# Medicina de Familia Andalucía

#### **Editorial**

7 La importancia de la investigación en APS/MF. La red de Centros de Salud investigadores de la SAMFyC como gran oportunidad

#### El espacio del usuario

10 Participación social en el sistema sanitario público de Andalucía

#### **Originales**

- 12 Es gasto sanitario público en Andalucía, 1995-2008: comparación con el conjunto de comunidades autónomas
- 20 Creencias en alimentación: un estudio cualitativo con grupos focales
- 30 El síndrome de Ulises en inmigrantes que acuden a las consultas de Atención Primaria y su relación con el duelo migratorio

#### Artículo de revisión

40 Recomendaciones para la confección de una alimentación equilibrada y saludable

#### A debate

56 Trauma grave, una atención multidisciplinar

#### Artículos especiales

- 68 Atención Odontológica a Pacientes con Discapacitad bajo Anestesia General en el Hospital Materno Infantil de Granada en 2010
- 74 Caracterizar la consulta sobre problemas psicosociales: ¿queja o demanda?

#### Cartas al director

- 82 Dejar de fumar y no ganar peso
- 84 UUDD, SAMFyC y las VII Jornadas de tutores

#### ¿Cuál es su diagnóstico?

- 86 Dolor a nivel de tercio proximal de tibia y hallazgo radiológico
- 88 Respuesta al caso clínico
- 90 Revisiones críticas de artículos
- 94 Publicaciones de interés
- 117 Actividades Científicas
- 118 Información para los autores



## JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

#### Presidente

Manuel Lubián López

#### **Vicepresidente Primero**

Juan de Dios Alcántara Bellón

#### Vicepresidente Segundo

Antonio Manteca González

#### Vicepresidente Tercero

Paloma Porras Martín

#### Secretaria

Isabel Corona Páez

#### Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

#### Coordinadora General Grupos de Trabajo SAMFyC

Amparo Ortega del Moral

#### Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

#### Vocal de Investigación

Beatriz Pascual de la Pisa

#### Vocal de Residentes

Francisco Javier Castro Martínez

#### **Vocal de Relaciones Externas**

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vocal provincial de Almería: Vocal provincial de Cádiz: Vocal provincial de Córdoba: Vocal provincial de Huelva: Vocal provincial de Jaén: Vocal provincial de Málaga: Vocal provincial de Granada: Vocal provincial de Sevilla: José-Pelayo Galindo Pelayo
Mª. José Serrano Muñoz
Pilar Serrano Varo
Jesús E. Pardo Álvarez
Justa Zafra Alcántara
Jesús Sepúlveda Muñoz
Francisco José Guerrero García
Leonor Marín Pérez

jpelayo.galindo@gmail.com majsemu@hotmail.com pseva1@supercable.es jeparedes10@teleline.es justazafra@wanadoo.es jesemu@gmail.com franguerrero72@yahoo.com leonorj104@yahoo.es

#### 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

Antonio Manteca González

#### SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

#### CONSEJO DE DIRECCIÓN:

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

#### CONSEJO DE REDACCIÓN

Francisco José Guerrero García 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. *Almeria* 

Pablo Bonal Pitz. Sevilla. Mª. Ángeles Bonillo García. Granada. Beatriz Bullón Fernández. Sevilla. Rafael Castillo Castillo. Jaén. José Antonio Castro Gómez. 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. Mª. Carmen García Tirado. 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. Eduardo Mayoral Sánchez. Sevilla. Rafael Montoro Ruiz Granada Guillermo Moratalla Rodríguez. Cádiz. Francisca Muñoz Cobos. Málaga. Mª Ángeles Ortiz Camúñez. Sevilla. Maximiliano Ocete Espínola. Granada. Juan Ortiz Espinosa. Granada.

Luis Pérula de Torres. Córdoba. Miguel Ángel Prados Quel. Granada. Daniel Prados Torres. Málaga. Luis de la Revilla Ahumada. Granada. Pedro A. Rivas del Valle. 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. Pedro Schwartz Calero, Huelva, Jesús Torio Durántez. 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

#### 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-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000 Copyright:

Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC 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 convirient.

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

Disponible en formato electrónico en la web de la SAMFvC

Printed in Spain.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Ediciones Adhara S.L.



### MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol.12, No.1, mayo 2011

#### Sumario

#### **Editorial**

7 La importancia de la investigación en APS/MF. La red de Centros de Salud investigadores de la SAMFyC como gran oportunidad

#### El espacio del usuario

10 Participación social en el sistema sanitario público de Andalucía

#### Originales

- 12 Es gasto sanitario público en Andalucía, 1995-2008: comparación con el conjunto de comunidades autónomas
- 20 Creencias en alimentación: un estudio cualitativo con grupos focales
- 30 El síndrome de Ulises en inmigrantes que acuden a las consultas de Atención Primaria y su relación con el duelo migratorio

#### Artículo de revisión

40 Recomendaciones para la confección de una alimentación equilibrada y saludable

#### A debate

56 Trauma grave, una atención multidisciplinar

#### Artículos especiales

- 68 Atención Odontológica a Pacientes con Discapacitad bajo Anestesia General en el Hospital Materno Infantil de Granada en 2010
- 74 Caracterizar la consulta sobre problemas psicosociales: ¿queja o demanda?

