asistencial de urgencias en mi hospital, hemos disfrutado de la colaboración de intensivistas en el servicio de Urgencias como médicos de Observación y Alto Riesgo. Las coincidencias de opiniones con mis compañeros de UCI son las siguientes:

- Debe existir una COMUNICACIÓN palpable y real entre el "Centro Coordinador", "DCCU y 061", "servicio de urgencias del hospital comarcal", "UCI" y "neurólogo del hospital de referencia".

- El centro coordinador debe saber CUÁNDO ACTIVAR un Código Ictus siempre.

- Avisar con ANTELACIÓN al médico de puerta, médico de alto riesgo y radiólogo permitirían estar preparados para admitir un Código Ictus con mayor rapidez.

- **TRASLADOS:** ¿CON QUÉ TRANSPORTES CONTAMOS EN EL HOSPITAL?:

* Si el paciente presenta un GCS de 15 puntos y se trata de una prioridad 1, la ambulancia urgente más rápida que haya con un familiar y sin personal sanitario; y si están ocupadas, el helicóptero.

* Si cabe la duda razonable de que se pueda inestabilizar en el traslado sería conveniente activar a nuestra enfermera de traslados. *No todas las prioridades 1 tienen el mismo NIHSS y que realmente cabe la posibilidad de que el paciente se inestabilice durante el traslado.*

Otra propuesta sería, ¿por qué no se establece una puntuación NIHSS por la que se protocolarice directamente si la prioridad 1 concreta debe o no estar acompañada de personal sanitario en su traslado?

* Para inestables que no entrarían dentro del código ictus así como para hemorragias: UVI MÓVIL y helicóptero.

- **Todo esto es necesario que lo conozca el personal nuevo que va a trabajar en urgencias, así siempre seguiremos las mismas directrices atienda quien atienda el código ictus.**

5.- UNA BUENA EXPERIENCIA

- En primer lugar me ha servido para conocer la LOPD (ley de protección de datos) gracias a la cual tuve todas las pegás del mundo hasta que no tuve autorización. También he conocido Documentación clínica de mi hospital y recónditos rincones como el de archivos.

- En segundo lugar, no sabía que había un protocolo específico en mi Hospital en el que se indican nuestros tiempos y objetivos tan bien.

- En tercer lugar, he comprendido que las urgencias pueden colaborar como gran base de datos con respecto la prevención primaria del ictus en apoyo a AP.

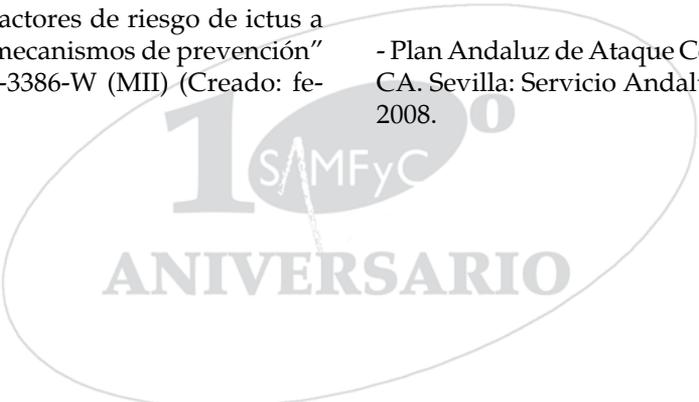
He encontrado buena colaboración en los distintos servicios en los que he solicitado información (documentación clínica, medicina interna, urgencias y UCI) y a los que agradezco su amabilidad y paciencia.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- López Menchaca R, Herrero Martínez JM, Suárez Fernández C. Asociación de antiagregantes ¿cuándo y cómo? Med Clin (Barc). 2007; 128:383-9 383.

- Varona JF, Guerra JM, y Bermejo F. Ictus en el adulto joven. Med Clin (Barc). 2004; 122:70-4.

- Labios M, Martínez M, Gabriel F. Papel de la atorvastatina en el ictus. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122:70-4.
- Serna Candel C, Moreno Pérez O, Moltó Jordá J. Tratamiento de la HTA crónica en la prevención del ictus. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127:626-33
- Gállego J, Martínez Vila E, Muñoz R. Patients at High Risk for Ischemic Stroke. Identification and Actions. *Cerebrovasc Dis*. 2007; 24 (suppl 1): 49-63.
- Halkes PHA, Algra A. Anticoagulants, Aspirin and Dipyridamole in the Secondary Prevention of Cerebral Ischaemia: Which is the Best for wich patient? *Cerebrovasc Dis*. 2007; 24 (suppl 1): 107-111.
- Curso univadis: "factores de riesgo de ictus a nivel poblacional y mecanismos de prevención" 07-2010-FZR-2008-E-3386-W (MII) (Creado: febrero 2009).
- Curso Univadis: " ICTUS E HTA" 07-10-FZR-20008-E-3386-W (Creado Agosto -2008).
- Romero B, Aguilera JM, Castela A. Enfermedad cerebrovascular. Enfermedades del sistema nervioso (III). *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado Volumen 9*. Issue 72: 2007. p. 4581-4588.
- Gil Nuñez A, Vivancos Mora J. Actualización en el abordaje del ictus. *Aten Primaria*. 2008; 40 (Supl1): 71-73.
- El European Stroke Organization (ESO) Executive Committee y el ESO Writing Committee . Translation: Sergio Amaro, Xabier Urrea, Antonio Dávalos and Angel Chamoro. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and TIA 2008. *Cerebrovasc Dis*. 2008; 25: 457-507.
- Plan Andaluz de Ataque Cerebral Agudo: PLACA. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; Edición 2008.



10 ANIVERSARIO

ÁREA DOCENTE

Adecuación del mapa de competencias del tutor a las áreas competenciales del programa nacional de medicina familiar y comunitaria

Rabell Íñigo M^aV¹, Vicente Martínez F², Vallejo Lorenzo A³, Moreno Martos HM^{a4}

¹ Médica de Familia. Tutora de la Unidad Docente de MFyC de Almería. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería

² Médica de Familia. Tutora de la Unidad Docente de MFyC de Almería. Centro de Salud Pulpi. Pulpi. Almería

³ Médica de Familia. Jefa de Estudios de la Unidad Docente de MFyC de Almería

⁴ Médica de Familia. Técnica de Salud de la Unidad Docente de MFyC de Almería

En 1982 y según los Reales Decretos 127/1984 de 11 de Enero y 2708/1982 de 15 de Octubre, se encargan a las Comisiones de Docencia y a otros Órganos, la organización supervisión y control de la formación dirigida a la obtención de los títulos de Médicos y Farmacéuticos Especializados.

La Ley de 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud viene a potenciar el valor de la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales que deben orientarse a la mejora de la calidad del SNS. Señala que las Comunidades Autónomas podrán acreditar las entidades de carácter científico, académico y profesional autorizadas para la evaluación de la competencia de los profesionales.

La Resolución 25/7/2003 designó a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía como entidad certificadora del Sistema de Acreditación del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

En Andalucía la Dirección de Calidad Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud, quiere regular un modelo de autorización de Tutores de los Especialistas en Formación, que permita estar en línea con el modelo de acreditación de profesionales que la Consejería de Salud desarrolla, que responda a criterios de evaluación de competencias profesionales y docentes que se enmarque en el modelo de desarrollo profesional que se está implantando con el apoyo de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía .

La Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, viene a reafirmar las líneas emprendidas en Andalucía y ha dedicado especial atención a la formación en sus diferentes ámbitos. Regula la Formación Especializada en Ciencias de la Salud, definiéndola en el artículo 15.2, como aquella que "tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos; técnicas, habilidades y actitudes propias de la correspondiente especialidad. La formación postgrado tendrá lugar en centros acreditados y sus contenidos, así como sus competencias profesionales son elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad.

El Decreto 24/2004 de 18 de Mayo establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del SAS y se procede a normalizar los criterios de autorización de los Tutores de los Especialistas Sanitarios en Formación del SSPA, según la Instrucción nº 1/2005 de 31 de Julio, de la Dirección General de Calidad, Investiga-

Correspondencia: M^a. Victoria Rabell Íñigo
C.S. Plaza de Toros
C/. Conde Villamonte, s/n.
04003 Almería
E-mail: med014592@saludalia.com

Recibido el 24-03-2010; aceptado para publicación el 21-04-2010
Med fam Andal 2010; 2: 172-177

ción y Gestión del Conocimiento, sobre dicha autorización, definiendo las Funciones y asegurando el desarrollo de las Competencias docentes en los tutores, así como los elementos de calidad de su actividad docente y de evaluación, estableciendo los instrumentos apropiados para el reconocimiento de esta actividad.

Se define la Competencia en el SNS como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociadas a las buenas prácticas para resolver la situación que se le plantea.

Para que el profesional desarrolle los comportamientos observables a una Competencia (hacer) es necesaria la presencia de los cinco componentes de las competencias:

- saber (conocimiento)
- saber hacer (habilidad para poner en práctica estos conocimientos)
- saber estar (actitud)
- querer hacer (motivación)
- poder hacer (aptitud profesional, recursos disponibles, lo favorable del medio)

Se define Tarea como cada una de las pruebas que el profesional debe de realizar para su autoevaluación o evaluación externa y en la que se podrán encontrar evidencias del aprendizaje realizado.

En este contexto, se desarrolló en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Almería, un curso taller denominado "Desarrollo profesional continuo del Tutor", en el que participaron 15 tutores, siendo el objetivo final elaborar un Plan Personal de Formación para el Desarrollo de las Competencias del Tutor.

Como paso previo, se agruparon las competencias del tutor en las mismas Áreas Competenciales del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria y se propusieron tareas, que los tutores realizan o pueden realizar en su actividad como docentes, que evidenciaran esas Competencias. Finalmente, a nivel individual, los tutores debían de proponer actividades formativas

según su GAP competencial (las necesidades de su nivel competencial con respecto al nivel de desarrollo deseado).

Las Áreas del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria que se trabajaron fueron las relacionadas con la Docencia, Investigación, Gestión, Ética y Comunicación.

AREA DE DOCENCIA:

Los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria se enfrentan en su trabajo diario al reto de actualizarse en conocimientos, habilidades y actitudes que conforman su especialidad. A tal fin se desarrollan programas de Formación Médica Continuada que proporcionan los instrumentos necesarios para mantener y mejorar dicha Competencia.

Los participantes en este taller consideraron que podrían ser Competencias de este Área las seleccionadas en la Tabla 1.

AREA DE INVESTIGACIÓN:

La Investigación debe ser fomentada para generar conocimientos y contribuir al progreso del Sistema Sanitario, promoviendo los resultados de esta a la práctica clínica para aumentar su efectividad. Permite una atención eficiente y de mayor calidad.

En esta Área se agruparon las Competencias referidas en la Tabla 2.

AREA DE GESTIÓN:

La Gestión de la atención determina la eficiencia, es decir la capacidad de resolución de problemas con calidad científico-técnica a un coste razonable en el nivel en el que estos se deben resolver. Los Médicos de Familia son gestores de una gran parte de recursos del Sistema Nacional de Salud, son gestores del tiempo, de la información, de la calidad, en un marco de responsabilidad civil y médico legal y sobre todo son gestores clínicos que deben tomar decisiones eficientes basadas en la mayor evidencia disponible, en la propia experiencia clínica y teniendo en cuenta las expectativas del paciente.

Las Competencias del Tutor que se trabajaron en esta Área fueron las indicadas en la Tabla 3.

ÁREA DE ÉTICA:

Para ejercer una medicina de calidad hay que hacerlo tanto desde en un punto de vista científico-técnico (basado en la evidencia) como ético. El Médico de Familia debe ser capaz de abordar la aparición de conflictos éticos en su práctica clínica habitual.

Se consideraron las competencias y tareas del área las indicadas en Tabla 4.

AREA DE COMUNICACIÓN:

La Comunicación médico-paciente es esencial para la práctica clínica. Se precisa una metodología específica para afrontar con éxito el proceso de enseñanza aprendizaje de las técnicas de comunicación para conseguir cambios en el comportamiento. El entrenamiento se completa con el aprendizaje de conocimientos y actitudes necesarias.

Las Competencias que se trabajaron fueron las indicadas en la Tabla 5.

CONCLUSIONES:

De nuestra experiencia y teniendo en cuenta que se trata del criterio de los participantes en el Taller, podemos extraer como conclusiones:

- Se ha establecido una relación agrupando el Mapa de Competencias del Tutor en las distintas Áreas Competenciales del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria.

-Se han propuesto una serie de tareas para evidenciar estas competencias que son factibles y fáciles de realizar.

- Cada Tutor debe de realizar un plan de formación individual que cubra las necesidades identificadas en su GAP competencial.

Esta actividad requiere un trabajo individual posterior que están desarrollando los tutores.

Agradecimiento a todos los tutores de la Unidad Docente de Almería que participaron.

BIBLIOGRAFIA:

1. Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 128 de 29 Mayo 2003.
2. Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE 280 de 22 de Noviembre 2003.
3. Instrucción 1/2005, de 31 Julio, sobre sistema de autorización de Tutores de los Especialistas en Formación del SSPA. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Servicio de Desarrollo Profesional e Investigación. Sevilla. 2005.
4. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
5. Modelo de Gestión por Competencias del SSPA. Sevilla: Consejería de Salud; 2006.
6. Cabero Roura L. Manual para Tutores MIR. Fundación para la Formación de la OMC Madrid: Editorial Médica Panamericana .2007
7. Serrano del Rosal R, Cerrillo Vidal JA. La Formación en SSPA. Sevilla: Consejería de Salud; 2009
8. Casado Vicente V. El Tutor en Atención Primaria. Madrid: E. Médica Panamericana; 2007.
9. Sellares J. Evaluación de la Competencia. Barcelona: semFYC; 2002
10. Saura Llamas J. Manual del Tutor. Como enseñar y aprender a ser Médico de Familia. Barcelona: semFYC; 1997.
11. Gayoso Diz P, Viana Zulaica C, García González J, Tojal del Casero F. Los Tutores de Medicina de Familia: actitudes y actividades de tutorización. Atenc Primaria. 1995; 15: 481-6.

Tabla 1. Competencias del área de docencia

Área: Docencia	Competencia del tutor	Tareas
Metodología	C-0033. Metodología pedagógica: didáctica y técnicas docentes H-0426. Manejo de recursos didácticos H-0055. Capacidad docente	Plan individualizado de formación del residente. Docente en Cursos, grupos de trabajo, sesiones.
Diseño	C-0616. Diseño de programas de formación. C-0647. Gestión del conocimiento: estrategia H-0066. Capacidad de diseño y presentaciones	Proyecto Docente. Docente en Cursos, grupos de trabajo, sesiones
Planificación	C-0129. Contenidos y programas de cursos C-0647. Gestión del conocimiento: estrategia H-0013. Capacidad para planificar y definir objetivos H-0034. Técnicas y procesos de la Gestión del Conocimiento	Plan individualizado de formación del residente. Entrevista con el residente Proyecto Docente. Plan individualizado de formación del residente. Proyecto Docente. Docente en Cursos, grupos de trabajo, sesiones
Evaluación	C-0615. Evaluación de la formación C-0068. Metodología de evaluación de personas A-0025. Metódico y sistemático	Portafolio, guía de competencias, entrevistas. Portafolio, guía de competencias, entrevistas. Cumplimiento del Proyecto Docente

Tabla 2. Competencias del área de investigación

Área: investigación	Competencia del tutor	Tareas
	C-0417. Búsquedas documentales H-0040. Manejo de telecomunicaciones H-0034. Técnicas y procesos de la Gestión del Conocimiento	Búsquedas bibliográficas: Respuesta a preguntas clínicas Realización o participación de cursos virtuales (e-learning). Docente en cursos, grupos de trabajo, sesiones. Pertenece a un grupo de investigación en el Centro de Salud

Tabla 3. Competencias del área de gestión

Área: Gestión	Competencia del tutor	Tareas
Calidad	<p>C-0481. Gestión integral por competencias.</p> <p>H-0034. Técnicas y procesos de la Gestión del Conocimiento</p> <p>H-0016. Capacidad de proponer alternativas de mejora e innovación</p> <p>H-0338. Capacidad de aplicar criterios de calidad en la práctica habitual</p> <p>A-0032. Reconoce logros y asume los errores</p> <p>A-0025. Metódico, sistemático</p> <p>A-0001. Actitud de mejora continua</p> <p>A-0046. Flexible, adaptable al cambio, accesible</p>	<p>Guía de competencias</p> <p>Docente en cursos</p> <p>Plan individualizado de formación(portafolio, guía de competencias)</p> <p>Pertenece a la comisión de calidad del centro</p> <p>Evaluación del plan individualizado de formación</p> <p>Informe de autorreflexión del tutor.</p> <p>Cumplimiento del proyecto docente</p> <p>Participación en cursos, actividades formativas.</p>
Trabajo en equipo	<p>C-0439. Técnicas de trabajo en equipo.</p> <p>C-0037. Motivación y gestión de personas.</p> <p>H-0025. Capacidad de liderazgo</p> <p>H-0026. Delegar</p> <p>A-0007. Creatividad: Innovador, flexible, mente inquieta</p> <p>A-0045. Colaborador, cooperador</p> <p>A-0013. Disponibilidad</p> <p>A-0014. Facilitador</p>	<p>Participación en reuniones de CS, grupos de trabajo.</p> <p>Entrevista con el residente</p> <p>Responsable de algún proceso, grupos.</p> <p>Informe externo, (residentes, compañeros)</p>
Organización de la actividad	<p>H-0031. Gestión del tiempo</p> <p>A-0038. Resolutivo</p>	<p>Planificación semanal, consulta, tutorías, sesiones.</p> <p>Cumplimiento del proyecto docente, PIF</p>
Sistemas de información	<p>H-0040. Manejo de telecomunicaciones</p> <p>H-0066. Capacidad de diseño y presentaciones</p>	<p>Realización o participación de cursos virtuales (e-learning).</p> <p>Docente en curso</p>

Tabla 4. Competencias del área de ética

Area: Ética	Competencia del tutor	Tareas
	A-0016. Garante de un marco ético A-0069. Rigor y adecuado tratamiento de la información. A-0032. Reconoce logros y asume los errores A-0004. Autonomía y colaboración	Incidente crítico Manejo de informes y documentos medico-legales. Informes de autoreflexión

Tabla 5. Competencias del área de comunicación

Area: Comunicación	Competencia del tutor	Tareas
	C-0037. Motivación y gestión de personas H-0021. Habilidad negociadora y diplomática H-0032. Habilidades sociales de comunicación oral y escrita H-0426. Manejo de recursos didácticos H-0272. Capacidad de comunicación H-0426. Manejo de recursos didácticos H-0270. Dinámica de grupos H-0010. Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso H-0024. Capacidad para las relaciones interpersonales (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones) A-0012. Escucha activa, asertividad A-0017. Generador de clima de confianza y seguridad A-0014. Facilitador A-0009. Dialogante y negociador A-0056. Amabilidad	Entrevista con el residente. Feed-back, incidentes críticos Presentación de sesiones, actividad de docentes en cursos Videograbación de Entrevistas tutor-residente. Docente cursos, grupos, sesiones. Informe externo (satisfacción del residente). Informe externo(satisfacción del residente) Videograbación: consulta, feed-back. Informes externos

ARTÍCULO ESPECIAL

La acción de escuchar

Boxó Cifuentes JR

Médico de Familia. Terapeuta de Familia. CS. Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga

A Concha Fernández in memoriam

INTRODUCCIÓN

El Proceso Asistencial Integrado sobre Ansiedad, Depresión y Somatizaciones de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ⁽¹⁾ señala que la propia relación del médico con el paciente posee de por sí una propiedad psicoterapéutica de la que a veces el propio profesional no es consciente. Es la que suele llamarse terapia de apoyo que en ocasiones es indistinguible de un procedimiento de psicoterapia en toda regla. Dentro de sus componentes destaca el establecimiento de una *escucha activa* cuya ejecución describe como la transmisión al paciente de, al menos, dos mensajes: *le atiendo y le entiendo*. Implica una actitud de escucha concreta que clarifique y amplíe la propia experiencia y el significado que el paciente atribuye a dicha experiencia, sin que el médico le imponga su propia interpretación ⁽²⁾. Sin embargo quedan abiertos interrogantes que afectan tanto a la realidad de su aplicación como a su efectividad clínica: ¿Podemos saber si estamos escuchando efectivamente? ¿Está asociada esta forma de la escucha con resultados sanadores para el sufrimiento de los pacientes? ¿Qué fenómenos subyacen en la efectividad de la escucha? Este texto intenta adentrarse en estos cuestionamientos.

Correspondencia: José Ramón Boxó Cifuentes
CS Puerta Blanca
Av. Gregorio Diego, 46.
29004 Málaga
E-mail: jrboxo@gmail.com

Recibido el 01-10-2010; aceptado para publicación el 18-02-2010
Med fam Andal 2010; 2: 178-183

La experiencia común en el mundo que compartimos los seres humanos, suele adscribir el fenómeno de ser escuchado al grupo de los hechos agradables. Por el contrario, la experiencia de no ser escuchado a menudo es descrita como altamente frustrante por la mayor parte de las personas.

En general los hombres y mujeres, compartimos la convicción de que si hubiéramos podido contar todo lo que queríamos en algún momento, si hubiéramos podido exponer todos nuestros argumentos y circunstancias, habríamos conseguido algo de alguien aunque fuese tan solo su interés o cierta actuación a raíz de lo que pudimos contar. La escucha pertenecería entonces a las acciones no hipotéticas cuyo beneficio no requiere de demostración y quizá, cualquier intento de hacerlo se convierta en superfluo ya que la escucha sería el acto previo necesario que posibilitaría cualquier diálogo y estudio sobre las relaciones humanas.

Esta impresión inicial vincula el hecho de ser escuchado con:

- a. Disponer por un tiempo adecuado de la atención de otro ser humano,
- b. Que se nos atribuya una consideración de veracidad suficiente, y
- c. Cierta capacidad de relatar, de poner en orden las cosas para transmitir las.

Atención diferente merece el fenómeno complementario de ser escuchado: escuchar. Atender a la interpelación que el otro solicita es recogida en el acervo común como un acto humano de calidad, compasivo y apreciador de los demás, fuente de deleite para algunos, aunque no es ex-

traño quien lo presenta como una gravosa responsabilidad profesional, algo por lo que hay que pagar, o una imposición de la urbanidad no siempre gratificante.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR ESCUCHA EFECTIVA?

Escuchar es el esfuerzo consciente de entender, comprender y dar sentido a lo que se oye, más aún, es identificar y entender a quien habla. La escucha efectiva tiene que ser necesariamente activa por encima de lo pasivo; requiere esfuerzo y formación por lo que es una competencia profesional de primer orden. La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas, pensamientos o intenciones que subyacen a lo que se está diciendo. Tenemos la convicción de que solamente podemos contar con aquellas personas a las que podemos contar nuestra historia porque están dispuestas a escuchar. Escuchar genera por tanto un compromiso.

Escuchar => Entender => Comprender => Compromiso

(Tabla 1)

¿POR QUÉ ESCUCHAR ES SANADOR?

La acción de escuchar, pone en marcha una pluralidad de poderosos fenómenos con repercusiones sanadoras en el sentido de resolución de conflictividad y sufrimiento evitable.

Dar la palabra y su complementario, hacer uso de la palabra otorgada, tener atento a otro para el desarrollo del discurso, desencadena derechos y deberes, posibilidades y riesgos.

No es extraño que la apertura a la escucha esté rodeada de ansiedad, se temen entre otras cosas, las *consecuencias emocionales del diálogo*⁽³⁾ y *el riesgo de la revelación* puesto que nadie sabe a quién revela y a quién se revela cuando se descubre a sí mismo al tomar la palabra voluntariamente para ser escuchado⁽⁴⁾.

Analicemos algunas de las cualidades subyacentes.

(Tabla 2)

1. Migración desde un espacio privado de comunicación a un espacio público

El espacio privado aporta un mínimo de bienes y un lugar de pertenencia para fundamentar la dignidad personal y el único lugar seguro y oculto del mundo común público a donde uno pueda retirarse y proteger la intimidad. La palabra privado cobra de su original sentido privativo, su significado. Vivir una vida privada por completo significa por encima de todo estar privado de cosas esenciales a una verdadera vida humana: estar privado de la realidad de ser visto y oído por los demás, estar privado de una objetiva relación con los otros que proviene de hallarse relacionado y separado de ellos a través del intermediario de un mundo de cosas, de intereses comunes; estar privado de realizar algo más permanente que la propia vida: insertar en el mundo la propia vida y comenzar una historia personal⁽⁵⁾.

El espacio privado es asimétrico, jerarquizado, mitológico y normativo.

Asimétrico porque la distribución de autoridad está necesariamente concentrada en unas pocas figuras en orden a asegurar la subsistencia de la prole; jerarquizado en el sentido de que los roles determinan la posibilidad de ejercicio del poder y son difícilmente intercambiables; mitológico en el sentido que su organización y normas internas, la distribución de roles e identidades toman sus significados de una narración simbólica que actúa como matriz de las orientaciones de sentido de una tradición⁽⁶⁾ y normativo porque está definido por reglas tanto explícitas como implícitas que provocan la recurrencia de pautas conductuales⁽⁷⁾.

La esfera del ciudadano, el espacio público, es el de la libertad. La atribución de ciudadanía se diferencia de la familia en que aquella sólo conoce iguales, mientras que la segunda es el centro de la más estricta desigualdad. Para nosotros, la apariencia –algo que ven y oyen otros al igual que nosotros– constituye la realidad. La

vida íntima y privada lleva una incierta y oscura existencia hasta que hace su aparición pública en la historia narrada⁽⁸⁾.

El espacio público es igualitario, democrático, razonable y ético.

Igualitario pues posibilita la expresión de la pluralidad humana con su doble carácter de igualdad y distinción mediante un equilibrio en el montante de poder que cada miembro necesita para asegurar su propia representatividad en el discurso conjunto de la familia. Ser visto y oído por otros deriva su significado del hecho de que todos ven y oyen desde una posición diferente; democrático porque basará sus representaciones, el imaginario que construye, sobre las aportaciones de todos los miembros que desarrollan el discurso asegurando que nadie quede silenciado ni nadie se reserve información privilegiada. Razonable porque el imaginario que se construye debe ser argumentado en aportaciones llenas de sentido común, es decir, percibidas por todos los participantes y ético porque las acciones deben ser justificadas sobre la base de evitar el sufrimiento.

(Tabla 3)

Como vemos esta traslación de un espacio a otro que implica el inicio de un encuentro terapéutico se enfrenta decididamente con la patología derivada de la puntuación de la secuencia de hechos que se fundamenta en el uso inadecuado del poder y en la privación del acceso a la información⁽⁹⁾. Puntuar equivale a establecer el valor o el carácter de la relación desde una situación de legalidad: pretende imponer el sentido y el juicio de valor de las conductas. Practica una abertura en lo real que va más allá de lo dado, privilegiando a alguien o a un grupo, que se pone aparte con la intención de convertirse en absoluto y dilucidar el sentido último de todo lo que acaece. En otras palabras, la puntuación privilegia juicios y personas sobre otras perspectivas y seres. La escucha será una reiteración recuperadora que pretende sacar a la luz lo no dicho explícitamente y supuesto en todo pensamiento o conducta. Busca modificar la puntuación hacia otros significados que alivien sufrimientos.

El médico en su escucha, toma sobre sí la responsabilidad de representar al mundo, al espacio público con sus valores.

2. La apertura de la reflexividad y la validación del self

En la acción de escuchar se rompe la reiteración del diálogo yo-mí con la *solicitud* de ser escuchado porque la reflexividad lleva en sí misma la amenaza de replegarse sobre sí, en lugar de una apertura hacia el establecimiento de la identidad. Esto implica que la introspección, el interés de la conciencia por su propio contenido, no puede construir una identidad ya que está limitada a un mundo construido por la propia mente sin validación.

El oyente, en su atención, *reconoce* al hablante y tiene la capacidad de hacerlo ser, de colaborar con él en la construcción de su persona, en su individualización. La individualización puede caracterizarse, en líneas generales como el proceso inverso de la clasificación, que elimina las singularidades en beneficio del concepto. Pero si recalamos el adjetivo inverso, acentuamos dos rasgos del individuo: que es una muestra no repetible (su carácter de único e inédito) y, además, no divisible sin alteración (su carácter de totalidad)⁽¹⁰⁾.

Una consecuencia de la apertura a la relación interpersonal es *el self*. En toda comunicación existe una propuesta de relación sobre la base de una identidad. El *sí mismo*, la identidad de uno, quién es el que uno es, cómo se valora y cómo le valoran a uno es una *formación mental funcional e imaginaria*, una inferencia que el sujeto obtiene de la idea que tiene de sí mismo y de la idea que cree que los demás tienen de él. El *sí mismo* es un yo que habla de sí, una identidad narrativa al que se accede por la hermenéutica al hablarle a un tú.

Mediante la acción y el discurso los seres humanos muestran quienes son, revelan activamente su personal e única identidad, y hacen aparición en el mundo humano. El desvelamiento de quién en lugar de qué, está implicado en todo lo que dice y hace. Pero su revelación casi nunca puede realizarse como fin voluntario, como si uno poseyera y dispusiera de este quién de la misma manera que de sus cualidades. Por el contrario, es más probable que el quién que se presenta tan claro e inconfundible a los demás, permanezca oculto para la propia persona.

La comunicación es el interminable proceso de construcción y validación del *self* de cada suje-

to. *Éste es el compromiso: la cooperación en esta construcción.*

La comunicación es un compromiso, establece un grado de responsabilidad mutua entre los que interactúan en un *contexto*. Toda conducta es siempre un mensaje de solicitud o evitación de validación del *self*, una propuesta de compromiso. El médico que escucha acepta este reto moral.

3. La recuperación del sentido común

El único carácter del mundo con el que calibrar su realidad es el de ser común a todos, y si el sentido común ocupa tan alto rango en la jerarquía de las cualidades políticas se debe a que es el único sentido que encaja como un todo en la realidad de nuestros cinco sentidos estrictamente individuales y los datos exclusivamente particulares que captan. Por virtud del sentido común, las percepciones de los demás sentidos revelan la realidad y no se sienten simplemente como sensaciones de nuestro cuerpo. Un apreciable descenso del sentido común en cualquier comunidad y un notable incremento de la mitología son signos casi infalibles de su alienación del mundo común y de su encastramiento particular. El sentido común que defendemos es el relacional, la participación en un mundo común. El acto de la escucha enfrenta al individuo o a la familia con la necesidad de recuperar el sentido común con la intromisión de parte del mundo que representa el médico que escucha.

4. La estructura narrativa de la escucha

Se escucha un relato. La narración resulta ser un sistema particularmente efectivo de producción de significados discursivos mediante el cual las personas pueden vivir una relación característicamente imaginaria con sus condiciones de vida reales, es decir, una relación irreal pero válida con las formaciones sociales en las que están inmersos y en las que despliegan su vida y cumplen su destino como sujetos sociales. Los acontecimientos no solo han de registrarse dentro del marco cronológico en el que sucedieron originariamente sino que además han de narrarse, es decir, revelarse como sucesos dotados de un or-

den de significación que no poseen como mera secuencia. La *trama* es la estructura de relaciones por la que se dota de significado a los elementos del relato al identificarlos como parte de un todo integrado. Esta necesidad de clarificar los acontecimientos con respecto a su significación para el grupo que está escribiendo su propia historia es la que hace posible una representación narrativa de los acontecimientos reales. Cada narrativa por aparentemente completa que sea, se construye sobre la base de un conjunto de acontecimientos que pudieron haber sido incluidos pero que se dejaron fuera. El relato versa sobre cualidades más que sobre agentes, y representa un mundo en el que pasan cosas a las personas, en vez de uno en el que las personas hacen cosas.

Otro elemento necesario en la configuración de la narrativa es la noción de centro social por la cual ubicar los acontecimientos unos respecto a otros y dotarlos de significación ética o moral. Esto es, un orden político social. La realidad que se presta a representación es el conflicto entre el deseo y la ley, un conflicto de valores. Cuando no hay marco ético donde impere la ley, no puede haber ni un sujeto ni un tipo de acontecimiento que se preste a representación narrativa.

La acción es aquel aspecto del quehacer humano que reclama narración. A su vez es función de la narración determinar el quién de la acción, es decir, quién hace que ocurra el acontecimiento. Decir lo que es una acción es decir por qué se hace. Se impone esta relación de una pregunta con otras: uno apenas puede informar a otro sobre lo que hace sin decirle al mismo tiempo por qué lo hace; describir es empezar a explicar. La narrativa lleva más al logro de una comprensión de los acontecimientos de que habla que una explicación. Comprensión y explicación son dos modos de conocimiento en relación dialéctica de las acciones humanas. Las acciones producen significados en virtud de sus consecuencias, intencionales o no, previsibles o no. Comprender una acción es captar conjuntamente como partes de todos significativos, las intenciones que motivan las acciones, las propias acciones y sus consecuencias reflejadas en los contextos sociales. Comprender no significa negar lo terrible. Significa más bien, analizar y soportar conscientemente la carga que los acontecimientos nos han legado sin, por otra parte, negar su existencia o

inclinarse humildemente ante su peso, como si todo aquello que ha sucedido no pudiera haber sucedido de otra manera.

CRITERIOS DE REALIZACIÓN DE LA ESCUCHA

Nuestro tiempo en la consulta es limitado. Precisamos conocer si la escucha se ha completado, si el paciente ha podido transmitir lo que era acuciante para él o ella. Referimos algunas propuestas que pueden ser buenos indicadores que están sujetos a la investigación dentro en nuestro equipo de trabajo.

1. Detección de la coda o momento del relato que relaciona la biografía con los síntomas. Por la coda el narrador liga la resolución que él dice que tuvo lo que pasó con la situación interlocutiva presente. Liga aquel entonces con el aquí ahora dando por sentado que desde entonces no ha ocurrido nada que desvirtúe el momento que ella relata⁽¹¹⁾.

2. Reconocimiento del tipo específico de relato. Cuando el lector reconoce la historia que se cuenta como un tipo específico de relato -épico, tragedia, comedia o farsa- puede decirse que ha comprendido el significado producido por el discurso. El tipo de relato se impone a los acontecimientos y los dota de significado. Es una alegoría, dice una cosa y significa otra⁽¹²⁾.

a. Épico: alguien luchó contra las circunstancias y acabó aprendiendo a *vencerlas*.

b. Tragedia: alguien que creyó poder vencer a su destino, a sus circunstancias y acabó *derrotado*.

c. Comedia: alguien que pudo, enredado en sus circunstancias, *reconciliarse* temporalmente con ellas.

d. Farsa: alguien que después de mucho luchar o padecer o esperar cayó en la cuenta

que todo esto no tenía demasiado sentido y acabó *aceptando* sus circunstancias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Proceso Asistencial Integrado. Ansiedad, Depresión, Somatizaciones. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2002. p. 73-74
2. Millar WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós Ibérica; 1999. p. 84.
3. Colapinto J. Seminario sobre terapia familiar y servicios a menores. Málaga: CeTreS; 2000.
4. Arendt H. La condición humana. Barcelona: Paidós; 2005. p. 209.
5. Arendt H. La condición humana. Barcelona: Paidós; 2005. p. 55-83.
6. Castillo Ávila F. Hermenéutica de los símbolos del mal. Aportes de P. Ricoeur a la comprensión del mal. Universidad de Santiago de Chile 2004. URL: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/castillo_f/html/index-frames.html
7. Watzlawick P, Beavin Bavelas L, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder; 1997. p. 128-130.
8. Arendt H. La condición humana. Barcelona: Paidós; 2005. p. 71.
9. Watzlawick P, Beavin Bavelas L, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder; 1997. p. 93-96
10. Ricoeur P. Si mismo como otro. Madrid: Siglo XXI; 1996. p. 1-5.
11. Ramos R. Narrativas contadas, narraciones vividas. Barcelona: Paidós; 2001. p. 40-43.
12. White H. El contenido de la forma. Barcelona: Paidós; 1992. p. 60-63.

Tabla 1

Esfuerzos en la escucha	Fenómenos subyacentes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Centrar la atención 2. Perplejidad ante el encuentro humano 3. Atribución de valores 4. Seguir el hilo de la trama 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control del enjuiciamiento y proceso de clasificación de la persona. El propio pensamiento queda relegado. 2. Reconocimiento del otro como único e inédito base de la pluralidad. 3. Se acepta la veracidad de lo que se cuenta. 4. La historia es expresión de la persona no tan solo de hechos.

Tabla 2

Cualidades subyacentes a la escucha
<ol style="list-style-type: none"> 1. Migración desde el espacio privado al espacio público 2. Apertura de la reflexividad y validación del self 3. Recuperación del sentido común 4. Su estructura narrativa

Tabla 3

Espacio Privado	Espacio Público
Asimétrico Jerarquizado Mitológico Normativo	Igualitario Democrático Razonable Ético

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de diciembre de 2009 a 31 de marzo de 2010)

Manteca González A

Médicos de Familia. Centro de Salud El Palo

Los artículos, publicados entre el 1 de diciembre de 2009 y el 31 de marzo de 2010, 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.

Chen LM, Farwell WR, Jha AK. Primary care visit duration and quality: does good care take longer? Arch Intern Med. 2009; 169: 1866-1872 [S,I]
19901138

Paterniti DA, Fancher TL, Cipri CS, Timmermans S, Heritage J, Kravitz RL. Getting to "no": strategies primary care physicians use to deny patient requests. Arch Intern Med. 2010; 170: 381-388 [T,II]
20177043

Melguizo M. La medicina de familia en positivo. Más imaginación y menos memoria. Aten Primaria. 2009; 41: 587-589 [AO,II]
19781817

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

Ruiz de Adana R. Comentario editorial: Gestión de las dudas del médico de familia en la consulta. Aten Primaria. 2009; 41: 597-599 [AO,I]

Loayssa JR, Ruiz R, García J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? Aten Primaria. 2009; 41: 646-649 [R,II]
19427066

Arillo A, Zabalegui MJ, Ayarra M, Fuertes C, Loayssa JR, Pascual P. El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios. Aten Primaria. 2009; 41: 688-694 [T,I]
19632006

García FM, Merino A, Sanz R, García A, Montero MJ, Maderuelo JA. Procedimientos operativos y técnicos en la medicalización de la prevención. Aten Primaria. 2009; 41: 702-706 [R,II]

Turabian JL, Pérez B. El concepto de diagnóstico en medicina de familia: ver un paisaje. El diagnóstico en medicina de familia. Aten Primaria. 2010; 42: 66-69 [AO,I]

Ayerbe L, Milazzo J, Perez-Piñar M, González S, González E. Atención primaria en España e Inglaterra; aprender de las diferencias. Opinión de médicos de familia españoles con experiencia en ambos países. Aten Primaria. 2010; 42: 109-111 [AO,I]
19913949

Van Bruggen R, Gorter K, Stolk R, Klungel O, Rutten G. Clinical inertia in general practice: widespread and related