#### Cartas al director

- 82 Dejar de fumar y no ganar peso
- 84 UUDD, SAMFyC y las VII Jornadas de tutores

#### ¿Cuál es su diagnóstico?

- 86 Dolor a nivel de tercio proximal de tibia y hallazgo radiológico
- 88 Respuesta al caso clínico
- 90 Revisiones críticas de artículos
- 94 Publicaciones de interés
- 117 Actividades Científicas
- 118 Información para los autores



### MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol.12, No.1, may 2011

### **Summary**

#### Editorial

7 The Importance of Research in PHC/FM. Opportunities for SAMFyC's Network of Health Research Centers

#### The Consumer's Corner

10 Social participation in Andalusia's publically financed health system

#### **Original Articles**

- 12 Public expenditure on health in Andalusia between 1995 and 2008: a comparison with other autonomous regions
- 20 Beliefs about Nutrition: a Qualitative Study with Focus Groups
- **30** The Ulysses Syndrome in Immigrants who come to Primary Care Clinics (PCC) and its Relation to Migratory Grief

#### **Review Article**

40 Recommendations on how to make healthy and balanced meals

#### Under debate

56 Severe trauma, a multidisciplinary approach

#### **Special Articles**

- 68 Dental Care for Incapacitated Patients Placed under General Anesthesia in Granada's Mother-Child Hospital
- 74 Characterizing consultations regarding psycho-social problems: complaints or demands?

#### Letter to the Editor

- 82 Quitting Smoking without Gaining Weight
- 84 UUDD, SAMFyC and the VII Annual Conference for Tutors

#### Which is Your Diagnosis?

- 86 Pain in proximal third tibial fractures and radiological findings
- 88 Answer to a clinical case
- 90 Critical Reviews of Articles
- 94 Publications of Interest
- 117 Scientific Activities
- 118 Information for Authors

#### **EDITORIAL**

# La importancia de la investigación en APS/MF. La red de Centros de Salud investigadores de la SAMFyC como gran oportunidad

APS: Atención Primaria de Salud; MF: Medicina de Familia

Gálvez Ibáñez M

M"dico de Familia. CS Gran Capit∕n Profesor Asociado en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina de Granada Miembro del Comit" provincial de …tica de la InvestigaciŠn. Granada Ex director de la revista Medicina de Familia.Andaluc™a. (2000-Enero 2011)

El estudio, la adquisición del conocimiento, mediante la búsqueda y lectura crítica del saber existente es una obligación de todo médico. La diseminación del conocimiento, el compartirlo y discutirlo grupalmente, supone una exigencia deontológica, un compromiso ético.

Pero siendo importantes, una mirada desde la ciencia nos dice que las actividades citadas anteriormente dejan a la propia ciencia donde estaba. En otras palabras, la lectura, la escritura de capítulos de libro, o de editoriales como ésta, la impartición de cursos o la asistencia a los mismos, dejan el corpus de conocimientos intocado, no añaden nada nuevo.

Parece comúnmente aceptado que nos encontramos en la sociedad del conocimiento, o al menos la idea puede encontrarse reiteradamente en lecturas sobre cualquier ámbito que trate de describir el mundo actual. Esta concepción asume que ya no son las mercancías los productos más importantes a aportar, sino las ideas, la innovación. Y sólo la investigación, las ideas testadas con rigor metodológico, pueden aportar nueva luz, añadir un plus al cuerpo de conocimientos existente en un tiempo determinado.

Ya en el primer número de esta revista se concedía la oportuna relevancia a la investigación en APS dedicándole su editorial (1).

Muchos progresos se han producido desde entonces, entre los que cabe destacar por su importancia, la aparición, por primera vez en la última década, de los méritos de investigación en los acuerdos de gestión de las unidades de gestión clínica, con una ponderación cada vez mayor. Es un avance muy importante en la dirección correcta, junto con iniciativas tan relevantes como los premios de investigación SAMFyC en homenaje a nuestra gran precursora Isabel Fernández. Como contrapartida señalar que no se ha separado suficientemente el grano de la paja —en especial entre los criterios para la acreditación profesional- y tiende a confundirse Investigación (pregunta-objetivos-método para conseguir los objetivos-resultados-discusión de los resultados propios) con publicación (de cualquier tipo).

Ya se han dado pasos importantes, es preciso ahondar e insistir en la relevancia de la investigación para nuestro cuerpo de conocimientos, es preciso no quedarnos donde estamos sino añadir, aportar nuevos conocimientos que sin duda redundarán -deben redundar- en una mejor atención a nuestros iguales (todos los seres humanos) al tiempo que mejorará nuestro prestigio académico-profesional.

Merece la pena señalar, o traer a discusión, que el gran cuerpo de conocimientos de la Medicina de Familia (MF) es la Medicina. Podríamos decir que la Medicina de Familia es la Medicina, toda la Medicina, ejercida, aplicada, allí donde los seres humanos viven habitualmente. La MF es la Medicina que se mezcla, que se involucra con la cotidianeidad.