- to the outcome of diabetes care. *Fam Pract.* 2009; 26: 428-436 [S,I]
19729401
- Esteban-Vasallo MD, Domínguez-Berjón MF, Astray-Mochales J, Gènova-Maleras R, Pérez-Sania A, Sánchez-Perruca L, et al. Epidemiological usefulness of population-based electronic clinical records in primary care: estimation of the prevalence of chronic diseases. *Fam Pract.* 2009; 26: 445-454 [T,I]
19815673
- Koch H, Van Bokhoven MA, Bindels PJ, Van der Weijden T, Dinant GJ, ter Riet G. The course of newly presented unexplained complaints in general practice patients: a prospective cohort study. *Fam Pract.* 2009; 26: 455-465 [S,I]
19825865
- Van der Zwet J, Koelwijn-van Loon MS, Van den Akker M. Lonely patients in general practice: a call for revealing GPs' emotions? A qualitative study. *Fam Pract.* 2009; 26: 501-509 [C,I]
19770218
- Ending intimate partner violence. *Lancet.* 2009; 374: 1868 [AO,I]
19962557
- General practitioner or computerised algorithm? *Lancet.* 2010; 375: 94 [AO,I]
20109870
- RIESGO CARDIOVASCULAR. Incluye: tabaco, dislipemias, hipertensión, obesidad, ejercicio físico, nutrición / dietética.
- Sharma M, Ansari MT, Abou-Setta AM, Soares-Weiser K, Ooi TC, Sears M, et al. Systematic review: comparative effectiveness and harms of combination therapy and monotherapy for dyslipidemia. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 622-630 [M,II]
19884623
- Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, Neary AM, Orr MM, Powers BJ, et al. Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 687-695 [EC,I]
19920269
- Greenfield S, Billimek J, Pellegrini F, Franciosi M, De Berardis G, Nicolucci A, et al. Comorbidity affects the relationship between glycemic control and cardiovascular outcomes in diabetes: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 854-860 [S,I]
20008761
- Baker WL, Coleman CI, Kluger J, Reinhart KM, Talati R, Quercia R, et al. Systematic review: comparative effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin II-receptor blockers for ischemic heart disease. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 861-871 [M,II]
20008762
- Nathan DM. The role of glycemia management in the prevention of cardiovascular disease-starting over? *Ann Intern Med.* 2009; 151: 888-889 [AO,I]
20008764
- Hayward RA, Krumholz HM, Zulman DM, Timbie JW, Vijan S. Optimizing statin treatment for primary prevention of coronary artery disease. *Ann Intern Med.* 2010; 152: 69-77 [T,I]
20083825
- Schnoll RA, Patterson F, Wileyto EP, Heitjan DF, Shields AE, Asch DA, et al. Effectiveness of extended-duration transdermal nicotine therapy: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2010; 152: 144-151 [EC,I]
20124230
- Toh S, Hernández-Díaz S, Logan R, Rossouw JE, Hernán MA. Coronary heart disease in postmenopausal recipients of estrogen plus progestin therapy: does the increased risk ever disappear? A randomized trial. *Ann Intern Med.* 2010; 152: 211-217 [EC,II]
20157135
- Jiménez CA, Mayayo M, Cicero A, Amor N, Ruiz JJ, Cristóbal M, et al. Resultados asistenciales de una unidad especializada en tabaquismo. *Arch Bronconeumol.* 2009; 45: 540-544 [T,I]
19758742
- Cordoba R, Nerin I. Estrategias de reducción de riesgos en tabaquismo: ¿oportunidad o amenaza? *Arch Bronconeumol.* 2009; 45: 611-616 [AO,II]
19781843
- Piper ME, Smith SS, Schlam TR, Fiore MC, Jorenby DE, Fraser D, et al. A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies. *Arch Gen Psychiatry.* 2009; 66: 1253-1262 [EC,II]
19884613
- Jorge RE, Acion L, Moser D, Adams HP Jr, Robinson RG. Escitalopram and enhancement of cognitive recovery following stroke. *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67: 187-196 [EC,I]
20124118
- Moser M, Feig PU. Fifty years of thiazide diuretic therapy for hypertension. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1851-1856 [R,II]
19901136
- O'Connor C, Fiuzat M. Antidepressant use, depression, and poor cardiovascular outcomes: the chicken or the egg?: comment on "Antidepressant Use and Risk of Incident Cardiovascular Morbidity and Mortality Among Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative Study". *Arch Intern Med.* 2009; 169: 2140-2141 [AO,I]
20008699
- Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 2148-2155 [EC,I]
20008701
- Ferket BS, Colkesen EB, Visser JJ, Spronk S, Kraaijenhagen RA, Steyerberg EW, et al. Systematic review of guidelines on cardiovascular risk assessment: Which recommendations should clinicians follow for a cardiovascular health check? *Arch Intern Med.* 2010; 170: 27-40 [M,II]
20065196
- Smith SC Jr. Screening for high-risk cardiovascular disease: a challenge for the guidelines: comment on "systematic review of guidelines on cardiovascular risk assessment: which recommendations should clinicians follow for a cardiovascular health check?" *Arch Intern Med.* 2010; 170: 40-42 [AO,II]
20065197
- Ahmad T, Mora S. Providing patients with global cardiovascular risk information: is knowledge power? *Arch Intern Med.* 2010; 170: 227-228 [AO,I]
20142566

- Maiques A, Brotons C. Opciones terapéuticas farmacológicas de la dislipemia. *Aten Primaria*. 2010; 42: 115-120 [R,II] 19497642
- Harwood RH, Conroy SP. Slow walking speed in elderly people. *BMJ*. 2009; 339: b4236 [AO,I] 19903978
- Kuper H, Nicholson A, Kivimaki M, Aitsi-Selmi A, Cavalleri G, Deanfield JE, et al. Evaluating the causal relevance of diverse risk markers: horizontal systematic review. *BMJ*. 2009; 339: b4265 [M,II] 19892791
- Dumurgier J, Elbaz A, Ducimetière P, Tavernier B, Alperovitch A, Tzourio C. Slow walking speed and cardiovascular death in well functioning older adults: prospective cohort study. *BMJ*. 2009; 339: b4460 [S,I] 19903980
- De Berardis G, Sacco M, Strippoli GF, Pellegrini F, Graziano G, Tognoni G, et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2009; 339: b4531 [M,II] 19897665
- Strazzullo P, D'Elia L, Kandala NB, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ*. 2009; 339: b4567 [M,II] 19934192
- Wardlaw JM, Sandercock PA, Murray V. Should more patients with acute ischaemic stroke receive thrombolytic treatment? *BMJ*. 2009; 339: b4584 [R,II] 19906748
- Haynes R, Bowman L, Armitage J. Aspirin for primary prevention of vascular disease in people with diabetes. *BMJ*. 2009; 339: b4596 [AO,II] 19897667
- Tzoulaki I, Molokhia M, Curcin V, Little MP, Millett CJ, Ng A, et al. Risk of cardiovascular disease and all cause mortality among patients with type 2 diabetes prescribed oral antidiabetic drugs: retrospective cohort study using UK general practice research database. *BMJ*. 2009; 339: b4731 [S,II] 19959591
- Appel LJ. The case for population-wide salt reduction gets stronger. *BMJ*. 2009; 339: b4980 [AO,I] 19934193
- Lafuente-Lafuente C, Mahé I, Extramiana F. Management of atrial fibrillation. *BMJ*. 2009; 339: b5216 [R,I] 20032065
- Boger-Megiddo I, Heckbert SR, Weiss NS, McKnight B, Furberg CD, Wiggins KL, et al. Myocardial infarction and stroke associated with diuretic based two drug antihypertensive regimens: population based case-control study. *BMJ*. 2010; 340: c103 [CC,I] 20100777
- Parry SW, Tan MP. An approach to the evaluation and management of syncope in adults. *BMJ*. 2010; 340: c880 [R,I] 20172928
- Abrams DJ, Perkin MA, Skinner JR. Long QT syndrome. *BMJ*. 2010; 340: b4815 [T,I] 20061357
- Utilización de antipsicóticos en pacientes ancianos con demencia. *Bol Ter Andal*. 2009; 25: 13-14 [R,I]
- Perlstein TS, Creager MA. The ankle-brachial index as a biomarker of cardiovascular risk: it's not just about the legs. *Circulation*. 2009; 120: 2033-2035 [AO,I] 19901185
- Danesh J, Pepys MB. C-reactive protein and coronary disease: is there a causal link? *Circulation*. 2009; 120: 2036-2039 [AO,I] 19901186
- Rassen JA, Choudhry NK, Avorn J, Schneeweiss S. Cardiovascular outcomes and mortality in patients using clopidogrel with proton pump inhibitors after percutaneous coronary intervention or acute coronary syndrome. *Circulation*. 2009; 120: 2322-2329 [S,I] 19933932
- Berger JS, Bhatt DL, Steinhilb SR, Shao M, Steg PG, Montalescot G, et al.; CHARISMA Investigators. Smoking, clopidogrel, and mortality in patients with established cardiovascular disease. *Circulation*. 2009; 120: 2337-2344 [EC,I] 19933933
- Velagaleti RS, Massaro J, Vasan RS, Robins SJ, Kannel WB, Levy D. Relations of lipid concentrations to heart failure incidence: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2009; 120: 2345-2351 [S,II] 19933936
- Van de Werf F. Balancing benefit and bleeding risk of antithrombotic agents in the individual patient with an acute coronary syndrome. *Circulation*. 2010; 121: 5-7 [AO,I] 20026787
- Everett BM, Glynn RJ, MacFadyen JG, Ridker PM. Rosuvastatin in the prevention of stroke among men and women with elevated levels of C-reactive protein: justification for the Use of Statins in Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin (JUPITER). *Circulation*. 2010; 121: 143-150 [EC,II] 20026779
- Ockene I, Salmoirago-Blotcher E. Varenicline for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Circulation*. 2010; 121: 188-190 [AO,I] 20048200
- Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. *Circulation*. 2010; 121: 221-229 [EC,I] 20048210
- Arlöv J, Angelsson E, Sundström J, Lind L. Impact of body mass index and the metabolic syndrome on the risk of cardiovascular disease and death in middle-aged men. *Circulation*. 2010; 121: 230-236 [S,I] 20038741
- Hu G, Jousilahti P, Antikainen R, Katzmarzyk PT, Tuomilehto J. Joint effects of physical activity, body mass index, waist circumference, and waist-to-hip ratio on the risk of heart failure. *Circulation*. 2010; 121: 237-244 [S,I] 20048205
- Roger VL, Weston SA, Gerber Y, Killian JM, Dunlay SM, Jaffe AS, et al. Trends in incidence, severity, and outcome of hospitalized myocardial infarction. *Circulation*. 2010; 121: 863-869 [T,I] 20142444

- Imazio M, Spodick DH, Brucato A, Trincherio R, Adler Y. Controversial issues in the management of pericardial diseases. *Circulation*. 2010; 121: 916-928 [R,I]
20177006
- WRITING GROUP MEMBERS, Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics--2010 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2010; 121: 948-954 [T,I]
20177011
- WRITING GROUP MEMBERS, Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics--2010 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2010; 121: e46-e215 [T,I]
20019324
- Zoungas S, de Galan BE, Ninomiya T, Grobbee D, Hamet P, Heller S, et al. Combined effects of routine blood pressure lowering and intensive glucose control on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes: New results from the ADVANCE trial. *Diabetes Care*. 2009; 32: 2068-2074 [EC,II]
19651921
- van der Heijden AA, Ortegon MM, Niessen LW, Nijpels G, Dekker JM. Prediction of coronary heart disease risk in a general, pre-diabetic, and diabetic population during 10 years of follow-up: accuracy of the Framingham, SCORE, and UKPDS risk functions: The Hoorn Study. *Diabetes Care*. 2009; 32: 2094-2098 [S,II]
19875606
- Davidson JA, Parkin CG. Is hyperglycemia a causal factor in cardiovascular disease? Does proving this relationship really matter? Yes. *Diabetes Care*. 2009; 32: S331-S333 [AO,I]
19875575
- Conget I, Giménez M. Glucose control and cardiovascular disease: is it important? No. *Diabetes Care*. 2009;32: S334-S336 [AO,I]
19875576
- Kassem SA, Raz I. Is there evidence that oral hypoglycemic agents reduce cardiovascular morbidity or mortality? No. *Diabetes Care*. 2009; 32: S337-S341 [AO,I]
19875577
- Bianchi C, Miccoli R, Daniele G, Penno G, Del Prato S. Is there evidence that oral hypoglycemic agents reduce cardiovascular morbidity/mortality? Yes. *Diabetes Care*. 2009; 32: S342-S348 [AO,I]
19875578
- Akbaraly TN, Kivimaki M, Shipley MJ, Tabak AG, Jokela M, Virtanen M, et al. Metabolic syndrome over 10 years and cognitive functioning in late midlife: the Whitehall II study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 84-89 [S,II]
19837794
- Ong G, Davis TM, Davis WA. Aspirin is associated with reduced cardiovascular and all-cause mortality in type 2 diabetes in a primary prevention setting: the Fremantle Diabetes study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 317-321 [S,II]
19918016
- Thorp AA, Healy GN, Owen N, Salmon J, Ball K, Shaw JE, et al. Deleterious associations of sitting time and television viewing time with cardiometabolic risk biomarkers: Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle (AusDiab) study 2004-2005. *Diabetes Care*. 2010; 33: 327-334 [T,I]
19918003
- Pop-Busui R. Cardiac autonomic neuropathy in diabetes: a clinical perspective. *Diabetes Care*. 2010; 33: 434-441 [R,I]
20103559
- Szady AD, Hill JA. Diuretics in heart failure: a critical appraisal of efficacy and tolerability. *Drugs*. 2009; 69: 2451-2461 [AO,II]
19911857
- Plosker GL. Eprosartan: a review of its use in hypertension. *Drugs*. 2009; 69: 2477-2499 [R,I]
19911859
- Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, Dahm JB, et al. European Heart Rhythm Association (EHRA); Heart Failure Association (HFA); Heart Rhythm Society (HRS); European Society of Emergency Medicine (EuSEM); European Federation of Internal Medicine (EFIM); European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS); American Geriatrics Society (AGS); European Neurological Society (ENS); European Federation of Autonomic Societies (EFAS); American Autonomic Society (AAS). Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009): the Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2009; 30: 2631-2671 [M,II]
19713422
- Steffel J, Tanner FC. Direct thrombin inhibitors in atrial fibrillation reloaded. *Eur Heart J.* 2009; 30: 2832-2834 [AO,I]
19690350
- Lip GY, Rasmussen LH, Olsson SB, Jensen EC, Persson AL, Eriksson U, et al; Steering Committee. Oral direct thrombin inhibitor AZD0837 for the prevention of stroke and systemic embolism in patients with non-valvular atrial fibrillation: a randomized dose-guiding, safety, and tolerability study of four doses of AZD0837 vs. vitamin K antagonists. *Eur Heart J.* 2009; 30: 2897-2907 [EC,II]
19690349
- Kirchhof P, Bax J, Blomstrom-Lundquist C, Calkins H, Camm AJ, Cappato R, et al. Early and comprehensive management of atrial fibrillation: executive summary of the proceedings from the 2nd AFNET-EHRA consensus conference 'research perspectives in AF'. *Eur Heart J.* 2009; 30: 2969-2977 [R,II]
19535417
- Mancia G, Grassi G. Orthostatic hypotension and cardiovascular risk: defining the epidemiological and prognostic relevance. *Eur Heart J.* 2010; 31: 12-14 [AO,I]
19734166
- Fedorowski A, Stavenow L, Hedblad B, Berglund G, Nilsson PM, Melander O. Orthostatic hypotension predicts all-cause mortality and coronary events in middle-aged individuals (The Malmo Preventive Project). *Eur Heart J.* 2010; 31: 85-91 [S,I]
19696189
- Doehner W, Clark A, Anker SD. The obesity paradox: weighing the benefit. *Eur Heart J.* 2010; 31: 146-148 [AO,I]
19734553
- Lange RA, Hillis LD. Sudden death in cocaine abusers. *Eur Heart J.* 2010; 31: 271-273 [AO,I]
20071327

- Lucena J, Blanco M, Jurado C, Rico A, Salguero M, Vazquez R, et al. Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain. *Eur Heart J*. 2010; 31: 318-329 [CC,I] 20071326
- Godwin M, Birtwhistle R, Seguin R, Lam M, Casson I, Delva D, et al. Effectiveness of a protocol-based strategy for achieving better blood pressure control in general practice. *Fam Pract*. 2010; 27: 55-61 [EC,I] 19887462
- Villalbi JR, Baranda L, Lopez MJ, Nebot M. El tabaco en los establecimientos de restauración y hostelería: estudio observacional en Barcelona, 2008. *Gac Sanit*. 2010; 24: 72-74 [T,I] 19932527
- Are angiotensin-converting enzyme inhibitors and Angiotensin receptor blockers especially useful for cardiovascular protection? *J Am Board Fam Med*. 2009; 22: 686-697 [R,I] 19897698
- Thavendiranathan P, Bagai A, Khoo C, Dorian P, Choudhry NK. Does this patient with palpitations have a cardiac arrhythmia? *JAMA*. 2009; 302: 2135-2143 [R,I] 19920238
- Hingorani AD, Psaty BM. Primary prevention of cardiovascular disease: time to get more or less personal? *JAMA*. 2009; 302: 2144-2145 [R,I] 19920239
- Gheorghiadu M, Braunwald E. Reconsidering the role of digoxin in the management of acute heart failure syndromes. *JAMA*. 2009; 302: 2146-2147 [AO,I] 19920240
- Gaziano JM, Gaziano TA. Simplifying the approach to the management of dyslipidemia. *JAMA*. 2009; 302: 2148-2149 [AO,I] 19920241
- Tissot AC, Maurer P, Nussberger J, Sabat R, Pfister T, Ignatenko S, et al. Effect of immunisation against angiotensin II with CYT006-AngQb on ambulatory blood pressure: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase IIa study. *Lancet*. 2008; 371: 821-827 [EC,II] 18328929
- Konstam MA, Neaton JD, Dickstein K, Drexler H, Komajda M, Martinez FA, et al; HEAAL Investigators. Effects of high-dose versus low-dose losartan on clinical outcomes in patients with heart failure (HEAAL study): a randomised, double-blind trial. *Lancet*. 2009; 374: 1840-1848 [EC,I] 19922995
- Rigau D, Alvarez-Sabin J, Gil A, Abilleira S, Borrás FX, Armario P, et al. Guía de práctica clínica sobre prevención primaria y secundaria del ictus. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 754-762 [M,II] 19464713
- Tornero F. Peculiaridades de la monitorización ambulatoria de la presión arterial en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 787-788 [AO,I] 19783259
- Roa L, Monreal M, Carmona JA, Aguilar E, Coll R, Suarez C. Inercia terapéutica en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular. Registro FRENA. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134: 57-63 [T,I] 19913259
- Yebrá-Yebra M, Recio J, Arévalo-Lorido JC, Cornide-Santos L, Cerqueiro-González JM, Manzano L. Seguridad y tolerancia del tratamiento con bloqueadores beta en el paciente anciano con insuficiencia cardíaca. Estudio BETANIC. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134: 141-145 [S,II] 19863974
- Martínez-Sellés M. Bloqueadores beta en insuficiencia cardíaca: ¿si son tan buenos, por qué no se usan? *Med Clin (Barc)*. 2010; 134: 156-157 [AO,II] 19819497
- Elduayen J, Muñoz L, Nogales JM, Gimenez F, Lopez JR, Merchan A. Determinación del índice tobillo-brazo en pacientes con dolor torácico agudo de posible origen coronario. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134: 202-205 [T,I] 19879603
- Morillas P. Utilidad clínica del índice tobillo-brazo en el paciente con enfermedad coronaria. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134: 208-210 [AO,I] 19880149
- Ernst ME, Moser M. Use of diuretics in patients with hypertension. *N Engl J Med*. 2009; 361: 2153-2164 [R,II] 19940300
- Dec GW. Anemia and iron deficiency--new therapeutic targets in heart failure? *N Engl J Med*. 2009; 361: 2475-2477 [AO,I] 19920053
- Cortell A, Sanchis J, Bodi V, Nuñez J, Mainar L, Pellicer M et al. Infarto de miocardio sin elevación del ST con coronarias normales: predictores y pronóstico. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62: 1260-1266 [CC,I] 19889337
- Benito B, Brugada J, Brugada R, Brugada P. Síndrome de Brugada. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62: 1297-1315 [R,I] 19889341
- Rao SV. Hemorragia en pacientes con síndromes coronarios agudos: de un hallazgo molesto a un reto importante. *Rev Esp Cardiol*. 2010; 63: 1-4 [AO,I] 20089218
- Basterra-Gortari FJ, Forga L, Bes-Rastrollo M, Toledo E, Martínez JA, Martínez-González MA. Evolución de los cambios en el peso corporal según hábito tabáquico: análisis longitudinal de la cohorte SUN. *Rev Esp Cardiol*. 2010; 63: 20-27 [S,I] 20089222
- De la Sierra A. Control de la hipertensión arterial en España. ¿Qué les pedimos a los médicos? *Semergen*. 2009; 35: 423-425 [AO,I]

DIABETES

- Greenfield S, Billimek J, Pellegrini F, Franciosi M, De Berardis G, Nicolucci A, et al. Comorbidity affects the relationship between glycemic control and cardiovascular outcomes in diabetes: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 854-860 [S,I] 20008761
- Nathan DM. The role of glycemia management in the prevention of cardiovascular disease--starting over? *Ann Intern Med*. 2009; 151: 888-889 [AO,I] 20008764

- Kooy A. Continuation of metformin after introduction of insulin in type 2 diabetes. *BMJ*. 2009; 339: b4227 [AO,I] 19900992
- Lund SS, Tarnow L, Frandsen M, Nielsen BB, Hansen BV, Pedersen O, et al. Combining insulin with metformin or an insulin secretagogue in non-obese patients with type 2 diabetes: 12 month, randomised, double blind trial. *BMJ*. 2009; 339: b4324 [EC,II] 19900993
- Olabi B, Bhopal R. Diagnosis of diabetes using the oral glucose tolerance test. *BMJ*. 2009; 339: b4354 [AO,I] 19864355
- Kilpatrick ES, Bloomgarden ZT, Zimmet PZ. Is haemoglobin A1c a step forward for diagnosing diabetes? *BMJ*. 2009; 339: b4432 [AO,II] 19903702
- De Berardis G, Sacco M, Strippoli GF, Pellegrini F, Graziano G, Tognoni G, et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2009; 339: b4531 [M,II] 19897665
- Haynes R, Bowman L, Armitage J. Aspirin for primary prevention of vascular disease in people with diabetes. *BMJ*. 2009; 339: b4596 [AO,II] 19897667
- Tzoulaki I, Molokhia M, Curcin V, Little MP, Millett CJ, Ng A, et al. Risk of cardiovascular disease and all cause mortality among patients with type 2 diabetes prescribed oral antidiabetic drugs: retrospective cohort study using UK general practice research database. *BMJ*. 2009; 339: b4731 [S,II] 19959591
- Cheer K, Shearman C, Jude EB. Managing complications of the diabetic foot. *BMJ*. 2009; 339: b4905 [R,I] 19955124
- Talmud PJ, Hingorani AD, Cooper JA, Marmot MG, Brunner EJ, Kumari M, et al. Utility of genetic and non-genetic risk factors in prediction of type 2 diabetes: Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2010; 340: b4838 [S,II] 20075150
- Velayudhan L, Poppe M, Archer N, Proitsi P, Brown RG, Lovestone S. Risk of developing dementia in people with diabetes and mild cognitive impairment. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 36-40 [S,I] 20044657
- Cameron C, Coyle D, Ur E, Klarenbach S. Cost-effectiveness of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus managed without insulin. *CMAJ*. 2010; 182: 28-34 [CE,II] 20026626
- Gomes T, Juurlink DN, Shah BR, Paterson JM, Mamdani MM. Blood glucose test strips: options to reduce usage. *CMAJ*. 2010; 182: 35-38 [T,II] 20026624
- Zoungas S, de Galan BE, Ninomiya T, Grobbee D, Hamet P, Heller S, et al. Combined effects of routine blood pressure lowering and intensive glucose control on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes: New results from the ADVANCE trial. *Diabetes Care*. 2009; 32: 2068-2074 [EC,II] 19651921
- Van der Heijden AA, Ortegon MM, Niessen LW, Nijpels G, Dekker JM. Prediction of coronary heart disease risk in a general, pre-diabetic, and diabetic population during 10 years of follow-up: accuracy of the Framingham, SCORE, and UKPDS risk functions: The Hoorn Study. *Diabetes Care*. 2009; 32: 2094-2098 [S,II] 19875606
- Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, et al. Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2009; 32: 2123-2132 [M,I] 19875607
- Buse JB, Caprio S, Cefalu WT, Ceriello A, Del Prato S, Inzucchi SE, et al. How do we define cure of diabetes? *Diabetes Care*. 2009; 32: 2133-2135 [R,I] 19875608
- Tuomilehto J. Nonpharmacologic therapy and exercise in the prevention of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32: S189-S193 [R,I] 19875550
- Abdul-Ghani MA, DeFronzo RA. Plasma glucose concentration and prediction of future risk of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32: S194-S198 [AO,II] 19875551
- Nauck MA, Vilsbøll T, Gallwitz B, Garber A, Madsbad S. Incretin-based therapies: viewpoints on the way to consensus. *Diabetes Care*. 2009; 32: S223-S231 [R,II] 19875556
- Swinnen SG, Hoekstra JB, DeVries JH. Insulin therapy for type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32: S253-S259 [AO,II] 19875560
- Meneghini LF. Early insulin treatment in type 2 diabetes: what are the pros? *Diabetes Care*. 2009; 32: S266-S269 [AO,I] 19875562
- Chiasson JL. Early insulin use in type 2 diabetes: what are the cons? *Diabetes Care*. 2009; 32: S270-S274 [AO,I] 19875563
- Davidson JA, Parkin CG. Is hyperglycemia a causal factor in cardiovascular disease? Does proving this relationship really matter? Yes. *Diabetes Care*. 2009; 32: S331-S333 [AO,II] 19875575
- Conget I, Giménez M. Glucose control and cardiovascular disease: is it important? No. *Diabetes Care*. 2009; 32: S334-S336 [AO,I] 19875576
- Kassem SA, Raz I. Is there evidence that oral hypoglycemic agents reduce cardiovascular morbidity or mortality? No. *Diabetes Care*. 2009; 32: S337-s341 [AO,I] 19875577
- Bianchi C, Miccoli R, Daniele G, Penno G, Del Prato S. Is there evidence that oral hypoglycemic agents reduce cardiovascular morbidity/mortality? Yes. *Diabetes Care*. 2009; 32: S342-s348 [AO,II] 19875578
- van 't Riet E, Alsema M, Rijkkelijkhuizen JM, Kostense PJ, Nijpels G, Dekker JM. Relationship between A1C and glucose levels in the general Dutch population: the new Hoorn study. *Diabetes Care*. 201; 33: 61-66 [T,II] 19808928

- Carson AP, Reynolds K, Fonseca VA, Muntner P. Comparison of A1C and fasting glucose criteria to diagnose diabetes among U.S. adults. *Diabetes Care*. 2010; 33: 95-97 [T,II] 19808920
- Kramer CK, Araneta MR, Barrett-Connor E. A1C and diabetes diagnosis: The Rancho Bernardo Study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 101-103 [T,II] 19837792
- Peyrot M, Rubin RR, Kruger DF, Travis LB. Correlates of insulin injection omission. *Diabetes Care*. 2010; 33: 240-245 [T,I] 20103556
- Ong G, Davis TM, Davis WA. Aspirin is associated with reduced cardiovascular and all-cause mortality in type 2 diabetes in a primary prevention setting: the Fremantle Diabetes study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 317-321 [S,II] 19918016
- Thorp AA, Healy GN, Owen N, Salmon J, Ball K, Shaw JE, et al. Deleterious associations of sitting time and television viewing time with cardiometabolic risk biomarkers: Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle (AusDiab) study 2004-2005. *Diabetes Care*. 2010; 33: 327-334 [T,I] 19918003
- Lorenzo C, Haffner SM. Performance characteristics of the new definition of diabetes: the insulin resistance atherosclerosis study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 335-337 [T,I] 19880585
- Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2010; 33: 421-427 [M,I] 20103557
- Drucker DJ, Sherman SI, Gorelick FS, Bergenstal RM, Sherwin RS, Buse JB. Incretin-based therapies for the treatment of type 2 diabetes: evaluation of the risks and benefits. *Diabetes Care*. 2010; 33: 428-433 [R,II] 20103558
- Pop-Busui R. Cardiac autonomic neuropathy in diabetes: a clinical perspective. *Diabetes Care*. 2010; 33: 434-441 [R,I] 20103559
- Weinger K, Beverly EA. Barriers to achieving glycemic targets: who omits insulin and why? *Diabetes Care*. 2010; 33: 450-452 [AO,II] 20103561
- Executive summary: Standards of medical care in diabetes-2010. *Diabetes Care*. 2010;33: S4-S10 [R,III] 20 042774
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2010. *Diabetes Care*. 2010; 33: S11-S61 [R,III] 20042772
- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2010; 33: S62-S69 [R,III] 20042775
- Van Bruggen R, Gorter K, Stolk R, Klungel O, Rutten G. Clinical inertia in general practice: widespread and related to the outcome of diabetes care. *Fam Pract*. 2009; 26: 428-436 [S,I] 19729401
- Ludwig DS. Artificially sweetened beverages: cause for concern. *JAMA*. 2009; 302: 2477-2478 [AO,I] 19996404
- Type 2 diabetes epidemic: a global education. *Lancet*. 2009; 374: 1654 [AO,I] 19914499
- Misra A. Prevention of type 2 diabetes: the long and winding road. *Lancet*. 2009; 374: 1655-1656 [AO,I] 19878987
- Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, Christophi CA, Hoffman HJ, Brenneman AT, et al. Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet*. 2009; 374: 1677-1686 [S,I] 19878986
- Boekholdt SM, Kastelein JJ. C-reactive protein and cardiovascular risk: more fuel to the fire. *Lancet*. 2010; 375: 95-96 [AO,I] 20031200
- Eckel RH, Alberti KG, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet*. 2010; 375: 181-183 [R,I] 20109902
- Balkau B, Simon D. Survival in people with type 2 diabetes as a function of HbA(1c). *Lancet*. 2010; 375: 438-440 [AO,I] 20110122
- Gregg EW. Are children the future of type 2 diabetes prevention? *N Engl J Med*. 2010; 362: 548-550 [AO,I] 20147721
- Vidal-Pérez R, Otero-Raviña F, Grigorian-Shamagian L, Parga-García V, Eiris-Cambre MJ, de Frutos-de Marcos C, et al: Barbanza Group. El sexo no condiciona diferencias en el pronóstico de pacientes diabéticos. *Estudio Barbanza-Diabetes*. *Rev Esp Cardiol*. 2010; 63: 170-180 [S,I] 20109414
- CÁNCER.** Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.
- US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 716-726, W-236 [M,II] 19920272
- Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan BK, Humphrey L. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 727-737, W237-W242 [M,II] 19920273
- Redberg RF. Cancer risks and radiation exposure from computed tomographic scans: how can we be sure that the benefits outweigh the risks? *Arch Intern Med*. 2009; 169: 2049-2050 [AO,I] 20008685
- Castiglione G. Screening for colorectal cancer: flexible sigmoidoscopy and faecal occult blood immunochemical testing. Which test is superior? *Gut*. 2010; 59: 9-10 [AO,I] 20007956
- Pandeya N, Webb PM, Sadeghi S, Green AC, Whiteman DC; Australian Cancer Study. Gastro-oesophageal reflux symptoms and the risks of oesophageal cancer: are the effects modified by smoking, NSAIDs or acid suppressants? *Gut*. 2010; 59: 31-38 [CC,I] 19875392
- Hol L, Van Leerdam ME, Van Ballegooijen M, Van Vuuren AJ, van Dekken H, Reijerink JC, et al. Screening for colorectal

- cancer: randomised trial comparing guaiac-based and immunochemical faecal occult blood testing and flexible sigmoidoscopy. *Gut*. 2010; 59: 62-68 [EC,II]
19671542
- Ebbing M, Bønaa KH, Nygård O, Arnesen E, Ueland PM, Nordrehaug JE, et al. Cancer incidence and mortality after treatment with folic acid and vitamin B12. *JAMA*. 2009; 302: 2119-2126 [EC,I]
19920236
- Drake BF, Colditz GA. Assessing cancer prevention studies--a matter of time. *JAMA*. 2009; 302: 2152-2153 [AO,I]
19920243
- Woolf SH. The 2009 breast cancer screening recommendations of the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2010; 303: 162-163 [M,II]
20068210
- Woloshin S, Schwartz LM. The benefits and harms of mammography screening: understanding the trade-offs. *JAMA*. 2010; 303: 164-165 [AO,I]
20068211
- Murphy AM. Mammography screening for breast cancer: a view from 2 worlds. *JAMA*. 2010; 303: 166-167 [AO,I]
20068212
- Berg WA. Benefits of screening mammography. *JAMA*. 2010; 303: 168-169 [AO,I]
20068213
- DeAngelis CD, Fontanarosa PB. US Preventive Services Task Force and breast cancer screening. *JAMA*. 2010; 303: 172-173 [AO,I]
20068215
- Neal DE, Donovan JL, Martin RM, Hamdy FC. Screening for prostate cancer remains controversial. *Lancet*. 2009; 374: 1482-1483 [R,II]
19664817
- Gnant M, Steger GG. Fighting overtreatment in adjuvant breast cancer therapy. *Lancet*. 2009 [Epub ahead of print] [AO,I]
20004965
- Gomez S. Cáncer de esófago, un nuevo reto diagnóstico. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 706-707 [AO,I]
19647274
- Parra-Blanco A, Jimenez A, Gimeno-Garcia AZ, Nicolas-Perez D, Quintero E. Colorectal cancer screening in a Spanish population. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 736-740 [T,I]
19892375
- Kenter GG, Welters MJ, Valentijn AR, Lowik MJ, Berends-van der Meer DM, Vloon AP, et al. Vaccination against HPV-16 oncoproteins for vulvar intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med*. 2009; 361: 1838-1847 [S,I]
19890126
- Finn OJ, Edwards RP. Human papillomavirus vaccine for cancer prevention. *N Engl J Med*. 2009; 361: 1899-1901 [AO,I]
19890134
- Partridge AH, Winer EP. On mammography--more agreement than disagreement. *N Engl J Med*. 2009; 361: 2499-2501 [AO,II]
19940286
- Truog RD. Screening mammography and the "r" word. *N Engl J Med* 2009; 361: 2501-2503 [AO,II]
19940292
- Sawaya GF. Cervical-cancer screening--new guidelines and the balance between benefits and harms. *N Engl J Med*. 2009; 361: 2503-2505 [AO,II]
19940285
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Khazeni N, Hutton DW, Garber AM, Hupert N, Owens DK. Effectiveness and cost-effectiveness of vaccination against pandemic influenza (H1N1) 2009. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 829-839 [T,I]
20008759
- Kansagra SM, Farley TA. The modern crystal ball: influenza forecasting with mathematical models. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 886-887 [AO,I]
20008763
- Hessen MT. In the clinic. Influenza. *Ann Intern Med*. 2009; 151: ICT5-1-ICT5-15; quiz ICT5-16. [AO,I]
19894285
- Katz MH. HIV/AIDS 2010: Better drugs, better technologies, and lingering problems. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 6-8 [AO,I]
20065192
- Llor C, Cots JM, Bjerrum L, Cid M, Guerra G, Arranz X, et al. Prescripción de antibióticos en las infecciones del tracto respiratorio y factores predictores de su utilización. *Aten Primaria*. 2010; 42: 28-35 [T,I]
19713006
- Wood P, Peckham D. Investigating recurrent respiratory infections in primary care. *BMJ*. 2009; 339: b4118 [R,I]
19910402
- Aggarwal R, Goel A. Control of hepatitis B and C worldwide. *BMJ*. 2009; 339: b4431 [AO,I]
19864363
- Williamson I, Benghe S, Barton S, Petrou S, Letley L, Fasey N, et al. Topical intranasal corticosteroids in 4-11 year old children with persistent bilateral otitis media with effusion in primary care: double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ*. 2009; 339: b4984 [EC,I]
20015903
- Little P, Moore MV, Turner S, Rumsby K, Warner G, Lowes JA, et al. Effectiveness of five different approaches in management of urinary tract infection: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010; 340: c199 [EC,I]
20139214
- Turner D, Little P, Raftery J, Turner S, Smith H, Rumsby K, et al; UTIS group. Cost effectiveness of management strategies for urinary tract infections: results from randomised controlled trial. *BMJ*. 2010; 340: c346 [EC,I]
20139218
- Mangin D. Urinary tract infection in primary care. *BMJ*. 2010; 340: c657 [AO,I]
20139220

- Perez-Molina JA, Diaz-Menendez M, Perez-Ayala A, Ferrere F, Monje B, Norman F, et al. Tratamiento de las enfermedades causadas por parásitos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010; 28: 44-59 [R,I]
- Hernández M, Rodríguez JL, Martín JM, Pena-Lopez MJ. Hepatitis aguda por el virus de la hepatitis C en la población adulta. *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 677-680 [T,I]
- Loeb M, Dafoe N, Mahony J, John M, Sarabia A, Glavin V, et al. Surgical mask vs N95 respirator for preventing influenza among health care workers: a randomized trial. *JAMA*. 2009; 302: 1865-1871 [EC,I]
- Kumar A, Zarychanski R, Pinto R, Cook DJ, Marshall J, Lacroix J, et al; Canadian Critical Care Trials Group H1N1 Collaborative. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) infection in Canada. *JAMA*. 2009; 302: 1872-1879 [T,I]
- Domínguez-Cherit G, Lapinsky SE, Macias AE, Pinto R, Espinosa-Perez L, de la Torre A, et al. Critically Ill patients with 2009 influenza A(H1N1) in Mexico. *JAMA*. 2009; 302: 1880-1887 [T,I]
- Louie JK, Acosta M, Winter K, Jean C, Gavali S, Schechter R, et al; California Pandemic (H1N1) Working Group. Factors associated with death or hospitalization due to pandemic 2009 influenza A (H1N1) infection in California. *JAMA*. 2009; 302: 1896-1902 [T,I]
- Srinivasan A, Perl TM. Respiratory protection against influenza. *JAMA*. 2009; 302: 1903-1904 [AO,I]
- White DB, Angus DC. Preparing for the sickest patients with 2009 influenza A (H1N1). *JAMA*. 2009; 302: 1905-1906 [AO,I]
- Gerberding JL. Influenza in 2009: new solutions, same old problems. *JAMA*. 2009; 302: 1907-1908 [AO,I]
- Ford N, Nachega JB, Engel ME, Mills EJ. Directly observed antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Lancet*. 2009 [Epub ahead of print] [M,II]
- Rethinking strategies to control hepatitis B and hepatitis C. *Lancet*. 2010; 375: 172 [AO,I]
- Soriano V, Gonzalez-Lahoz J. El desafío de la nueva gripe A/H1N1. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 708-709 [AO,I]
- Remesar G, Danes I. Tratamiento de la toxoplasmosis durante el embarazo. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 763-765 [R,II]
- De la Calle IJ, de la Calle AJ. Vaginosis bacteriana. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 789-797 [R,I]
- Gutierrez ML, Alonso S, Fernández C. Tratamiento actual de la hepatitis crónica C. Factores que influyen en las tasas de recidiva y su efecto en la respuesta virológica sostenida. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134: 169-172 [R,II]
- Shine KI, Rogers B, Goldfrank LR. Novel H1N1 influenza and respiratory protection for health care workers. *N Engl J Med*. 2009; 361: 1823-1825 [R,I]
- Wenzel RP, Edmond MB. Preparing for 2009 H1N1 Influenza. *N Engl J Med*. 2009; 361: 1991-1993 [AO,I]
- Neuzil KM. Pandemic influenza vaccine policy--considering the early evidence. *Pandemic influenza vaccine policy--considering the early evidence. N Engl J Med*. 2009; 361: e59 [AO,I]
- Cain KP, McCarthy KD, Heilig CM, Monkongdee P, Tasaneeeyapan T, Kanara N, et al. An algorithm for tuberculosis screening and diagnosis in people with HIV. *N Engl J Med*. 2010; 362: 707-716 [CC,I]
- Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. *N Engl J Med*. 2010; 362: 717-725 [R,I]
- S A Abbas. Clinical characteristics of the H1N1 virus. *Thorax*. 2010; 65: 38 [R,I]
- ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA.**
- Izquierdo JL. Valoración de la EPOC: regreso al futuro. *Arch Bronconeumol*. 2010; 46: 53-55 [AO,I]
- Brodie M, McKean MC. Exhaled nitric oxide in the diagnosis of childhood asthma. *BMJ*. 2009; 339: b5418 [AO,I]
- Kaplan AG, Balter MS, Bell AD, Kim H, McIvor RA. Diagnosis of asthma in adults. *CMAJ*. 2009; 181: E210-E220 [R,I]
- Balter MS, Bell AD, Kaplan AG, Kim H, McIvor RA. Management of asthma in adults. *CMAJ*. 2009; 181: 915-922 [R,I]
- Chapman KR, McIvor A. Asthma that is unresponsive to usual care. *CMAJ*. 2010; 182: 45-52 [R,I]
- Hodder R, Loughheed MD, Rowe BH, Fitzgerald JM, Kaplan AG, McIvor RA. Management of acute asthma in adults in the emergency department: nonventilatory management. *CMAJ*. 2010; 182: E55-E67 [R,I]
- Salpeter SR. Do inhaled anticholinergics increase or decrease the risk of major cardiovascular events?: a synthesis of the available evidence. *Drugs*. 2009; 69: 2025-2033 [R,II]
- Schermer T, Leenders J, in 't Veen H, van den Bosch W, Wissink A, Smeele I, et al. Pulse oximetry in family practice: indications and clinical observations in patients with COPD. *Fam Pract*. 2009; 26: 524-531 [T,I]
- Han MK. Medication adherence in COPD: what have we learned? *Thorax*. 2009; 64: 922-923 [AO,I]