Además, pero no en contraposición a, la Medicina de Familia aporta especificidades amplia-

mente reseñadas por los próceres de nuestra especialidad, que derivan, como se ha reseñado, del ámbito donde desempañamos nuestra labor. Ello va a conllevar una mayor accesibilidad a nuestros servicios, la posibilidad por nuestra parte de considerar a cada individuo en su entorno, el seguimiento a lo largo del tiempo y – derivada de la función asignada a la Medicina de Familia en nuestro Sistema Nacional de Salud- la coordinación de las actividades que se ejercen sobre los pacientes que tenemos asignados.

Las tareas anteriormente señaladas no las llevamos a cabo nosotros solos en los centros de salud en donde también trabajan otros profesionales de la salud con quienes la coordinación es cotidiana sino también, aunque más esporádicamente, nos coordinamos con nuestros colegas del ámbito hospitalario.

Podría decirse que, tal vez, hemos puesto durante mucho tiempo demasiado énfasis en nuestras particularidades y no tanto en todo lo que nos une y nos enraíza al tronco común de la Medicina. De nuevo, somos la Medicina, toda la Medicina, aplicada allí donde la gente vive, lo que le añade (no le quita) algunas características.

Pues bien, a pesar de la claridad conceptual, o las discusiones –expresión de vida- que nos quede por tener, a pesar de los progresos, la investigación en el ámbito de la APS, de nuestra Medicina de Familia, no acaba de despegar, de alcanzar el necesario reconocimiento social o en el seno de la profesión médica.

También son conocidos y han sido ampliamente enumerados, listados, priorizados, debatidos, los obstáculos para la investigación relevante y de calidad en APS y Medicina de Familia. Pero también merece la pena señalar que esos obstáculos son a día de hoy menores: las listas de personas a atender por médico no son ahora tan largas como hace una década, la receta electrónica ha aliviado notoriamente nuestras consultas, hay residentes en un mayor número de centros, residentes que permanecen con nosotros un año más. En el debe, señalar que desafortunadamente nuestra historia de salud digital no fue diseñada para favorecer la investigación; pero aún así puede contribuir.

Habría que poner el acento –propongo la autocríticaen un punto: no le hemos dado a la investigación, ni individual ni colectivamente, la importancia que merecía. No hemos sido conscientes de nuestras fortalezas y de todo lo que perdemos si no estamos en la vanguardia. En esta sociedad del conocimiento, no aportar nuevos conocimientos es retroceder por el sencillo hecho de que otros sí los aportan y ganan visibilidad y por tanto reconocimiento social y profesional. Tal vez nos hemos acomodado en la queja, en nuestra falta de tradición.

Ahora disponemos de más herramientas (internet, la biblioteca de salud virtual), de más tiempo, de mas y mas formadas personas (residentes), sólo nos falta convencernos de lo grave que puede (que va a) significar no aportar al cuerpo de conocimientos de la Medicina y de las ventajas profesionales y para nuestros pacientes que puede significar el hecho de responder preguntas relevantes con un método adecuado.

## La red de Centros de salud, o profesionales investigadores, de la SAMFyC como alternativa

El foro de investigación en la página web de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria, contempla la llamada a formar parte de una red de centros de salud investigadores, o en su defecto, de profesionales que ven la relevancia de sumar, de multiplicar esfuerzos. ¿De qué se trata exactamente?

En primer lugar se trata de reconocer, con las excepciones conocidas, que de seguir como hasta ahora, es decir con pequeños trabajos de investigación llevados a cabo en un ámbito muy limitado, con muestras pequeñas de escasa representatividad, jamás lograremos impactar en la comunidad científica.

Tendremos la claves para el despegue si reconocemos que si sumamos todos los pacientes que atendemos todos los médicos de familia de Andalucía; problemas con el tamaño muestral, con la representatividad de la muestra, no tenemos. Pero hace falta que nos miremos a nosotros mismos como un todo, como una suma multiplicadora.

Que si somos capaces de formar una base de datos con todos los centros de salud, o en su defecto, miembros de esos centros, que estén dispuestos a compartir sus ideas y proyectos, también sus resultados, nuestra capacidad de llevar a cabo investigación de altísimo nivel queda garantizada.

Si somos capaces de conceptualizar la investigación como algo que no se hace aparte de la clínica o de las actividades docentes que llevamos a cabo cada día, sino que entendemos cada paciente como parte de una cohorte de seguimiento, es decir si integramos la investigación en nuestra actividad cotidiana, podemos dar un gran salto.

Si sabemos y entendemos que el mayor grado de evidencia se concede a los resultados procedentes de ensayos clínicos y que la esencia de dichos ensayos es la aleatorización, y que se puede aleatorizar por conglemerados, por centros de salud, tendremos otra de las claves para comparar el resultado de algunas de nuestras intervenciones de una manera que alcanza un mayor reconocimiento en el mundo científico. Ello de nuevo a condición de que nos comprometamos a coordinarnos.

¿Qué gano yo con todo esto? Si soy investigador gano reciprocidad (palabra clave en esta propuesta): yo colaboro contigo en la seguridad de que tú lo harás conmigo y viceversa; ese es el trato. Si no me considero investigador (aunque todo clínico lo es por definición) ¿por qué habría de participar?, aquí no habría más remedio que echar mano del compromiso con los valores de la profesión, con la solidaridad, con la mejora de la atención a los pacientes. Dicho lo cual, la adscripción no puede ser sino voluntaria.