- Ruffin RE. Time to rethink asthma management. *Thorax*. 2009; 64: 1013-1014 [AO,I] 19952228
- Van Wetering CR, Hoogendoorn M, Mol SJ, Rutten-van Mólken MP, Schols AM. Short- and long-term efficacy of a community-based COPD management programme in less advanced COPD: a randomised controlled trial. *Thorax*. 2010; 65: 7-13 [EC,I] 19703824
- Svanes C, Sunyer J, Plana E, Dharmage S, Heinrich J, Jarvis D, et al. Early life origins of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2010; 65: 14-20 [S,I] 19729360
- Hurst JR. Upper airway. 3: Sinonasal involvement in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2010; 65: 85-90 [R,I] 20029042
- Persky VW. Acetaminophen and asthma. *Thorax*. 2010; 65: 99-100 [AO,I] 20147589
- SALUD MENTAL.** Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 784-792 [M,II] 19949144
- O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 793-803 [M,II] 19949145
- Jorge RE, Acion L, Moser D, Adams HP Jr, Robinson RG. Escitalopram and enhancement of cognitive recovery following stroke. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67: 187-196 [EC,I] 20124118
- O'Connor C, Fiuzat M. Antidepressant Use, Depression, and Poor Cardiovascular Outcomes: The Chicken or the Egg?: Comment on "Antidepressant Use and Risk of Incident Cardiovascular Morbidity and Mortality Among Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative Study". *Arch Intern Med*. 2009; 169: 2140-2141 [AO,I] 20008699
- Herring MP, O'Connor PJ, Dishman RK. The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 321-331 [M,II] 20177034
- Sala I, Hernández AR, Ros R, Lorenz G, Parellada N. Violencia doméstica: preguntar para detectar. *Aten Primaria*. 2010; 42: 70-77 [EC,I] 19556037
- Melguizo M. Violencia de género. Hacer visible la vergüenza. *Aten Primaria*. 2010; 42: 77-78 [AO,I] 19942320
- Navarro-Mateu F, Garriga-Puerto A, Sánchez-Sánchez JA. Análisis de las alternativas terapéuticas del trastorno de pánico en atención primaria mediante un árbol de decisión. *Aten Primaria*. 2010; 42: 86-94 [T,I] 19632004
- Thapar A, Collishaw S, Potter R, Thapar AK. Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ*. 2010; 340: c209 [R,II] 20097692
- Martinez C, Assimes TL, Mines D, Dell'aniello S, Suissa S. Use of venlafaxine compared with other antidepressants and the risk of sudden cardiac death or near death: a nested case-control study. *BMJ*. 2010; 340: c249 [CC,I] 20139216
- Di Forti M, Morgan C, Dazzan P, Pariante C, Mondelli V, Marques TR, et al. High-potency cannabis and the risk of psychosis. *Br J Psychiatry*. 2009; 195: 488-491 [CC,I] 19949195
- Wichers M, Geschwind N, Jacobs N, Kenis G, Peeters F, Derom C, et al. Transition from stress sensitivity to a depressive state: longitudinal twin study. *Br J Psychiatry*. 2009; 195: 498-503 [S,I]
- Rait G, Walters K, Griffin M, Buszewicz M, Petersen I, Nazareth I. Recent trends in the incidence of recorded depression in primary care. *Br J Psychiatry*. 2009; 195: 520-524 [T,I] 19949202
- Lieb K, Völlm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry*. 2010; 196: 4-12 [M,I] 20044651
- Velayudhan L, Poppe M, Archer N, Proitsi P, Brown RG, Lovestone S. Risk of developing dementia in people with diabetes and mild cognitive impairment. *Br J Psychiatry*. 2010; 196: 36-40 [S,I] 20044657
- Lange RA, Hillis LD. Sudden death in cocaine abusers. *Eur Heart J*. 2010; 31: 271-273 [AO,I] 20071327
- Lucena J, Blanco M, Jurado C, Rico A, Salguero M, Vazquez R, et al. Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain. *Eur Heart J*. 2010; 31: 318-329 [CC,I] 20071326
- Martín-Merino E, Ruigómez A, Wallander MA, Johansson S, García-Rodríguez LA. Prevalence, incidence, morbidity and treatment patterns in a cohort of patients diagnosed with anxiety in UK primary care. *Fam Pract*. 2010; 27: 9-16 [CC,I] 19884124
- Marlow RA, Kegowicz CL, Starkey KN. Prevalence of depression symptoms in outpatients with a complaint of headache. *J Am Board Fam Med*. 2009; 22: 633-637 [T,I] 19897691
- Ending intimate partner violence. *Lancet*. 2009; 374: 1868 [AO,I] 19962557
- Fort I, Formiga F, Robles MJ, Regalado P, Rodríguez D, Barranco E. Alta prevalencia de consumo de neurolépticos en las personas ancianas con demencia. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134: 101-106 [S,I] 19910009
- Querfurth HW, LaFerla FM. Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2010; 362: 329-344 [AO,I] 20107219

SALUD LABORAL.

Arillo A, Zabalegui MJ, Ayarra M, Fuertes C, Loayssa JR, Pascual P. El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria*. 2009; 41: 688-694 [T,I] 19632006

Coole C, Watson PJ, Drummond A. Work problems due to low back pain: what do GPs do? A questionnaire survey. *Fam Pract*. 2010; 27: 31-37 [T,I] 19858125

Loeb M, Dafoe N, Mahony J, John M, Sarabia A, Glavin V, et al. Surgical mask vs N95 respirator for preventing influenza among health care workers: a randomized trial. *JAMA*. 2009; 302: 1865-1871 [EC,I] 19797474

Siegrist J, Wahrendorf M. Quality of work, health, and retirement. *Lancet*. 2009; 374: 1872-1873 [AO,I] 19897237

Shine KI, Rogers B, Goldfrank LR. Novel H1N1 influenza and respiratory protection for health care workers. *N Engl J Med*. 2009; 361: 1823-1825 [R,I] 19797278

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES.

Tsertsvadze A, Fink HA, Yazdi F, MacDonald R, Bella AJ, Ansari MT, et al. Oral phosphodiesterase-5 inhibitors and hormonal treatments for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 650-661 [M,I] 19884626

McDermott MT. In the clinic. Hypothyroidism. *Ann Intern Med*. 2009; 151: ITC61 [R,I] 19949140

Wilson JF. Gout. *Ann Intern Med*. 2010; 152: ITC21 [R,I] 20124228

Klubo-Gwiedzinska J, Wartofsky L. Thyrotropin blood levels, subclinical hypothyroidism, and the elderly patient. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 1949-1951 [AO,I] 19933954

Yancy WS Jr, Westman EC, McDuffie JR, Grambow SC, Jeffreys AS, Bolton J, et al. A randomized trial of a low-carbohydrate diet vs orlistat plus a low-fat diet for weight loss. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 136-145 [EC,I] 20101008

Glombiewski JA, Rief W, Bösner S, Keller H, Martin A, Donner-Banzhoff N. The course of nonspecific chest pain in primary care: symptom persistence and health care usage. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 251-255 [S,I] 20142569

Williams CM, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, McLachlan AJ, Britt H, et al. Low back pain and best practice care: A survey of general practice physicians. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 271-277 [T,I] 20142573

Molero JM, Perez D, Brenes FJ, Naval E, Fernandez-Pro A, Martín JA, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. *Aten Primaria*. 2010; 42: 36-46 [R,II] 19913947

Wake M, Baur LA, Gerner B, Gibbons K, Gold L, Gunn J, et al. Outcomes and costs of primary care surveillance and intervention for overweight or obese children: the LEAP 2 randomised controlled trial. *BMJ*. 2009; 339: b3308 [EC,I] 19729418

Jelinek M, Barraclough K. Chest pain. *BMJ*. 2009; 339: b4117 [R,I] 19887529

Marshall NS, Grunstein RR. Losing weight in moderate to severe obstructive sleep apnoea. *BMJ*. 2009; 339: b4363 [AO,I] 19959587

Sweetland S, Green J, Liu B, Berrington de González A, Canonico M, Reeves G, et al; Million Women Study collaborators. Duration and magnitude of the postoperative risk of venous thromboembolism in middle aged women: prospective cohort study. *BMJ*. 2009; 339: b4583 [S,I] 19959589

Ford AL, Bergh C, Södersten P, Sabin MA, Hollinghurst S, Hunt LP, et al. Treatment of childhood obesity by retraining eating behaviour: randomised controlled trial. *BMJ*. 2009; 340: b5388 [EC,II] 20051465

Grosset DG, Macphee GJ, Nairn M; Guideline Development Group. Diagnosis and pharmacological management of Parkinson's disease: summary of SIGN guidelines. *BMJ*. 2010; 340: b5614 [M,II] 20068048

Logue J, Thompson L, Romanes F, Wilson DC, Thompson J, Sattar N; on behalf of the Guideline Development Group. Management of obesity: summary of SIGN guideline. *BMJ*. 2010; 340: c154 [M,II] 20181637

Fitoterapia en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. *Bol Ter Andal*. 2009; 25: 15-16 [R,I]

Padwal RS, Sharma AM. Treating severe obesity: morbid weights and morbid waits. *CMAJ*. 2009; 181: 777-778 [AO,I]

Singh JA, Christensen R, Wells GA, Suarez-Almazor ME, Buchbinder R, Lopez-Olivo MA, et al. A network meta-analysis of randomized controlled trials of biologics for rheumatoid arthritis: a Cochrane overview. *CMAJ*. 2009; 181: 787-796 [M,I] 19884297

Akbaraly TN, Kivimaki M, Shipley MJ, Tabak AG, Jokela M, Virtanen M, et al. Metabolic syndrome over 10 years and cognitive functioning in late midlife: the Whitehall II study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 84-89 [S,II] 19837794

Phan H, Moeller ML, Nahata MC. Treatment of allergic rhinitis in infants and children: efficacy and safety of second-generation antihistamines and the leukotriene receptor antagonist montelukast. *Drugs*. 2009; 69: 2541-2576 [R,I] 19943707

Doehner W, Clark A, Anker SD. The obesity paradox: weighing the benefit. *Eur Heart J*. 2010; 31: 146-148 [AO,I] 19734553

Zelaya AS, Stotts A, Nader S, Moreno CA. Antithyroid peroxidase antibodies in patients with high normal range thyroid stimulating hormone. *Fam Med*. 2010; 42: 111-115 [T,I] 20135568

- Coole C, Watson PJ, Drummond A. Work problems due to low back pain: what do GPs do? A questionnaire survey. *Fam Pract.* 2010; 27: 31-37 [T,I]
19858125
- Comas M, Sala M, Roman R, Hoffmeister L, Castells X. Variaciones en la estimación de la prevalencia de artrosis de rodilla según los criterios diagnósticos utilizados en los estudios poblacionales. *Gac Sanit.* 2010; 24: 28-32 [M,I]
19748161
- Portincasa P, Mearin F, Robert M, Plazas MJ, Mas M, Heras J. Eficacia y tolerabilidad de cinitaprida en el tratamiento de los pacientes con dispepsia funcional y vaciamiento gástrico entencido. *Gastroenterol Hepatol.* 2009; 32: 669-676 [EC,I]
- Pascual E, Sivera F. Hiperuricemia y gota. *Inf Terap Sist NacSalud.* 2009; 33: 110-115 [R,I]
- Marlow RA, Kegowicz CL, Starkey KN. Prevalence of depression symptoms in outpatients with a complaint of headache. *J Am Board Fam Med.* 2009; 22: 633-637 [T,I]
19897691
- Cohen AS, Burns B, Goadsby PJ. High-flow oxygen for treatment of cluster headache: a randomized trial. *JAMA.* 2009; 302: 2451-2457 [EC,I]
19996400
- Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA.* 2010; 303: 235-241 [T,I]
20071471
- Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. *JAMA.* 2010; 303: 242-249 [T,I]
20071470
- Katz R, Shah P. The patient who falls: challenges for families, clinicians, and communities. *JAMA.* 2010; 303: 273-274 [R,I]
20085958
- Gaziano JM. Fifth phase of the epidemiologic transition: the age of obesity and inactivity. *JAMA.* 2010; 303: 275-276 [AO,I]
20071469
- Eckel RH, Alberti KG, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet.* 2010; 375: 181-183 [R,I]
20109902
- Roig D, Gomez C, Hoces C, Nolla JM. Riesgo de fractura calculado con el índice FRAX en pacientes con osteoporosis tratados y no tratados. *Med Clin (Barc).* 2010; 134: 189-193 [T,I]
19931877
- Vazaquez M. Osteoporosis: la crisis de un paradigma. *Med Clin (Barc).* 2010; 134: 206-207 [AO,I]
19939415
- Querfurth HW, LaFerla FM. Alzheimer's disease. *N Engl J Med.* 2010; 362: 329-344 [AO,I]
20107219
- MEDIOS DIAGNÓSTICOS.**
- Schuetz GM, Zacharopoulou NM, Schlattmann P, Dewey M. Meta-analysis: Noninvasive Coronary Angiography Using Computed Tomography Versus Magnetic Resonance Imaging. *Ann Intern Med.* 2010; 152: 167-177 [M,II]
20124233
- Garg S, Ahnen DJ. Is computed tomographic colonography being held to a higher standard? *Ann Intern Med.* 2010; 152: 178-181 [AO,I]
20124234
- Vollmer I, Gayete A. Ecografía torácica. *Arch Bronconeumol.* 2010; 46: 27-34 [R,I]
19410350
- Redberg RF. Cancer risks and radiation exposure from computed tomographic scans: how can we be sure that the benefits outweigh the risks? *Arch Intern Med.* 2009; 169: 2049-2050 [AO,I]
20008685
- Wood P, Peckham D. Investigating recurrent respiratory infections in primary care. *BMJ.* 2009; 339: b4118 [R,I]
19910402
- Olabi B, Bhopal R. Diagnosis of diabetes using the oral glucose tolerance test. *BMJ.* 2009; 339: b4354 [AO,I]
19864355
- Kilpatrick ES, Bloomgarden ZT, Zimmet PZ. Is haemoglobin A1c a step forward for diagnosing diabetes? *BMJ.* 2009; 339: b4432 [AO,II]
19903702
- Brodie M, McKean MC. Exhaled nitric oxide in the diagnosis of childhood asthma. *BMJ.* 2009; 339: b5418 [AO,I]
20040483
- Perlstein TS, Creager MA. The ankle-brachial index as a biomarker of cardiovascular risk: it's not just about the legs. *Circulation.* 2009; 120: 2033-2035 [AO,I]
19901185
- Danesh J, Pepys MB. C-reactive protein and coronary disease: is there a causal link? *Circulation.* 2009; 120: 2036-2039 [AO,I]
19901186
- Pennell DJ. Cardiovascular magnetic resonance. *Circulation.* 2010; 121: 692-705 [R,I]
20142462
- You JJ, Alter DA, Stukel TA, McDonald SD, Laupacis A, Liu Y, et al. Proliferation of prenatal ultrasonography. *CMAJ.* 2010; 182: 143-151 [T,I]
20048009
- Romme JJ, van Dijk N, Boer KR, Bossuyt PM, Wieling W, Reitsma JB. Diagnosing vasovagal syncope based on quantitative history-taking: validation of the Calgary Syncope Symptom Score. *Eur Heart J.* 2009; 30: 2888-2896 [T,I]
19687157
- Schermer T, Leenders J, in 't Veen H, van den Bosch W, Wissink A, Smeele I, et al. Pulse oximetry in family practice: indications and clinical observations in patients with COPD. *Fam Pract.* 2009; 26: 524-531 [T,I]
19815674
- Elduayen J, Muñoz L, Nogales JM, Gimenez F, Lopez JR, Merchan A. Determinación del índice tobillo-brazo en pacientes con dolor torácico agudo de posible origen coronario. *Med Clin (Barc).* 2010; 134: 202-205 [T,I]
19879603

- Morillas P. Utilidad clínica del índice tobillo-brazo en el paciente con enfermedad coronaria. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134: 208-210 [AO,I]
19880149
- Vilanova JC. Nuevos avances en el diagnóstico por imagen de la enfermedad del raquis. *Reumatol Clin*. 2010; 6: 49-52 [R,I]
- Cortell A, Sanchis J, Bodi V, Nuñez J, Mainar L, Pellicer M et al. Infarto de miocardio sin elevación del ST con coronarias normales: predictores y pronóstico. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62: 1260-1266 [CC,I]
19889337
- Mehran R, Caixeta A. N-acetilcisteína en la prevención de la nefropatía inducida por contraste. Administrar o no administrar: ésta es la cuestión. *Rev Esp Cardiol*. 2010; 63: 9-11 [AO,I]
20089220
- Carbonell N, Sanjuán R, Blasco M, Jordá A, Miguel A. N-acetilcisteína: beneficio clínico a corto plazo tras coronariografía en pacientes renales de alto riesgo. *Rev Esp Cardiol*. 2010; 63: 12-19 [EC,I]
20089221
- INFANCIA Y ADOLESCENCIA.**
- Acevedo C, Latorre F, Cifuentes L, Diaz-Martinez LA, Garza O. Influencia de la lactancia materna y la alimentación en el desarrollo de alergias en los niños. *Aten Primaria*. 2009; 41: 675-680 [CC,I]
19524326
- Wake M, Baur LA, Gerner B, Gibbons K, Gold L, Gunn J, et al. Outcomes and costs of primary care surveillance and intervention for overweight or obese children: the LEAP 2 randomised controlled trial. *BMJ*. 2009; 339: b3308 [EC,I]
19729418
- Nabulsi M. Is combining or alternating antipyretic therapy more beneficial than monotherapy for febrile children? *BMJ*. 2009; 339: b3540 [R,I]
19797346
- Williamson I, Bengé S, Barton S, Petrou S, Letley L, Fasey N, et al. Topical intranasal corticosteroids in 4-11 year old children with persistent bilateral otitis media with effusion in primary care: double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ*. 2009; 339: b4984 [EC,I]
20015903
- Oddy WH, O'Sullivan TA. Energy drinks for children and adolescents. *BMJ*. 2010; 339: b5268 [AO,I]
20008969
- Brodlie M, McKean MC. Exhaled nitric oxide in the diagnosis of childhood asthma. *BMJ*. 2009; 339: b5418 [AO,I]
20040483
- Thapar A, Collishaw S, Potter R, Thapar AK. Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ*. 2010; 340: c209 [R,II]
20097692
- Ford AL, Bergh C, Södersten P, Sabin MA, Hollinghurst S, Hunt LP, et al. Treatment of childhood obesity by retraining eating behaviour: randomised controlled trial. *BMJ*. 2009; 340: b5388 [EC,II]
20051465
- Phan H, Moeller ML, Nahata MC. Treatment of allergic rhinitis in infants and children: efficacy and safety of second-generation antihistamines and the leukotriene receptor antagonist montelukast. *Drugs*. 2009; 69: 2541-2576 [R,I]
19943707
- Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. *JAMA*. 2010; 303: 242-249 [T,I]
20071470
- Gregg EW. Are children the future of type 2 diabetes prevention? *N Engl J Med*. 2010; 362: 548-550 [AO,I]
20147721
- MUJER Y SALUD.** Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina.
- Toh S, Hernández-Díaz S, Logan R, Rossouw JE, Hernán MA. Coronary heart disease in postmenopausal recipients of estrogen plus progestin therapy: does the increased risk ever disappear? A randomized trial. *Ann Intern Med*. 2010; 152: 211-217 [EC,II]
20157135
- Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ*. 2009; 339: b4254 [M,II]
19910400
- You JJ, Alter DA, Stukel TA, McDonald SD, Laupacis A, Liu Y, et al. Proliferation of prenatal ultrasonography. *CMAJ*. 2010; 182: 143-151 [T,I]
20048009
- Vallano A, Arnau JM. Antimicrobianos y embarazo. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27: 536-542 [R,I]
19850375
- Guarín-Nieto E, Krugman SD. Gender disparity in women's health training at a family medicine residency program. *Fam Med*. 2010; 42: 100-104 [S,I]
20135566
- Smith GC. First-trimester determination of complications of late pregnancy. *JAMA*. 2010; 303: 561-562 [AO,I]
20145237
- Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet*. 2010; 375: 555-562 [EC,I]
20116841
- Remesar G, Danes I. Tratamiento de la toxoplasmosis durante el embarazo. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 763-765 [R,II]
19819476
- De la Calle IJ, de la Calle AJ. Vaginosis bacteriana. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 789-797 [R,I]
- Vilca LM, Campins M, Cabero L, Rodrigo JA, Martínez X, Hermosilla E, et al. Vacunación antigripal en gestantes. Cobertura vacunal y conocimientos y prácticas de los obstetras. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134: 146-151 [T,I]
19942237
- Gregg EW. Are children the future of type 2 diabetes prevention? *N Engl J Med*. 2010; 362: 548-550 [AO,I]
20147721

Juanol X, Rios V, de la Fuente D. Fármacos durante el embarazo y métodos contraceptivos en enfermedades reumáticas. Nuevas aportaciones. *Reumatol Clin.* 2010; 6: 43-48 [R,I]

ANCIANOS.

Klubo-Gwiedzinska J, Wartofsky L. Thyrotropin blood levels, subclinical hypothyroidism, and the elderly patient. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1949-1951 [AO,I]
19933954

Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1952-1960 [M,II]
19933955

Rochon PA, Anderson GM. Prescribing optimal drug therapy for older people: sending the right message: comment on "impact of FDA black box advisory on antipsychotic medication use". *Arch Intern Med.* 2010; 170: 103-106 [AO,II]
20065206

Kemmler W, von Stengel S, Engelke K, Häberle L, Kalender WA. Exercise effects on bone mineral density, falls, coronary risk factors, and health care costs in older women: the randomized controlled senior fitness and prevention (SEFIP) study. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 179-185 [EC,I]
20101013

Harwood RH, Conroy SP. Slow walking speed in elderly people. *BMJ.* 2009; 339: b4236 [AO,I]
19903978

Dumurgier J, Elbaz A, Ducimetière P, Tavernier B, Alperovitch A, Tzourio C. Slow walking speed and cardiovascular death in well functioning older adults: prospective cohort study. *BMJ.* 2009; 339: b4460 [S,I]
19903980

Collerton J, Davies K, Jagger C, Kingston A, Bond J, Eccles MP, et al. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ.* 2009; 339: b4904 [T,I]
20028777

Utilización de antipsicóticos en pacientes ancianos con demencia. *Bol Ter Andal.* 2009; 25: 13-14 [R,I]

Leveille SG, Jones RN, Kiely DK, Hausdorff JM, Shmerling RH, Guralnik JM, et al. Chronic musculoskeletal pain and the occurrence of falls in an older population. *JAMA.* 2009; 302: 2214-2221 [S,II]
19934422

Katz R, Shah P. The patient who falls: challenges for families, clinicians, and communities. *JAMA.* 2010; 303: 273-274 [R,I]
20085958

Ehlenbach WJ, Hough CL, Crane PK, Haneuse SJ, Carson SS, Curtis JR, et al. Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *JAMA.* 2010; 303: 763-770 [T,I]
20179286

Serrano A, Fernández F, Martínez I, Nicolas J, Anoz L, Delgado O. Errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes ancianos polimedificados. Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico. *Med Clin (Barc).* 2009; 133: 741-744 [EC,II]
19520393

Tornero F. Peculiaridades de la monitorización ambulatoria de la presión arterial en el paciente anciano. *Med Clin (Barc).* 2009; 133: 787-788 [AO,I]
19783259

Fort I, Formiga F, Robles MJ, Regalado P, Rodriguez D, Barranco E. Alta prevalencia de consumo de neurolépticos en las personas ancianas con demencia. *Med Clin (Barc).* 2010; 134: 101-106 [S,I]
19910009

Yebra-Yebra M, Recio J, Arévalo-Lorido JC, Cornide-Santos L, Cerqueiro-González JM, Manzano L. Seguridad y tolerancia del tratamiento con bloqueadores beta en el paciente anciano con insuficiencia cardíaca. Estudio BETANIC. *Med Clin (Barc).* 2010; 134: 141-145 [S,II]
19863974

URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

Casabella B, Lacasta D, Clusa T, Perello A, Garcia MD, Albiach A, et al. Test Raval Sud para medir habilidades de soporte vital básico y desfibrilación en médicos y enfermeras de atención primaria. *Aten Primaria.* 2010; 42: 7-13 [T,I]
19660840

Hodder R, Lougheed MD, Rowe BH, Fitzgerald JM, Kaplan AG, McIvor RA. Management of acute asthma in adults in the emergency department: nonventilatory management. *CMAJ.* 2010; 182: E55-E67 [R,I]
19858243

Peiro S, Libroero J, Ridao M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2010; 24: 6-12 [T,I]
19880219

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

Sharma M, Ansari MT, Abou-Setta AM, Soares-Weiser K, Ooi TC, Sears M, et al. Systematic review: comparative effectiveness and harms of combination therapy and monotherapy for dyslipidemia. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 622-630 [M,II]
19884623

Tsertsvadze A, Fink HA, Yazdi F, MacDonald R, Bella AJ, Ansari MT, et al. Oral phosphodiesterase-5 inhibitors and hormonal treatments for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 650-661 [M,I]
19884626

Boers M. Cost-effectiveness of biologics as first-line treatment of rheumatoid arthritis: case closed? *Ann Intern Med.* 2009; 151: 668-669 [AO,I]
19884628

Baker WL, Coleman CI, Kluger J, Reinhart KM, Talati R, Quercia R, et al. Systematic review: comparative effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin II-receptor blockers for ischemic heart disease. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 861-871 [M,II]
20008762

Dunn KM, Saunders KW, Rutter CM, Banta-Green CJ, Merrill JO, Sullivan MD, et al. Opioid prescriptions for chronic pain and overdose: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2010; 152: 85-92 [S,I]
20083827

- McLellan AT, Turner BJ. Chronic noncancer pain management and opioid overdose: time to change prescribing practices. *Ann Intern Med.* 2010; 152: 123-124 [AO,I]
20083830
- Schnoll RA, Patterson F, Wileyto EP, Heitjan DF, Shields AE, Asch DA, et al. Effectiveness of extended-duration transdermal nicotine therapy: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2010; 152: 144-151 [EC,I]
20124230
- Jorge RE, Acion L, Moser D, Adams HP Jr, Robinson RG. Escitalopram and enhancement of cognitive recovery following stroke. *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67: 187-196 [EC,I]
20124118
- Piper ME, Smith SS, Schlam TR, Fiore MC, Jorenby DE, Fraser D, et al. A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies. *Arch Gen Psychiatry.* 2009; 66: 1253-1262 [EC,II]
19884613
- Moser M, Feig PU. Fifty years of thiazide diuretic therapy for hypertension. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1851-1856 [R,II]
19901136
- Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1952-1960 [M,II]
19933955
- O'Connor C, Fiuzat M. Antidepressant Use, Depression, and Poor Cardiovascular Outcomes: The Chicken or the Egg?: Comment on "Antidepressant Use and Risk of Incident Cardiovascular Morbidity and Mortality Among Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative Study". *Arch Intern Med.* 2009; 169: 2140-2141 [AO,I]
20008699
- Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 2148-2155 [EC,I]
20008701
- Wolf MS, Davis TC, Bass PF, Curtis LM, Lindquist LA, Webb JA, et al. Improving prescription drug warnings to promote patient comprehension. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 50-56 [EC,I]
20065199
- Rochon PA, Anderson GM. Prescribing optimal drug therapy for older people: sending the right message: comment on "impact of FDA black box advisory on antipsychotic medication use". *Arch Intern Med.* 2010; 170: 103-106 [AO,II]
20065206
- Vilaseca J, Espinas J, Fluxa C, Diogene E, Rodriguez D, Asensio C. Necesidad de seleccionar medicamentos: la responsabilidad de elegir. *Aten Primaria.* 2009; 41: 657-658 [AO,I]
19828213
- Llor C, Cots JM, Bjerrum L, Cid M, Guerra G, Arranz X, et al. Prescripción de antibióticos en las infecciones del tracto respiratorio y factores predictores de su utilización. *Aten Primaria.* 2010; 42: 28-35 [T,I]
19713006
- Maiques A, Brotons C. Opciones terapéuticas farmacológicas de la dislipemia. *Aten Primaria.* 2010; 42: 115-120 [R,II]
19497642
- Nabulsi M. Is combining or alternating antipyretic therapy more beneficial than monotherapy for febrile children? *BMJ.* 2009; 339: b3540 [R,I]
19797346
- Wardlaw JM, Sandercock PA, Murray V. Should more patients with acute ischaemic stroke receive thrombolytic treatment? *BMJ.* 2009; 339: b4584 [R,II]
19906748
- Goldacre B. Is the conflict of interest unacceptable when drug companies conduct trials on their own drugs? *Yes.* *BMJ.* 2009; 339: b4949 [AO,II]
19946143
- Lawton V. Is the conflict of interest unacceptable when drug companies conduct trials on their own drugs? *No.* *BMJ.* 2009; 339: b4953 [AO,II]
19946144
- Williamson I, Benghe S, Barton S, Petrou S, Letley L, Fasey N, et al. Topical intranasal corticosteroids in 4-11 year old children with persistent bilateral otitis media with effusion in primary care: double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ.* 2009; 339: b4984 [EC,I]
20015903
- Maxwell CJ, Hogan DB. Antihypertensive agents and prevention of dementia. *BMJ.* 2010; 340: b5409 [AO,I]
20068256
- Boger-Megiddo I, Heckbert SR, Weiss NS, McKnight B, Furberg CD, Wiggins KL, et al. Myocardial infarction and stroke associated with diuretic based two drug antihypertensive regimens: population based case-control study. *BMJ.* 2010; 340: c103 [CC,II]
20100777
- Gladman DD. Etanercept for psoriatic arthritis. *BMJ.* 2010; 340: c229 [AO,I]
20124564
- Martinez C, Assimes TL, Mines D, Dell'aniello S, Suissa S. Use of venlafaxine compared with other antidepressants and the risk of sudden cardiac death or near death: a nested case-control study. *BMJ.* 2010; 340: c249 [CC,II]
20139216
- Taylor D. Venlafaxine and cardiovascular toxicity. *BMJ.* 2010; 340: c411 [AO,I]
20139219
- Kelly CM, Juurlink DN, Gomes T, Duong-Hua M, Pritchard KI, Austin PC, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study. *BMJ.* 2010; 340: c693 [S,I]
20142325
- Andersohn F, Willich SN. Interaction of serotonin reuptake inhibitors with tamoxifen. *BMJ.* 2010; 340: c783 [R,I]
20142323
- Utilización de antipsicóticos en pacientes ancianos con demencia. *Bol Ter Andal.* 2009; 25: 13-14 [R,I]
- Fitoterapia en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. *Bol Ter Andal.* 2009; 25: 15-16 [R,I]
- Lieb K, Völm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry.* 2010; 196: 4-12 [M,II]
20044651

- Juurlink DN. Proton pump inhibitors and clopidogrel: putting the interaction in perspective. *Circulation*. 2009; 120: 2310-2312 [AO,I]
19933929
- Rassen JA, Choudhry NK, Avorn J, Schneeweiss S. Cardiovascular outcomes and mortality in patients using clopidogrel with proton pump inhibitors after percutaneous coronary intervention or acute coronary syndrome. *Circulation*. 2009; 120: 2322-2329 [S,I]
19933932
- Kiefer TL, Becker RC. Inhibitors of platelet adhesion. *Circulation*. 2009; 120: 2488-2495 [AO,I]
20008739
- Van de Werf F. Balancing benefit and bleeding risk of antithrombotic agents in the individual patient with an acute coronary syndrome. *Circulation*. 2010; 121: 5-7 [AO,I]
20026787
- Everett BM, Glynn RJ, MacFadyen JG, Ridker PM. Rosuvastatin in the prevention of stroke among men and women with elevated levels of C-reactive protein: justification for the Use of Statins in Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin (JUPITER). *Circulation*. 2010; 121: 143-150 [EC,II]
20026779
- Ockene I, Salmoirago-Blotcher E. Varenicline for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Circulation*. 2010; 121: 188-190 [AO,I]
20048200
- Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. *Circulation*. 2010; 121: 221-229 [EC,I]
20048210
- Gurbel PA, Tantry US. Combination antithrombotic therapies. *Circulation*. 2010; 121: 569-583 [AO,I]
20124137
- Singh JA, Christensen R, Wells GA, Suarez-Almazor ME, Buchbinder R, Lopez-Olivo MA, et al. A network meta-analysis of randomized controlled trials of biologics for rheumatoid arthritis: a Cochrane overview. *CMAJ*. 2009; 181: 787-796 [M,I]
19884297
- Fischer B, Rehm J. Deaths related to the use of prescription opioids. *CMAJ*. 2009; 181: 881-882 [AO,I]
19969577
- Dhalla IA, Mamdani MM, Sivilotti ML, Kopp A, Qureshi O, Juurlink DN. Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone. *CMAJ*. 2009; 181: 891-896 [QE,I]
19969578
- Nauck MA, Vilsbøll T, Gallwitz B, Garber A, Madsbad S. Incretin-based therapies: viewpoints on the way to consensus. *Diabetes Care*. 2009; 32: S223-S231 [R,II]
19875556
- Swinnen SG, Hoekstra JB, DeVries JH. Insulin therapy for type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32: S253-S259 [AO,II]
19875560
- Drucker DJ, Sherman SI, Gorelick FS, Bergenstal RM, Sherwin RS, Buse JB. Incretin-based therapies for the treatment of type 2 diabetes: evaluation of the risks and benefits. *Diabetes Care*. 2010; 33: 428-433 [R,II]
20103558
- Salpeter SR. Do inhaled anticholinergics increase or decrease the risk of major cardiovascular events?: a synthesis of the available evidence. *Drugs*. 2009; 69: 2025-2033 [R,II]
19791824
- Nurmohamed MT. Newer biological agents in the treatment of rheumatoid arthritis: do the benefits outweigh the risks? *Drugs*. 2009; 69: 2035-2043 [AO,II]
19791825
- Black HR, Bailey J, Zappe D, Samuel R. Valsartan: more than a decade of experience. *Drugs*. 2009; 69: 2393-2414 [R,I]
19911855
- Szady AD, Hill JA. Diuretics in heart failure: a critical appraisal of efficacy and tolerability. *Drugs*. 2009; 69: 2451-2461 [AO,II]
19911857
- Plosker GL. Eprosartan: a review of its use in hypertension. *Drugs*. 2009; 69: 2477-2499 [R,I]
19911859
- Phan H, Moeller ML, Nahata MC. Treatment of allergic rhinitis in infants and children: efficacy and safety of second-generation antihistamines and the leukotriene receptor antagonist montelukast. *Drugs*. 2009; 69: 2541-2576 [R,I]
19943707
- Vallano A, Arnau JM. Antimicrobianos y embarazo. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27: 536-542 [R,I]
19850375
- Camm AJ. The RE-LY study: Randomized evaluation of long-term anticoagulant therapy: dabigatran vs. warfarin. *Eur Heart J*. 2009; 30: 2554-2555 [AO,I]
19770196
- Steffel J, Tanner FC. Direct thrombin inhibitors in atrial fibrillation reloaded. *Eur Heart J*. 2009; 30: 2832-2834 [AO,I]
19690350
- Lip GY, Rasmussen LH, Olsson SB, Jensen EC, Persson AL, Eriksson U, et al; Steering Committee. Oral direct thrombin inhibitor AZD0837 for the prevention of stroke and systemic embolism in patients with non-valvular atrial fibrillation: a randomized dose-guiding, safety, and tolerability study of four doses of AZD0837 vs. vitamin K antagonists. *Eur Heart J*. 2009; 30: 2897-2907 [EC,II]
19690349
- Portincasa P, Mearin F, Robert M, Plazas MJ, Mas M, Heras J. Eficacia y tolerabilidad de cinitaprida en el tratamiento de los pacientes con dispepsia funcional y vaciamiento gástrico enlentecido. *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32: 669-676 [EC,I]
- Bernardi M. Optimum use of diuretics in managing ascites in patients with cirrhosis. *Gut*. 2010; 59: 10-11 [AO,I]
20007957
- Kuipers EJ. Barrett's oesophagus, proton pump inhibitors and gastrin: the fog is clearing. *Gut*. 2010; 59: 148-149 [AO,I]
20176635
- Chae SY, Chae MH, Isaacson N, James TS. The patient medication list: can we get patients more involved in their medical care? *J Am Board Fam Med*. 2009; 22: 677-685 [QE,I]
19897697

- Are angiotensin-converting enzyme inhibitors and Angiotensin receptor blockers especially useful for cardiovascular protection? *J Am Board Fam Med.* 2009; 22: 686-697 [R,I]
19897698
- Ebbing M, Bønaa KH, Nygård O, Arnesen E, Ueland PM, Nordrehaug JE, et al. Cancer incidence and mortality after treatment with folic acid and vitamin B12. *JAMA.* 2009; 302: 2119-2126 [EC,I]
19920236
- Gheorghide M, Braunwald E. Reconsidering the role for digoxin in the management of acute heart failure syndromes. *JAMA.* 2009; 302: 2146-2147 [AO,I]
19920240
- Cohen AS, Burns B, Goadsby PJ. High-flow oxygen for treatment of cluster headache: a randomized trial. *JAMA.* 2009; 302: 2451-2457 [EC,I]
19996400
- How to reduce prescribing errors. *Lancet.* 2009; 374: 1945 [AO,I]
20006117
- Ford N, Nachega JB, Engel ME, Mills EJ. Directly observed antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Lancet.* 2009 [Epub ahead of print] [M,II]
19954833
- Gnant M, Steger GG. Fighting overtreatment in adjuvant breast cancer therapy. *Lancet.* 2009 [Epub ahead of print] [AO,I]
20004965
- Prescribing medicines: size matters. *Lancet.* 2010; 375: 248-251 [AO,I]
20109897
- Centeno C, Olier C. Hiperalgesia en sujetos tratados con opioides. *Med Clin (Barc).* 2009; 133: 725-726 [AO,I]
19282001
- Serrano A, Fernandez F, Martinez I, Nicolas J, Anoz L, Delgado O. Errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes ancianos polimedicados. Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico. *Med Clin (Barc).* 2009; 133: 741-744 [EC,II]
19520393
- Fort I, Formiga F, Robles MJ, Regalado P, Rodriguez D, Barranco E. Alta prevalencia de consumo de neurolépticos en las personas ancianas con demencia. *Med Clin (Barc).* 2010; 134: 101-106 [S,I]
19910009
- Yebra-Yebra M, Recio J, Arévalo-Lorido JC, Cornide-Santos L, Cerqueiro-González JM, Manzano L. Seguridad y tolerancia del tratamiento con bloqueadores beta en el paciente anciano con insuficiencia cardíaca. Estudio BETANIC. *Med Clin (Barc).* 2010; 134: 141-145 [S,II]
19863974
- Martínez-Sellés M. Bloqueadores beta en insuficiencia cardíaca: ¿si son tan buenos, por qué no se usan? *Med Clin (Barc).* 2010; 134: 156-157 [AO,II]
19819497
- Ernst ME, Moser M. Use of diuretics in patients with hypertension. *N Engl J Med.* 2009; 361: 2153-2164 [R,II]
19940300
- Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. *N Engl J Med.* 2010; 362: 717-725 [R,I]
20181973
- Juanol X, Rios V, de la Fuente D. Fármacos durante el embarazo y métodos contraceptivos en enfermedades reumáticas. Nuevas aportaciones. *Reumatol Clin.* 2010; 6: 43-48 [R,I]
- Han MK. Medication adherence in COPD: what have we learned? *Thorax.* 2009; 64: 922-923 [AO,I]
19864538
- Weatherall M, Wijesinghe M, Perrin K, Harwood M, Beasley R. Meta-analysis of the risk of mortality with salmeterol and the effect of concomitant inhaled corticosteroid therapy. *Thorax.* 2010; 65: 39-43 [M,II]
20029037
- Persky VW. Acetaminophen and asthma. *Thorax.* 2010; 65: 99-100 [AO,I]
20147589
- ENTREVISTA CLINICA.**
- Paterniti DA, Fancher TL, Cipri CS, Timmermans S, Heritage J, Kravitz RL. Getting to "no": strategies primary care physicians use to deny patient requests. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 381-388 [T,II]
20177043
- Van der Zwet J, Koelewijn-van Loon MS, Van den Akker M. Lonely patients in general practice: a call for revealing GPs' emotions? A qualitative study. *Fam Pract.* 2009; 26: 501-509 [C,I]
19770218
- ATENCION FAMILIAR.**
- Sala I, Hernandez AR, Ros R, Lorenz G, Parellada N. Violencia doméstica: preguntar para detectar. *Aten Primaria.* 2010; 42: 70-77 [EC,I]
19556037
- Melguizo M. Violencia de género. Hacer visible la vergüenza. *Aten Primaria.* 2010; 42: 77-78 [AO,I]
19942320
- DOCENCIA.** Incluye: pregrado, postgrado, formación médica continuada, metodología docente.
- Nagler A, Andolsek K, Padmore JS. The unintended consequences of portfolios in graduate medical education. *Acad Med.* 2009; 84: 1522-1526 [AO,I]
19858808
- Casado V. "Currículum oculto". *Aten Primaria.* 2010; 42: 1-4 [AO,I]
19963304
- Bonal P. Medicina de familia y Espacio Europeo de Educación Superior. *Aten Primaria.* 2010; 42: 5-6 [AO,II]
19818535
- Ezquerria M, Tamayo C, Calvet S, Avellana E, Vila-Coll MA, Morera C. Self-audit y la acreditación de tutores. *Aten Primaria.* 2010; 42: 102-108 [T,I]
19660839