Si nos faltaba algo, las modernas tecnologías nos lo ponen mucho más fácil. La plataforma *Moodle* o Google.docs nos permiten compartir, introducir, añadir nuestros datos en una base común, cada uno desde cualquier lugar donde haya un ordenador conectado a internet.

Por otra parte *La red de fundaciones gestoras de la investigación del SSPA*, con representación en todas las provincias andaluzas (para Jaén, Almería y Granada bajo el nombre de FIBAO), constituyen una inmejorable oportunidad de apoyo metodológico y estadístico con la que habríamos soñado hace algún tiempo.

Sólo nos falta que algunas propuestas de mejora de Diraya, que pueden partir desde la propia Red de centros de salud o profesionales investigadores, sean aceptadas. Por lo pronto, la adopción, como se hace en la APS de la inmensa mayoría de los países desarrollados, de la *CIPSAP-2 definida* (mantiene su correspondencia con CIE-10) como sistema de codificación de los motivos de consulta, se antoja inaplazable.

Podría decirse que ya no hay excusa, que la investigación relevante y de calidad, de impacto poblacional y profesional, ya está a nuestro alcance. Sólo falta que estemos realmente convencidos de su importancia, de lo mucho que podemos hacer ganar a las personas a las que atendemos, a las poblaciones de las que forman parte y a nosotros mismos como miembros de la comunidad científica.

¿Nos lo creemos? En ese caso, compartamos sobre la base de la solidaridad, de la reciprocidad, todos saldremos ganando.

La red de Centros de Salud o profesionales investigadores de la SAMFyC puede ser una herramienta poderosa, un trampolín, desde el que lanzarnos hacia el futuro.

#### Bibliografía:

1.- Gálvez Ibáñez M. La investigación en Medicina de Familia, un valor añadido a potenciar. Med fam Andal. 2000; 1: 9-10.

#### EL ESPACIO DEL USUARIO

### Participación social en el sistema sanitario público de Andalucía

Ruiz Legido O

Presidenta FACUA Andaluc™a

La Ley de Salud de Andalucía consagró en su artículo dos la participación ciudadana como uno de sus principios rectores y en su artículo seis lo reconoció como un derecho básico de todos los ciudadanos, dedicándole posteriormente un título específico, el III, para abordarla en su vertiente colectiva, institucional y territorial. La define expresamente como una herramienta fundamental y necesaria para el "seguimiento de la ejecución de las directrices de la política sanitaria, asesoramiento a los órganos directivos e implicación a las organizaciones sociales en el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud y en la toma de decisiones de aspectos que afectan a su relación con los servicios sanitarios públicos".

La participación social es abordada por tanto en Andalucía no sólo como un derecho individual de los usuarios del sistema, sino como un derecho de la colectividad, del conjunto de los ciudadanos y ciudadanas andaluces, representados a través de organizaciones sociales que deben contribuir en el diseño del sistema y del modelo sanitario, así como en su gestión, ejecución y evaluación. En este sentido, la participación ciudadana presenta dos vertientes diferenciadas y complementarias: la individual y la colectiva o representativa.

En estos años, el sistema sanitario público andaluz se ha venido caracterizando por un avance en el reconocimiento de derechos individuales de los usuarios del sistema, y con ello, en la vertiente más individual de la relación de los ciudadanos con el mismo: libre elección de médico general y especialista, segunda opinión médica, testamento vital, garantía de plazos de respuesta, protocolización de los sistemas de atención a los usuarios, mejora en la gestión de sus quejas y reclamaciones, etc. Nada que objetar por supuesto al desarrollo de estos derechos y a la mejora de la atención al usuario en los centros, cuya implementación merece ser valorada de forma positiva y donde lo que nos debe ocupar es seguir trabajando en mejorar y ganar en eficacia en el ejercicio y ejecución de estos derechos.

Sin embargo, el resultado de su evaluación obtiene pésimos resultados cuando pasamos a analizar el desarrollo y evolución de la participación ciudadana en su vertiente colectiva, aquella ejercida a través de organizaciones representativas de la ciudadanía y que es reconocida por la Ley de Salud de Andalucía como instrumento de legitimación social de las políticas públicas en salud.

En este caso, no sólo no podemos hablar de avance, sino que lamentablemente es preciso alertar del grave retroceso que se está produciendo y que reduce prácticamente a la nada el principio rector consagrado en la Ley de Salud

La Junta de Andalucía diseñó en el año 1998 un modelo de participación social en el ámbito sanitario con una estructura básica y mínima. Creó un Consejo Andaluz de Salud cómo máximo órgano de participación social y avanzó la figura de los Consejos de Salud de Área en el ámbito territorial. Además permitió y alentó el desarrollo, tanto territorial como funcional de dicha estructura mínima. Así, se fueron creando ocho Consejos de Salud de Área, y posteriormente se dio entrada a las organizaciones sociales en los órganos consultivos de las empresas públicas sanitarias, EPES y hospitales, así como en el Consejo de Administración del Servicio Andaluz de Salud.

Junto a este marco institucional, en el ámbito del desarrollo de las propias estrategias de salud, se articularon procedimientos participati-vos para abordar importantes herramientas de planificación: Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud, I Plan de Calidad de Andalucía y los primeros Planes Andaluces de Salud. Asimismo, las organizaciones de consumidores y usuarios andaluzas, y concretamente FACUA Andalucía, trabajamos y colaboramos estrechamente en la implementación de la Tarjeta Sanitaria, base de datos electrónica de usuarios, campañas de uso racional del medicamento y en la prescripción por principio activo, entre otras medidas de mejora de la gestión sanitaria y farmacéutica.

El deterioro paulatino y progresivo en estos años del marco institucional de participación nos ha llevado prácticamente a la desaparición de todos los órganos existentes en materia sanitaria. A día de hoy, sólo pervive alguna comisión de participación social en algún hospital de la red pública. Las relaciones entre el Servicio Andaluz de Salud y las organizaciones de consumidores y usuarios en materia de atención sanitaria, pese a la existencia de un convenio marco de colaboración firmado en el año 2000, también se encuentran en estado de hibernación y suspendido en el tiempo

sin fecha de ser retomado. En definitiva, el mandato contenido en la Ley de Salud de Andalucía encaminado a garantizar la participación social resulta hoy por hoy claramente desatendido. El papel que en su día se nos reconoció de auténticos agentes de salud, queda reducido al ámbito del desarrollo de campañas y programas de promoción de la salud y al trámite formal de audiencia pública en la producción normativa.

Medidas tales como la factura sombra, la reducción del gasto farmacéutico, la implementación en Andalucía de los medicamentos unidosis o la aprobación y puesta en marcha de estrategias como el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, han sido analizadas, valoradas y tratadas con las organizaciones sociales representativas de los usuarios.

El Gobierno andaluz debe seguir trabajando y desarrollando la vertiente individual de los derechos ciudadanos, pero es preciso que reconduzca la situación actual por la que atraviesa la participación social, esencia indiscutible de una sociedad democrática y de una administración que legitima sus actuaciones y decisiones desarrollando e impulsando estrategias de colaboración y participación ciudadana.

### AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2010

El Consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores sus valiosas y desinteresadas aportaciones, encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2010. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

Luis Ávila Lachica
Rebeca Cuenca del Moral
Ana Mª De los Ríos Álvarez
Salvador Duarte Vallejo
Manuel Gálvez Ibáñez
Mª Carmen García Tirado
Rafael Molina Díaz
Herminia Mª Moreno Martos
Francisca Muñoz Cobos
Mª José Orgaz Rosua
Amparo Ortega del Moral
José Ángel Sánchez Ortiz
Mª Rosa Sánchez Pérez

Especial mención a Doreen Carroll e Inmaculada Torres por sus traducciones y revisiones al inglés.

#### **ORIGINAL**

# El gasto sanitario público en andalucía, 1995-2008: comparación con el conjunto de las comunidades autónomas

Simó Miñana J

M"dico de Familia. Centro de salud de Anso/in (Navarra). Plataforma 10 minutos

#### RESUMEN

**Título**: el gasto sanitario público en Andalucía, 1995-2008: comparación con el conjunto de las comunidades autónomas.

**Objetivo**: Conocer el crecimiento y reparto del gasto sanitario público (GSP) entre 1995 y 2008 según sectores en la sanidad pública andaluza y su comparación con el conjunto de las 17 comunidades autónomas (CCAA).

Diseño: Estudio longitudinal retrospectivo.

Participantes: Las 17 CCAA españolas.

**Mediciones**: Se determina el reparto del GSP andaluz entre sus principales sectores, su crecimiento anual y se compara con la media autonómica, se consideran también variables sociodemográficas como la renta y el envejecimiento poblacional.

Resultados: Entre 1995 y 2008, el GSP per cápita andaluz es un 9% inferior a la media autonómica y crece un 14% menos. El gasto farmacéutico per cápita andaluz está prácticamente en la media, crece un 30% menos que la media, pero su peso en el GSP aumenta es un 7% mayor. En Andalucía, el crecimiento del gasto per cápita en atención primaria es un 67% superior al hospitalario (5,053% vs. 3,023%) y la atención primaria aumenta su participación en el GSP andaluz un 1,688 anual pero el hospital la reduce un 0,281% anual, un comportamiento inverso al del conjunto autonómico. En términos per cápita, y en el promedio del periodo, el gasto hospitalario andaluz es un 8% inferior a la media y el gasto en atención primaria un 4% superior.

Conclusiones: Entre 1995 y 2008, Andalucía apuesta decididamente por potenciar presupuestariamente su

atención primaria frente al propio sector hospitalario andaluz y frente al promedio autonómico, mediante una dotación presupuestaria de ambos sectores contraria a la llevada a cabo por el conjunto autonómico.

Palabras clave: Servicios sanitarios; gasto sanitario; atención primaria; renta; envejecimiento.

#### **SUMMARY**

Title: public expenditure on health in Andalusia between 1995 and 2008: a comparison with other autonomous regions.

**Goal**: Obtain information regarding growth and distribution of public spending on health between 1995 and 2008 in certain sectors of the publically-financed Andalusian health system and compare it with similar expenditures in the other 17 autonomous regions that form the Spanish state.