- Marian K, McKenna M. Evidence-based CME: comments from the American Academy of Family Physicians. *Fam Med.* 2009; 41: 741-742 [AO,I]
19882399
- Steyer TE. What should our students learn: the family medicine clerkship curricular guidelines. *Fam Med.* 2010; 42: 12-13 [AO,I]
20063213
- Morrow JB, Dobbie A. Using the Electronic Health Record to enhance student learning. *Fam Med.* 2010; 42: 14-15 [AO,I]
20063214
- Guarín-Nieto E, Krugman SD. Gender disparity in women's health training at a family medicine residency program. *Fam Med.* 2010; 42: 100-104 [S,I]
20135566
- INVESTIGACION.** Incluye: investigación cualitativa, estadística.
- Jones E, Liddell K. Should healthy volunteers in clinical trials be paid according to risk? Yes. *BMJ.* 2009; 339: b4142 [AO,I]
19850609
- Saunders J. Should healthy volunteers in clinical trials be paid according to risk? No. *BMJ.* 2009; 339: b4145 [AO,I]
19850610
- Del Mar C. Is primary care research a lost cause? *BMJ.* 2009; 339: b4810 [AO,II]
19923147
- Loder E, Groves T, Macauley D. Registration of observational studies. *BMJ.* 2010; 340: c950 [R,I]
20167643
- Terry AL, Chevendra V, Thind A, Stewart M, Marshall JN, Cejic S. Using your electronic medical record for research: a primer for avoiding pitfalls. *Fam Pract.* 2010; 27: 121-126 [AO,I]
19828572
- Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet.* 2010; 375: 686-695 [R,I]
20171404
- MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.**
- Marian K, McKenna M. Evidence-based CME: comments from the American Academy of Family Physicians. *Fam Med.* 2009; 41: 741-742 [AO,I]
19882399
- PREVENCIÓN.**
- Ness RB, Andrews EB, Gaudino JA Jr, Newman AB, Soskolne CL, Stürmer T, et al. The future of epidemiology. *Acad Med.* 2009; 84: 1631-1637 [R,I]
19858828
- US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 716-726, W-236 [M,II]
19920272
- Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan BK, Humphrey L; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 727-737, W237-W242 [M,II]
19920273
- Mandelblatt JS, Cronin KA, Bailey S, Berry DA, de Koning HJ, Draisma G, et al; Breast Cancer Working Group of the Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network. Effects of mammography screening under different screening schedules: model estimates of potential benefits and harms. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 738-747 [T,II]
19920274
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 784-792 [M,II]
19949144
- O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 793-803 [M,II]
19949145
- Khazeni N, Hutton DW, Garber AM, Hupert N, Owens DK. Effectiveness and cost-effectiveness of vaccination against pandemic influenza (H1N1) 2009. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 829-839 [T,I]
20008759
- Wilson BJ, Qureshi N, Santaguada P, Little J, Carroll JC, Allanson J, et al. Systematic review: family history in risk assessment for common diseases. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 878-885 [M,II]
19884616
- Kansagra SM, Farley TA. The modern crystal ball: influenza forecasting with mathematical models. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 886-887 [AO,I]
20008763
- Sung JJ, Lau JY, Ching JY, Wu JC, Lee YT, Chiu PW, et al. Continuation of low-dose aspirin therapy in peptic ulcer bleeding: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2010; 152: 1-9 [EC,II]
19949136
- Hayward RA, Krumholz HM, Zulman DM, Timbie JW, Vijan S. Optimizing statin treatment for primary prevention of coronary artery disease. *Ann Intern Med.* 2010; 152: 69-77 [T,I]
20083825
- Cordoba R, Nerin I. Estrategias de reducción de riesgos en tabaquismo: ¿oportunidad o amenaza? *Arch Bronconeumol.* 2009; 45: 611-616 [AO,II]
19781843
- Redberg RF. Cancer risks and radiation exposure from computed tomographic scans: how can we be sure that the benefits outweigh the risks? *Arch Intern Med.* 2009; 169: 2049-2050 [AO,I]
20008685
- Williamson J, Pahor M. Evidence regarding the benefits of physical exercise. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 124-125 [AO,I]
- Kemmler W, von Stengel S, Engelke K, Häberle L, Kalender WA. Exercise effects on bone mineral density, falls, coronary risk factors, and health care costs in older women: the randomized controlled senior fitness and prevention (SEFIP) study. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 179-185 [EC,I]
20101013

- Etgen T, Sander D, Huntgeburth U, Poppert H, Förstl H, Bickel H. Physical activity and incident cognitive impairment in elderly persons: the INVADE study. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 186-193 [S,I]
20101014
- García FM, Merino A, Sanz R, García A, Montero MJ, Maderuelo JA. Procedimientos operativos y técnicos en la medicalización de la prevención. *Aten Primaria.* 2009; 41: 702-706 [R,II]
- Maiques A, Brotons C. Opciones terapéuticas farmacológicas de la dislipemia. *Aten Primaria.* 2010; 42: 115-120 [R,II]
19497642
- Harwood RH, Conroy SP. Slow walking speed in elderly people. *BMJ.* 2009; 339: b4236 [AO,I]
19903978
- Dumurgier J, Elbaz A, Ducimetière P, Tavernier B, Alperovitch A, Tzourio C. Slow walking speed and cardiovascular death in well functioning older adults: prospective cohort study. *BMJ.* 2009; 339: b4460 [S,I]
19903980
- De Berardis G, Sacco M, Strippoli GF, Pellegrini F, Graziano G, Tognoni G, et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2009; 339: b4531 [M,II]
19897665
- Strazzullo P, D'Elia L, Kandala NB, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ.* 2009; 339: b4567 [M,II]
19934192
- Sweetland S, Green J, Liu B, Berrington de González A, Canonico M, Reeves G, et al; Million Women Study collaborators. Duration and magnitude of the postoperative risk of venous thromboembolism in middle aged women: prospective cohort study. *BMJ.* 2009; 339: b4583 [S,I]
19959589
- Haynes R, Bowman L, Armitage J. Aspirin for primary prevention of vascular disease in people with diabetes. *BMJ.* 2009; 339: b4596 [AO,II]
19897667
- Talmud PJ, Hingorani AD, Cooper JA, Marmot MG, Brunner EJ, Kumari M, et al. Utility of genetic and non-genetic risk factors in prediction of type 2 diabetes: Whitehall II prospective cohort study. *BMJ.* 2010; 340: b4838 [S,II]
20075150
- Cuschieri K. Should boys receive the human papillomavirus vaccine? No. *BMJ.* 2009; 339: b4921 [AO,I]
19969601
- Hibbitts S. Should boys receive the human papillomavirus vaccine? Yes. *BMJ.* 2009; 339: b4928 [AO,I]
19969602
- Appel LJ. The case for population-wide salt reduction gets stronger. *BMJ.* 2009; 339: b4980 [AO,I]
19934193
- Sahota O. Reducing the risk of fractures with calcium and vitamin D. *BMJ.* 2010; 340: b5492 [AO,I]
20068259
- Utilización de antipsicóticos en pacientes ancianos con demencia. *Bol Ter Andal.* 2009; 25: 13-14 [R,I]
- Perlstein TS, Creager MA. The ankle-brachial index as a biomarker of cardiovascular risk: it's not just about the legs. *Circulation.* 2009; 120: 2033-2035 [AO,I]
19901185
- Velagaleti RS, Massaro J, Vasan RS, Robins SJ, Kannel WB, Levy D. Relations of lipid concentrations to heart failure incidence: the Framingham Heart Study. *Circulation.* 2009; 120: 2345-2351 [S,II]
19933936
- Everett BM, Glynn RJ, MacFadyen JG, Ridker PM. Rosuvastatin in the prevention of stroke among men and women with elevated levels of C-reactive protein: justification for the Use of Statins in Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin (JUPITER). *Circulation.* 2010; 121: 143-150 [EC,II]
20026779
- Rahmani P, Morin S. Prevention of osteoporosis-related fractures among postmenopausal women and older men. *CMAJ.* 2009; 181: 815-820 [AO,I]
19841053
- Van der Heijden AA, Ortegon MM, Niessen LW, Nijpels G, Dekker JM. Prediction of coronary heart disease risk in a general, pre-diabetic, and diabetic population during 10 years of follow-up: accuracy of the Framingham, SCORE, and UKPDS risk functions: The Hoorn Study. *Diabetes Care.* 2009; 32: 2094-2098 [S,II]
19875606
- Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roercke M, Patra J, Mohapatra S, et al. Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care.* 2009; 32: 2123-2132 [M,I]
19875607
- Abdul-Ghani MA, DeFronzo RA. Plasma glucose concentration and prediction of future risk of type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2009; 32: S194-S198 [AO,II]
19875551
- Ong G, Davis TM, Davis WA. Aspirin is associated with reduced cardiovascular and all-cause mortality in type 2 diabetes in a primary prevention setting: the Fremantle Diabetes study. *Diabetes Care.* 2010; 33: 317-321 [S,II]
19918016
- Thorp AA, Healy GN, Owen N, Salmon J, Ball K, Shaw JE, et al. Deleterious associations of sitting time and television viewing time with cardiometabolic risk biomarkers: Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle (AusDiab) study 2004-2005. *Diabetes Care.* 2010; 33: 327-334 [T,I]
19918003
- Novoa AM, Perez K, Borrell C. Efectividad de las intervenciones de seguridad vial basadas en la evidencia: una revisión de la literatura. *Gac Sanit.* 2009; 23: 553 [M,I]
19896245
- Steffel J, Tanner FC. Direct thrombin inhibitors in atrial fibrillation reloaded. *Eur Heart J.* 2009; 30: 2832-2834 [AO,I]
19690350
- Lip GY, Rasmussen LH, Olsson SB, Jensen EC, Persson AL, Eriksson U, et al; Steering Committee. Oral direct thrombin inhibitor AZD0837 for the prevention of stroke and systemic embolism in patients with non-valvular atrial fibrillation: a randomized dose-guiding, safety, and tolerability study of four doses of AZD0837 vs. vitamin K antagonists. *Eur Heart J.* 2009; 30: 2897-2907 [EC,II]
19690349

- Esteban-Vasallo MD, Domínguez-Berjón MF, Astray-Mochales J, Gènova-Maleras R, Pérez-Sania A, Sánchez-Perruca L, et al. Epidemiological usefulness of population-based electronic clinical records in primary care: estimation of the prevalence of chronic diseases. *Fam Pract.* 2009; 26: 445-454 [T,I]
19815673
- Castiglione G. Screening for colorectal cancer: flexible sigmoidoscopy and faecal occult blood immunochemical testing. Which test is superior? *Gut.* 2010; 59: 9-10 [AO,I]
20007956
- Pandeya N, Webb PM, Sadeghi S, Green AC, Whiteman DC; Australian Cancer Study. Gastro-oesophageal reflux symptoms and the risks of oesophageal cancer: are the effects modified by smoking, NSAIDs or acid suppressants? *Gut.* 2010; 59: 31-38 [CC,I]
19875392
- Hol L, van Leerdam ME, van Ballegooijen M, van Vuuren AJ, van Dekken H, Reijerink JC, et al. Screening for colorectal cancer: randomised trial comparing guaiac-based and immunochemical faecal occult blood testing and flexible sigmoidoscopy. *Gut.* 2010; 59: 62-68 [EC,II]
19671542
- Loeb M, Dafoe N, Mahony J, John M, Sarabia A, Glavin V, et al. Surgical mask vs N95 respirator for preventing influenza among health care workers: a randomized trial. *JAMA.* 2009; 302: 1865-1871 [EC,I]
19797474
- Srinivasan A, Perl TM. Respiratory protection against influenza. *JAMA.* 2009; 302: 1903-1904 [AO,I]
19797473
- White DB, Angus DC. Preparing for the sickest patients with 2009 influenza A(H1N1). *JAMA.* 2009; 302: 1905-1906 [AO,I]
19822629
- Drake BF, Colditz GA. Assessing cancer prevention studies--a matter of time. *JAMA.* 2009; 302: 2152-2153 [AO,I]
19920243
- Ludwig DS. Artificially sweetened beverages: cause for concern. *JAMA.* 2009; 302: 2477-2478 [AO,I]
19996404
- Woolf SH. The 2009 breast cancer screening recommendations of the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2010; 303: 162-163 [M,II]
20068210
- Woloshin S, Schwartz LM. The benefits and harms of mammography screening: understanding the trade-offs. *JAMA.* 2010; 303: 164-165 [AO,I]
20068211
- Murphy AM. Mammography screening for breast cancer: a view from 2 worlds. *JAMA.* 2010; 303: 166-167 [AO,I]
20068212
- Berg WA. Benefits of screening mammography. *JAMA.* 2010; 303: 168-169 [AO,I]
20068213
- DeAngelis CD, Fontanarosa PB. US Preventive Services Task Force and breast cancer screening. *JAMA.* 2010; 303: 172-173 [AO,I]
20068215
- Gaziano JM. Fifth phase of the epidemiologic transition: the age of obesity and inactivity. *JAMA.* 2010; 303: 275-276 [AO,I]
20071469
- Neal DE, Donovan JL, Martin RM, Hamdy FC. Screening for prostate cancer remains controversial. *Lancet.* 2009; 374: 1482-1483 [R,II]
19664817
- Misra A. Prevention of type 2 diabetes: the long and winding road. *Lancet.* 2009; 374: 1655-1656 [AO,I]
19878987
- Guidance on prevention of venous thromboembolism. *Lancet.* 2010; 375: 434 [AO,I]
20152529
- Tissot AC, Maurer P, Nussberger J, Sabat R, Pfister T, Ignatenko S, et al. Effect of immunisation against angiotensin II with CYT006-AngQb on ambulatory blood pressure: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase IIa study. *Lancet.* 2008; 371: 821-827 [EC,II]
18328929
- Soriano V, Gonzalez-Lahoz J. El desafío de la nueva gripe A/H1N1. *Med Clin (Barc).* 2009; 133: 708-709 [AO,I]
19883804
- Parra-Blanco A, Jimenez A, Gimeno-Garcia AZ, Nicolas-Perez D, Quintero E. Colorectal cancer screening in a Spanish population. *Med Clin (Barc).* 2009; 133: 736-740 [T,I]
19892375
- Rigau D, Alvarez-Sabin J, Gil A, Abilleira S, Borrás FX, Armario P, et al. Guía de práctica clínica sobre prevención primaria y secundaria del ictus. *Med Clin (Barc).* 2009; 133: 754-762 [M,II]
19464713
- Roa L, Monreal M, Carmona JA, Aguilar E, Coll R, Suarez C. Inercia terapéutica en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular. Registro FRENA. *Med Clin (Barc).* 2010; 134: 57-63 [T,I]
19913259
- Roig D, Gomez C, Hoces C, Nolla JM. Riesgo de fractura calculado con el índice FRAX en pacientes con osteoporosis tratados y no tratados. *Med Clin (Barc).* 2010; 134: 189-193 [T,I]
19931877
- Shine KI, Rogers B, Goldfrank LR. Novel H1N1 influenza and respiratory protection for health care workers. *N Engl J Med.* 2009; 361: 1823-1825 [R,I]
19797278
- Kenter GG, Welters MJ, Valentijn AR, Lowik MJ, Berends-van der Meer DM, Vloon AP, et al. Vaccination against HPV-16 oncoproteins for vulvar intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med.* 2009; 361: 1838-1847 [S,I]
19890126
- Finn OJ, Edwards RP. Human papillomavirus vaccine for cancer prevention. *N Engl J Med.* 2009; 361: 1899-1901 [AO,I]
19890134
- Wenzel RP, Edmond MB. Preparing for 2009 H1N1 Influenza. *N Engl J Med.* 2009; 361: 1991-1993 [AO,I]
19907047
- Partridge AH, Winer EP. On mammography--more agreement than disagreement. *N Engl J Med.* 2009; 361: 2499-2501 [AO,II]
19940286

Truog RD. Screening mammography and the "r" word. *N Engl J Med.* 2009; 361: 2501-2503 [AO,II]
19940292

Sawaya GF. Cervical-cancer screening--new guidelines and the balance between benefits and harms. *N Engl J Med.* 2009; 361: 2503-2505 [AO,II]
19940285

Ofri D. The emotional epidemiology of H1N1 influenza vaccination. *N Engl J Med.* 2009; 361: 2594-2595 [AO,I]
19940291

Neuzil KM. Pandemic influenza vaccine policy--considering the early evidence. Pandemic influenza vaccine policy--considering the early evidence. *N Engl J Med.* 2009; 361: e59 [AO,I]
19745213

Gregg EW. Are children the future of type 2 diabetes prevention? *N Engl J Med.* 2010; 362: 548-550 [AO,I]
20147721

Appel LJ, Anderson CA. Compelling evidence for public health action to reduce salt intake. *N Engl J Med.* 2010; 362: 650-652 [AO,I]
20089959

Cain KP, McCarthy KD, Heilig CM, Monkongdee P, Tasaneeyapan T, Kanara N, et al. An algorithm for tuberculosis screening and diagnosis in people with HIV. *N Engl J Med.* 2010; 362: 707-716 [CC,I]
20181972

Mehran R, Caixeta A. N-acetilcisteína en la prevención de la nefropatía inducida por contraste. Administrar o no administrar: ésta es la cuestión. *Rev Esp Cardiol.* 2010; 63: 9-11 [AO,I]
20089220

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD.

Pronovost PJ, Miller MR, Wachter RM, Meyer GS. Perspective: Physician leadership in quality. *Acad Med.* 2009; 84: 1651-1656 [R,II]
19940567

Bohmer RM, Bloom JD, Mort EA, Demehin AA, Meyer GS. Restructuring within an academic health center to support quality and safety: the development of the Center for Quality and Safety at the Massachusetts General Hospital. *Acad Med.* 2009; 84: 1663-1671 [T,I] 19940570

Villalbi JR. Evaluación de la atención primaria. *Aten Primaria.* 2009; 41: 659-660 [AO,I]
19781820

Ezquerro M. Necesidad de evaluar la competencia profesional con instrumentos validados. *Aten Primaria.* 2010; 42: 13-14 [AO,I]
19914746

Ezquerro M, Tamayo C, Calvet S, Avellana E, Vila-Coll MA, Morera C. Self-audit y la acreditación de tutores. *Aten Primaria.* 2010; 42: 102-108 [T,I]
19660839

Gurbel PA, Tantry US. Combination antithrombotic therapies. *Circulation.* 2010; 121: 569-583 [AO,I]
20124137

BIOÉTICA.

Goldacre B. Is the conflict of interest unacceptable when drug companies conduct trials on their own drugs? *Yes. BMJ.* 2009; 339: b4949 [AO,II]
19946143

Lawton V. Is the conflict of interest unacceptable when drug companies conduct trials on their own drugs? *No. BMJ.* 2009; 339: b4953 [AO,II]
19946144

Jones E, Liddell K. Should healthy volunteers in clinical trials be paid according to risk? *Yes. BMJ.* 2009; 339: b4142 [AO,I]
19850609

Saunders J. Should healthy volunteers in clinical trials be paid according to risk? *No. BMJ.* 2009; 339: b4145 [AO,I]
19850610

Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet.* 2010; 375: 686-695 [R,I]
20171404

Gonzalez JL, Puerta JL. Tecnología, demanda social y "medicina del deseo". *Med Clin (Barc).* 2009; 133: 671-675 [AO,II]
19767028

Broggi MA. El clínico y la esperanza del enfermo. *Med Clin (Barc).* 2010; 134: 218-221 [AO,II]
19473670

PLANIFICACION / GESTIÓN.