**Design**: Retrospective longitudinal study.

Participants: Spain's 17 autonomous regions.

**Intervention**: Spending and annual growth rates for key sectors of the Andalusian health system are determined; that information is compared with averages from the other autonomous regions. Sociodemographic variables such as income and the aging population are also taken into account.

Results: Between 1995 and 2008 Andalusian public health expenditure per capita is 9% less than the autonomous regions' average and its growth rate is 14% lower. Per capita pharmaceutical expenditure in the Andalusian public system is almost on an average with the other autonomous regions, increasing 30% less than the average but with a 7% higher weight on overall public health expenditure. Andalusia's per capita growth in expenditure for primary care is proportionally 67% higher than for hospitals (5.03% vs. 3.023%) and primary care's weight on Andalusia's health expenditure increases by 1.688% annually, while the hospital sector's decreases 0.281% annually, a pattern that is

Correspondencia: Juan Simó Miñana

CS Ansoáin

C/ Ostoki, s/n

31013 Ansoáin (Navarra)

E-mail: ju.simom@gmail.com

Recibido el 22-12-2010; aceptado para publicación el 06-04-2011 Med fam Andal 2011; 1: 12-19 contrary to what occurs in the other autonomous regions. In per capita terms, and on average for the period, Andalusian public hospital expenditure is 8% lower than the average and 4% higher in primary care.

**Conclusions**: Between 1995 y 2008, Andalusia makes a firm decision assign a greater increase in its budget for primary care than for hospital care, contrary to what occurred in the other autonomous regions.

**Key words**: Health services, health expenditures, primary care, income, aging.

#### INTRODUCCIÓN

Nuestra atención primaria se sitúa desde los primero años 90 en el epicentro de la infrapresupuestación relativa de la sanidad pública española respecto a Europa (1) y el reparto de fondos públicos y su crecimiento entre los principales sectores de la sanidad pública entre 1995 y 2006 fue muy desfavorable para nuestra atención primaria (2, 3). Esta situación parece que empieza a corregirse (4) tras la aprobación en 2006 por el Consejo Interterritorial del Proyecto AP-21 (5) cuya estrategia nº 36 recomienda incrementar los recursos financieros destinados a la atención primaria por encima del incremento de la media de los presupuestos sanitarios públicos. Por otro lado, cuando se comparan los sistemas sanitarios autonómicos, la sanidad pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía resulta situada en una posición intermedia tanto en el conjunto del sistema (6) como su atención primaria (7). El objetivo del presente trabajo es conocer el reparto de los fondos públicos para la sanidad pública andaluza entre sus diferentes sectores (atención hospitalaria-especializada, primaria y fármacos), su crecimiento y su comparación con el conjunto de las 17 comunidades autónomas (CC.AA.) durante el periodo 1995 - 2008.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

El gasto sanitario público que se analiza en este trabajo incluye únicamente el de las CC.AA. Esto es, el gasto sanitario ocasionado por la asistencia sanitaria transferida a las CC.AA. y que representa actualmente más del 90% del gasto sanitario público. Por lo tanto, no se incluye el gasto sanitario público de la Administración Central del Estado, el de las Mutualidades de funcionarios, el de las Mutualidades de Accidentes de Trabajo, el de las Corporaciones Locales ni el de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Los datos de gasto sanitario público proceden de las Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público (8, 9). Proceden del INE los datos de población, Producto Interior Bruto (PIB) y deflactor del PIB (10, 11, 12, 13). Las variables expresan el promedio entre 1995 y 2008 para cada CC.AA. y son las siguientes:

- 1. Población (número de habitantes)
- 2. PIB per cápita (PIBpc)
- 3. Porcentaje de población 65 años (P65)
- 4. Gasto sanitario público per cápita (GSpc)
- 5. Gasto hospitalario-especializada per cápita (GHpc)
- 6. Gasto en atención primaria per cápita (GAPpc)
- 7. Gasto farmacéutico (recetas del SNS) per cápita (GFpc)
- 8. Gasto en personal per cápita (GPpc)
- 9. Gasto en personal hospitalario-atención especializada per cápita (GPHpc)
- 10. Gasto en personal de atención primaria per cápita (GPAPpc)
- 11. Gasto hospitalario-atención especializada como porcentaje del gasto sanitario (GH%GS)
- 12. Gasto en atención primaria como porcentaje del gasto sanitario (GAP%GS)
- 13. Gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario (GF%GS)
- 14. Gasto de personal como porcentaje del gasto sanitario (GP%GS)

Los gastos per cápita y la renta per cápita se expresan en euros corrientes. Para obtener el crecimiento real de los gastos se deflacta su crecimiento nominal mediante el deflactor del PIB del periodo.

#### **RESULTADOS**

La tabla 1 muestra la distribución de las variables del estudio entre las CA.AA. La tabla 2 muestra el incremento anual real de la renta (PIB per cápita) y de algunos gastos durante el periodo de estudio. La tabla 3 muestra la variación anual del envejecimiento, de la población y de la participación de algunos sectores funcionales en el gasto sanitario público en el periodo de estudio. En relación con el promedio de las CCAA, se muestra el perfil evolutivo entre 1995 y 2008 de la renta y gastos sanitarios per cápita andaluces (figura 1) y del envejecimiento poblacional andaluz y del peso de los principales sectores funcionales dentro del gasto sanitario público andaluz (figura 2).

## Crecimiento de la población y del envejecimiento poblacional

La población andaluza pasó de 7.112.623 habitantes en 1995 a 8.202.220 en 2008, lo que significa un incremento acumulado del 15,32% (un 1,104% anual) (tabla 3). Durante el mismo periodo, la población española aumentó un 17,2% (un 1,230% anual). La proporción de habitantes de 65 o más años durante el periodo 1995-2008 pasó del 12,89% al 14,59%%, lo que significa un incremento acumulado del 13,19% del envejecimiento poblacional (un 0,229% anual) (tabla 3), casi el doble del ocurrido en el conjunto de la población española durante el mismo periodo (7,9% acumulado, 0,598% anual).

#### Crecimiento de la renta y de algunos gastos

El crecimiento del gasto sanitario público andaluz es un 14% inferior al promedio autonómico (3,293% vs. 3,812%) (tabla 2). Se detectan diferencias relevantes en el crecimiento de los principales sectores funcionales del gasto sanitario público andaluz. Concretamente, el incremento del gasto en atención primaria es un 67% mayor

que el de atención hospitalaria (5,053% vs. 3,023) (tabla 2). También, el incremento del gasto en personal de atención primaria es un 63% mayor que el gasto en personal de especializada (3,299% vs. 1,389%). En Andalucía, el gasto en atención primaria el que más crece durante el periodo 1995-2008, mientras que en el conjunto autonómico es el gasto hospitalario (3,949%). El gasto en personal de atención especializada es el que menos crece en Andalucía, mientras que en conjunto autonómico el que menos crece es el gasto en personal de atención primaria (2,796%). En Andalucía, crecen por debajo de la renta el gasto de personal y el gasto en personal de atención especializada. Crecen más que la renta, el gasto de atención primaria, el de atención especializada, el gasto en personal de atención primaria, el gasto farmacéutico y el gasto sanitario público en su conjunto (tabla 2). En el conjunto autonómico todos los gastos crecen más que la renta (tabla 2).

## Variación de la participación de algunos sectores en el gasto sanitario público

En Andalucía, la atención primaria es el único sector que aumenta su participación en el gasto sanitario público andaluz (un 1,688% anual). La atención hospitalaria y la farmacia de receta reducen anualmente su participación en un 1,269% y 0,541% respectivamente. El gasto de personal, en su conjunto, reduce su participación anualmente en un 1,269% (tabla 3). En el conjunto autonómico, todos los sectores reducen su participación excepto el sector hospitalario que la aumenta (tabla 3).

# Perfil evolutivo del presupuesto sanitario andaluz y sus sectores comparado con el promedio autonómico

Las figuras 1 y 2 nos muestran el perfil evolutivo, el *skyline* presupuestario, desde 1995 hasta 2008, del gasto sanitario público andaluz total y desagregado por sectores funcionales comparado con el promedio autonómico. Respecto al perfil de los gastos per cápita (figura 1), se comprueba el crecimiento continuado del gasto per cápita en atención primaria que parte una posi-

ción un 8-9% inferior al promedio autonómico durante los primeros años del periodo y termina situándose más de un 10% por encima de dicho promedio al final del periodo. Prácticamente idéntico es el perfil del peso de la atención primaria en el gasto sanitario público andaluz en relación con el promedio autonómico (figura 2). El gasto hospitalario per cápita, algo por encima del promedio autonómico al inicio del periodo, es objeto de una progresiva reducción relativa que le lleva a situarse por debajo de dicho promedio entre 10 y 15 puntos porcentuales desde 2001 (figura 1). Pese a ello, el peso del gasto hospitalario dentro del gasto sanitario andaluz, un poco por encima del promedio autonómico al principio del periodo, se coloca en dicho promedio también desde 2001 hasta el final del mismo (figura 2). El gasto farmacéutico per cápita, en el promedio autonómico durante la primeria parte del periodo, se reduce relativamente a partir de 2003 hasta colocarse durante los últimos años del periodo un 10% por debajo de dicho promedio. Gracias a ello, el peso del gasto farmacéutico dentro del gasto sanitario público andaluz, aproximadamente un 10% por encima del promedio autonómico hasta 2003, se reduce relativamente desde entonces hasta colocarse prácticamente en la media autonómica al final del periodo.

#### DISCUSIÓN

#### Estimación del crecimiento real del gasto

Se ha propuesto la utilización de un deflactor específico del gasto sanitario público nominal en lugar del recurso habitual al deflactor del PIB (14). Aunque la construcción de un deflactor especifico para el gasto sanitario público nominal no está exenta de dificultades metodológicas, disponemos en la literatura de una propuesta (15) en la que sus autores estimaron un deflactor específico del gasto sanitario público español para el periodo 1986-1994. El deflactor específico del gasto sanitario público estimado por los autores creció durante este periodo a una tasa anual media del 4,91% mientras que el deflactor del PIB lo hizo a una tasa media del 6,02%. Por tanto, la utilización del deflactor del PIB infraestimaría levemente el crecimiento real acumulado del gasto sanitario público durante el periodo 1986-1994. No disponemos de un deflactor específico del gasto sanitario público que podamos utilizar para el periodo de estudio del presente trabajo (1995-2008). No obstante, es posible, tal y como ocurría durante el periodo 1986-1994, que la utilización del deflactor del PIB infraestime levemente el crecimiento real del gasto sanitario público durante el periodo 1995-2008. Sin embargo, es improbable que esa eventual infraestimación invalide los principales resultados y conclusiones de este trabajo.