García L, Gervas J. Reformas organizativas en la relación entre médicos generales y especialistas: impacto sobre la demanda derivada. *Aten Primaria.* 2010; 42: 52-56 [R,II]
19446926

Ayerbe L, Milazzo J, Perez-Piñar M, Gonzalez S, Gonzalez E. Atención primaria en España e Inglaterra; aprender de las diferencias. Opinión de médicos de familia españoles con experiencia en ambos países. *Aten Primaria.* 2010; 42: 109-111 [AO,I]
19913949

Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ.* 2009; 339: b4254 [M,II]
19910400

Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam RM, Subramanian SV, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ.* 2009; 339: b4471 [M,II]
19903981

Lilford RJ. Should the NHS strive to eradicate all unexplained variation? *No. BMJ.* 2009; 339: b4809 [AO,I]
19926689

Richards S. Should the NHS strive to eradicate all unexplained variation? *Yes. BMJ.* 2009; 339: b4811 [AO,I]
19926690

Peiro S, Libroero J, Ridao M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2010; 24: 6-12 [T,I]
19880219

- Villalbi JR, Baranda L, Lopez MJ, Nebot M. El tabaco en los establecimientos de restauración y hostelería: estudio observacional en Barcelona, 2008. *Gac Sanit.* 2010; 24: 72-74 [T,I] 19932527
- Gonzalez JL, Puerta JL. Tecnología, demanda social y "medicina del deseo". *Med Clin (Barc).* 2009; 133: 671-675 [AO,II] 19767028
- Varela J, Craywinckel G, Esteve M, Picas JM. Implicación de los médicos en la gestión basada en el profesionalismo y en el liderazgo de equipos multidisciplinarios. *Med Clin (Barc).* 2010; 134: 35-39 [R,II] 19631952
- INFORMÁTICA.**
- Mira JJ, Linas G, Lorenzo S, Perez-Jover V. Preguntas más frecuentes sobre repercusión de la e-salud en la relación entre médico y paciente. *Aten Primaria.* 2010; 42:112-114 [AO,I] 19467734
- Morrow JB, Dobbie A. Using the Electronic Health Record to enhance student learning. *Fam Med.* 2010; 42: 14-15 [AO,I] 20063214
- Esteban-Vasallo MD, Domínguez-Berjón MF, Astray-Mochales J, Gènova-Maleras R, Pérez-Sania A, Sánchez-Perruca L, et al. Epidemiological usefulness of population-based electronic clinical records in primary care: estimation of the prevalence of chronic diseases. *Fam Pract.* 2009; 26: 445-454 [T,I] 19815673
- Terry AL, Chevendra V, Thind A, Stewart M, Marshall JN, Cejic S. Using your electronic medical record for research: a primer for avoiding pitfalls. *Fam Pract.* 2010; 27: 121-126 [AO,I] 19828572
- OTRAS.**
- Boers M. Cost-effectiveness of biologics as first-line treatment of rheumatoid arthritis: case closed? *Ann Intern Med.* 2009; 151: 668-669 [AO,I] 19884628
- Arillo A, Zabalegui MJ, Ayarra M, Fuertes C, Loayssa JR, Pascual P. El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria.* 2009; 41: 688-694 [T,I] 19632006
- Kumar R, St John J, Devendra D. Hirsutism. *BMJ.* 2009; 339: b3090 [R,I] 19717498
- Kendall M, Murray SA, Carduff E, Worth A, Harris F, Lloyd A, et al. Use of multiperspective qualitative interviews to understand patients' and carers' beliefs, experiences, and needs. *BMJ.* 2009; 339: b4122 [C,I] 19828645
- Ntatsaki E, Watts RA. Management of polymyalgia rheumatica. *BMJ.* 2010; 340: c620 [AO,I] 20133367
- Santhouse AM, Hotopf M, David AS. Chronic fatigue syndrome. *BMJ.* 2010; 340: c738 [R,I] 20150199
- Nijrolder I, Van der Windt D, de Vries H, van der Horst H. Diagnoses during follow-up of patients presenting with fatigue in primary care. *CMAJ.* 2009; 181: 683-687 [S,I] 19858240
- Dawes M. Co-morbidity: we need a guideline for each patient not a guideline for each disease. *Fam Pract.* 2010; 27: 1-2 [AO,I] 20081211
- Barber J, Muller S, Whitehurst T, Hay E. Measuring morbidity: self-report or health care records? *Fam Pract.* 2010; 27: 25-30 [T,I] 20019091
- Bernardi M. Optimum use of diuretics in managing ascites in patients with cirrhosis. *Gut.* 2010; 59: 10-11 [AO,I] 20007957
- Kuipers EJ. Barrett's oesophagus, proton pump inhibitors and gastrin: the fog is clearing. *Gut.* 2010; 59: 148-149 [AO,I] 20176635
- Gwatkin DR. Where next for family planning? *Lancet.* 2009; 374: 1663-1664 [AO,I] 19914503
- Officer A, Groce NE. Key concepts in disability. *Lancet.* 2009; 374: 1795-1796 [AO,I] 19944845
- Improving the management of gout. *Lancet.* 2010; 375: 254 [AO,I] 20109929
- Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet.* 2010; 375: 686-695 [R,I] 20171404
- Gonzalez JL, Puerta JL. Tecnología, demanda social y "medicina del deseo". *Med Clin (Barc).* 2009; 133: 671-675 [AO,II] 19767028
- Escudero-Carretero MJ, Garcia-Toyos N, Prieto-Rodriguez MA, Perez-Corral O, March-Cerda JC, Lopez-Doblas M. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatol Clin.* 2010; 6: 16-22 [C,I]
- Tornero J, Sanmarti R, Rodriguez V, Martin E, Marengo JL, Gonzalez I, et al. Actualización del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin.* 2010; 6: 23-36 [M,I]
- Cervera R. Estrategias terapéuticas en el síndrome antifosfolípido. *Reumatol Clin.* 2010; 6: 37-42 [R,I]

CARTAS AL DIRECTOR

Depresión y ansiedad: ¿son unas de las enfermedades más incapacitantes de medicina de familia?

Sr. Director:

Dado que la depresión y ansiedad son unas de las enfermedades más incapacitantes en medicina de familia, creo que es indispensable conocer la causa, edad y frecuencia con que se manifiesta dicha enfermedad para demostrar que, la misma, es una de las enfermedades que más bajas laborales produce en medicina.

Por ello, he realizado este estudio descriptivo y cualitativo con la intención de demostrar lo anteriormente dicho, tomando en el lugar de mi consulta una muestra de treinta sujetos (14 hombres y 16 mujeres) en edades comprendidas entre 30 y 80 años.

Los métodos cualitativos usados han sido la escala de ansiedad, subescala de Golberg y la escala de Golberg de depresión y escala de depresión de Goldman.

La de Golberg, incluye si el paciente siente poca energía, ha perdido interés por las cosas, confianza en sí mismo, se ha sentido desesperanzado, tiene dificultades para concentrarse, pérdida de peso, si se ha despertado demasiado temprano, si se ha sentido enlentecido, si tiene tendencia a encontrarse peor por las mañanas.

La puntuación total en la escala es de 9 puntos, oscilando ésta entre 0 y 9. A mayor puntuación, mayor gravedad, dejando la valoración cualitativa para que sea el profesional competente el que lo juzgue.

Como método cuantitativo se midieron las variables por el método estadístico de Excel, durante los meses de diciembre de 2009, y de enero de 2010.

Después de realizar estas muestras he observado, en todos los pacientes, que existe una historia familiar de depresión o ansiedad anterior.

Una gran parte tiene depresión crónica desde hace varios años, y otros arrastran la enferme-

dad, con una fuerte carga genética, de herencia familiar.

En el cien por cien, de los enfermos, existe un consumo de fármacos antidepresivos y ansiolíticos diversos, como:

Citalopram, orfidal, lexatin 1,5, lormetazepam 1 mg...

⁽¹⁾ En la clínica práctica se encuentran tres tipologías de pacientes deprimidos:

1. Debida a una situación penosa.
2. Debida a una manifestación crónica, sobre todo si causa dolor.
3. Como manifestación de un trastorno primario del estado de ánimo, es decir un trastorno depresivo en sentido estricto.

En cualquiera de estas circunstancias, el clínico debiera llegar a la sospecha de depresión y ansiedad, no sólo a partir de la expresividad verbal, sino también de la no verbal, ya que algunos pacientes están especialmente infradotados para comunicar a nivel verbal sus emociones. Son los llamados alexitímicos, (skipko, 1982).

Si el profesional domina la lectura de la expresividad facial, posee un test eficiente para la detección de la disforia.

La irritabilidad excesiva, también debiera poner al profesional, en la pista, pues suele ser una conducta compensatoria de la depresión y ansiedad.

Se debe sospechar depresión cuando una persona aparece apagada y se pone a llorar ante la más mínima alarma. La lectura no verbal, es eficiente para detectar estados de tristeza.

El síndrome depresivo provoca una ruptura biográfica. Un antes y un después en la vida de la propia persona.

Las depresiones más valoradas en mi consulta han sido:

Depresión mayor: trastorno del estado de ánimo, en la que la pérdida de autoestima, y una sensación de culpa inapropiada, suelen estar en el núcleo ideativo. Puede ser: leve, moderada y grave.

Depresión grave: sin síntomas psicóticos, o con ellos.

Depresión crónica: con síntomas catatónicos, síntomas melancólicos, síntomas atípicos, de inicio en el postparto.

Los resultados en la mayoría de los casos de estos pacientes conllevan una historia familiar de depresión o ansiedad y tienen una depresión crónica desde hace varios años.

En el 100, por 100, de los pacientes, existe un consumo de fármacos, antidepressivos y ansiolíticos.

Existe alta prevalencia de depresión en nuestro medio poblacional, sobre todo la depresión crónica, depresión reactiva de duelo, y síndrome de ansiedad en medicina familiar.

⁽²⁾ Es cierto que el aumento del número de la psicosis afectiva (que incluyen a las depresiones y a las psicosis maníacas) en nuestro tiempo, ha sido a costa de los cuadros depresivos.

Se ha medido ⁽²⁾ el grado de discapacidad, invalidez o mortandad que origina la depresión. La depresión monopolar es la cuarta causa de enfermedad en el mundo y se espera que sea la segunda en el año 2020. Si sólo se tiene en cuenta la discapacidad, es la principal causa desde 1990.

Los enfermos con trastorno de ansiedad ⁽³⁾ generalizada, es otra causa importante de discapacidad ya que la ansiedad es difícil de controlar, es estresante de una manera subjetiva, y produce

deterioros áreas importantes de la vida de la persona, incluyendo su trabajo.

El trastorno de ansiedad ⁽³⁾ generalizada, es probablemente el trastorno que más a menudo coexiste con otro trastorno mental, en particular con fobia social y con el trastorno depresivo. La mayoría no puede trabajar.

Los síntomas de la depresión crónica como anhedonia, lentitud en torpeza de movimientos, pérdida de memoria, insomnio, ideas de autolisis... ⁽⁴⁾, hacen que la depresión sea una de las enfermedades más incapacitantes en medicina.

Con todo esto vengo a demostrar, por las múltiples bajas que ocasiona, que la depresión es una de las enfermedades más incapacitantes en la medicina de familia, y que más sufrimientos ocasiona. Por sus ideas de autolisis, es una de las enfermedades más temidas de nuestro siglo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. 6ª ed. Barcelona: Elsevier España SA; 2008. p. 1023-1025.
2. Rojo Moreno J. La enfermedad depresiva. Buenos Aires: Albatros ediciones; 2008. p. 109.
3. Kaplan H, Benajamin J, Sadock MF. Sinopsis de psiquiatría. Colombia: Editorial Médica-Panamericana; 1999. p. 705.
4. Álvarez E, Gastó C. Sintomatología Depresiva en Atención Primaria. Barcelona: Editorial Margé SL; 2008. p. 65-71.

Enriqueta Jiménez Cuadra
Médico de Familia
enriquetita1950@hotmail.com

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Dolor e hinchazón en pie

González Álvarez M¹, García López A²

¹MFyC. DCCU UGC Santa Olalla del Cala. Distrito Sanitario Sevilla Norte

²MFyC. Consultorio Arroyomolinos de León. UGC Santa Olalla del Cala. Distrito Sanitario Sevilla Norte

Varón de 41 años de edad con los siguientes antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo I de 20 años de evolución y HbA1c en torno a 6-6.5% en tratamiento con insulina glargina en una sola dosis e insulina aspart a demanda. HTA en tratamiento con ramipril 5mg e Hipercolesterolemia en tratamiento con atorvastatina 20 mg.

Acude a consulta por dolor intenso en primer dedo del pie izquierdo de 7 meses de evolución, no irradiado, no relacionado con actividad, que le impide el descanso nocturno, que le obliga a deambular con muletas y que lo asocia a pequeña erosión aparecida tras la utilización durante varias horas de un calzado nuevo.

A la exploración se aprecia importante tumefacción, con aumento de tamaño y de temperatura del primer dedo del pie izquierdo. Impotencia funcional e intenso dolor a la palpación de la articulación metatarso-falángica con pulsos pedios conservados y simétricos. Hiperqueratosis ungueal. Llama la atención la presencia de placas eritematosas con componente eccematoso en cara externa del citado dedo. Resto de exploración normal con buen estado general, afebril, eupneico. TA 125/70. FC 75 lpm. AC: tonos rítmicos, no soplos. AP: mvc sin ruidos sobreañadidos.

Pruebas complementarias: se realiza analítica que incluye Hemograma, Bioquímica y Pruebas Reumáticas sin datos de interés, salvo HLA-B27 positivo con Factor Reumatoide negativo. Se solicita Radiografía de antepié y ambas caderas, apreciándose osteopenia yuxtaarticular en metatarsofalángica, interfalángicas y tarso; reabsorción ósea de falange distal y sacroileitis grado II bilateral. El estudio básico realizado se complementa con una ecografía de partes blandas que sugiere aumento de las mismas sin otra patología evidente.

Ante la falta de respuesta a tratamiento convencional con AINES y antibioterapia de amplio espectro se decide su derivación a Reumatología, donde inician tratamiento con metotrexate tras estudio.

Diagnóstico diferencial de patologías HLA-B27 positivas:

- 1- Espondilitis anquilosante.
- 2- Síndrome de Reiter.
- 3- Espondiloartropatía psoriasica.
- 4- Espondiloartropatía enteropática.



Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 11, Núm. 1) (Med fam Andal 2010; 11:99)

Respuestas razonadas

Retomamos la historia del paciente de 64 años con cirrosis hepática en estadio C de Child y con múltiples complicaciones, al que se realizan en Consultorio Rural paracentesis evacuadora por ascitis refractarias.

El control del paciente se realizaba conjuntamente desde Atención Primaria, dónde era examinado cada 15 días y desde consultas externas de Aparato Digestivo, citado cada 6 meses.

Un hecho fundamental en la vida de esta persona fue la denegación de incluirlo en la lista de espera para trasplante hepático por un equipo especializado multidisciplinar debido a su hábito enólico y continuos incumplimientos terapéuticos. De tal manera que el tratamiento sería el de su patología de base y el de las complicaciones que fueran surgiendo.

Por tanto, decidimos realizar las paracentesis evacuadoras en nuestro consultorio para evitar el sufrimiento traumático y el enorme gasto que conllevaba el desplazamiento a urgencias hospitalarias cada 15 días. Además, tratábamos de mejorar la calidad de vida del paciente, ya que cada mes se pasaba 4 días en el hospital, y de aliviar la carga asistencial en los servicios de urgencias.

Tras gestionar la petición de albumina intravenosa con el Enfermero de Enlace y Médico Internista de referencia, se citaba de forma programada cada 15 días para valorar el incremento de peso, ya que pasaba de tener 77-78 kg. a 92-94 kg. de peso, presentando claras descompensaciones hidrópicas llegando incluso a tener ascitis a tensión. Podíamos decir que nos encontrábamos ante un caso de ascitis refractaria debido a la falta de respuesta ante la toma de diuréticos y restricción salina, así como la presentación de complicaciones como encefalopatía hepática, alteraciones electrolíticas...

Para la técnica se habilitaba una consulta durante toda la mañana y se realizaba bajo anestesia local la introducción de un abbcath18G justo en la unión del tercio externo con los dos tercios internos de la línea que une el ombligo y la espina ilíaca antero-superior. El abbcath se conectaba a un sistema de suero y éste a su vez, a una bolsa de recogida de orina. Se cogía también vía intravenosa donde aportábamos la albumina necesaria a la cantidad de líquido extraído. Durante todo el procedimiento se controlaba la temperatura, la tensión y el pulso, así como la diuresis, hasta 24 horas después para prevenir el síndrome hepatorenal.

Cada 3 meses se solicita análisis con hemograma y perfil férrico, bioquímica que incluía perfil hepático, renal, marcadores tumorales hepato-renales, iones, estudio de coagulación, sedimento de orina, orina en 24 horas con iones y análisis del líquido ascítico.

Ante el cuadro que nos refería de malestar general y molestias testiculares nos podría llevar a pensar la presencia de dos entidades clínicas como son la hernia inguino-crural estrangulada y la orquiepididimitis aguda. Descartamos en primer lugar la hernia inguino-escrotal estrangulada porque al explorar los testículos nos encontramos con dos megahidroceles pero sin contenido visceral en su interior, todo era contenido ascítico, y la orquiepididimitis porque al palpar los testes y su epidídimo no refería dolor, ni existía aumento de tamaño.

Tras haberle realizado paracentesis evacuadora hacía tres días presentaba oleada ascítica, pero no ascitis a tensión, ya que en su exploración objetivaba 84 kg. de peso distante a los 90-94 que presentaba se le citaba a los 15 días.

El Síndrome Hepatorrenal es el desarrollo de insuficiencia renal de carácter funcional en pa-

cientes con insuficiencia hepática avanzada e hipertensión portal, en ausencia de otras causas de fracaso. El paciente en su control postparacentesis había presentado una diuresis de 1000 ml. en 24 horas y no había notado disminución de la misma los días siguientes, por lo que se decidió pensar que el paciente estaba desarrollando una PBE (peritonitis bacteriana espontánea) y su necesario traslado al centro hospitalario para tratamiento.

La PBE es la infección del líquido ascítico sin que exista un foco infeccioso primario. Se debe sospechar en todo paciente con ascitis que presenta dolor abdominal y/o fiebre. En muchos casos es asintomática o de clínica anodina por lo que se debe descartar mediante paracentesis diagnóstica.

En el Hospital se confirmó el diagnóstico de PBE por *Neisseria Meningitidis* falleciendo a las 48 horas.

¿Existe un mayor riesgo de PBE en la realización de paracentesis evacuadora en Consultorio Rural que en ámbito hospitalario?

Seguramente la respuesta es afirmativa, pero en mi experiencia, y tras realizarle al paciente para-

centesis durante 2 años, el mismo tiempo que se las estuvo realizando en el Hospital no existe diferencias significativas ya que en el hospital presentó dos episodios de PBE y en mi centro una.

BIBLIOGRAFIA

1- Moore KP, Aithal GP. Guidelines on the Management of ascities cirrhosis. Gut. 2006; 55 Suppl 6:1-12.

2- González-Alonso R, Crespo L, García-Aguilera X, Albillos Martínez A. Ascitis y síndrome hepatorenal en la cirrosis hepática. *Enfermedades del aparato digestivo (XI)*. 2008: 702-712.

3- Arroyo V, Colmenero J. Ascites and hepatorenal syndrome in cirrosis: pathophysiological basis of therapy and current management. *J Hepatol*. 2003; 38: 569-89.

4- Gómara Villabona S, Fernández-Miera M, Sanroma Mendizábal P, Hazas Feo J. Paracentesis evacuadora en el domicilio: ¿por qué no en atención primaria? *Aten Primaria*. URL: http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloId=14863

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

· **XX Congreso SAMFyC**

Torremolinos (Málaga), 6-8 de octubre, 2010
Palacio de Congresos y Exposiciones Costa del Sol
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

· **Escuela de Otoño de semFYC**

Palma de Mallorca, 20-22 Octubre, 2010
Secretaría técnica: semFYC congresos
Telf. 93 317 71 29
Fax. 93 318 69 02
Correo-e: congresos@semfyc.es

· **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 y uno 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.



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

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

APELLIDOS:

NOMBRE: **DNI:** - LETRA

DOMICILIO:

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

TELEFONOS: **e-mail:**

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

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

DOCTORADO: SI NO **TEMA:**

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:

PROVINCIA:

CARGO QUE OCUPA:

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

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

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

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

CALLE: COD. POSTAL:

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

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

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

Entidad

Oficina

D.C.

Nº C/C

NOMBRE y APELLIDOS:

Firma:

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

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