### El gasto de personal: la diana del "control" del gasto

El gasto de personal en la sanidad pública andaluza fue la diana del control del gasto durante el periodo 1995-2008. Su participación en el gasto sanitario público andaluz se redujo anualmente un 1,269% (tabla 3). Pero el "control" del gasto de personal no afecta por igual a la atención primaria y a la especializada. El "control" se centra en especializada con lo que el gasto en personal en atención especializada es el que menos crece durante el periodo de estudio (tabla 2). El gasto de personal como diana del "control" del gasto sanitario público se ha descrito para el conjunto de las CC.AA. entre 1995 y 2006 (2, 3), y persiste al ampliar el análisis hasta 2008 (tabla 2). Pero, al contrario que ocurre en el conjunto autonómico, en Andalucía creció un 63% más el gasto de personal de atención primaria que el de atención hospitalaria (tabla 2).

## El trato presupuestario de la atención primaria vs. el de atención especializada

El gasto en atención primaria en Andalucía creció un 67% más que el hospitalario. También el gasto en personal de atención primaria creció un 63% más que el gasto en personal hospitalario. Esto tiene su reflejo en la participación de ambos sectores en el gasto sanitario público andaluz: la atención primaria aumenta su participación anualmente un 1,688% mientras que la atención hospitalaria la reduce un 0,281%, justo lo contrario que lo ocurrido para el conjunto de las CCAA (tabla 3). Gracias a ello, Andalucía no discriminó presupuestariamente a su atención

primaria frente al hospital en relación con el promedio autonómico, algo que sí ocurrió en otras comunidades (16).

#### Gasto en atención primaria, hospitalaria, farmacia, renta y envejecimiento

Cuando se ha estudiado la relación de la renta y el envejecimiento poblacional con el presupuesto de los distintos sectores funcionales entre las CC.AA. (2, 3, 4, 16, 17) se detecta una tendencia a que las comunidades más ricas gasten menos per cápita en farmacia de receta, más en atención hospitalaria-especializada pero no más en atención primaria. Las comunidades más ricas muestran también un mayor peso del sector hospitalario dentro del gasto sanitario público pero un menor peso de la farmacia de receta. Entre las comunidades más envejecidas, con mayor proporción de población con 65 a más años, se detecta un mayor gasto per cápita en farmacia y en atención primaria pero no más en hospital, de modo que las más envejecidas tienden a mostrar un mayor peso de la atención primaria y de la farmacia de receta dentro de su gasto sanitario público. La Comunidad Andaluza, sustancialmente por debajo de la media autonómica en renta per cápita y en envejecimiento poblacional (figuras 1 y 2), muestra algunos aspectos de estas observaciones pero otros no. En relación con la media autonómica, y en el promedio del periodo, Andalucía muestra un gasto farmacéutico como parte de su gasto sanitario público un 7% mayor (tabla 1), un gasto farmacéutico per cápita prácticamente en dicha media (tabla 1). Y un crecimiento del mismo un crecimiento del mismo un 30% inferior a la media (tabla 2), gracias esto último, probablemente, a su menor envejecimiento poblacional (tabla 1 y figura 2). Afortunadamente para su atención primaria, la sanidad pública andaluza ha apostado decididamente por la inversión en este nivel de atención. Pese a exhibir un gasto sanitario público per cápita un 9% inferior a la media autonómica (tabla 1), Andalucía ha privilegiado presupuestariamente a su atención primaria frente al hospital. Así, el gasto per cápita en atención primaria andaluz ha crecido respecto al promedio autonómico progresivamente durante todo el periodo de estudio y ha pasado de situarse casi un 10% por debajo del mismo al inicio del periodo hasta superarlo en más de un 10% al final del mismo (figura 1).

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Simó J, Gervas J, Seguí M, De Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea. Aten Primaria. 2004; 34: 472-481.
- 2.- Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cenicienta del Sistema Nacional de Salud. Aten Primaria. 2007; 39: 127-32.
- 3.- Simó J. Financiación del hospital y de la atención primaria españoles. Periodo 1995-2006. En: Palomo L (Coord.). Expectativas y realidades en la atención primaria española". Madrid: Fundación 1º de Mayo y Ediciones GPS; 2010.
- 4.- Simó J. El gasto sanitario en España, 2002-2008: ¿Empieza el rescate presupuestario de la atención primaria? Aten Primaria. (en prensa).
- 5.- Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- 6.- Los servicios sanitarios de las CCAA. Informe 2010 (VII Informe). Septiembre 2010. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). URL: http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/INFORME.ccaa2010.doc
- 7.- Martín-García M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. El desarrollo de la atención primaria en relación con la orientación política de los gobiernos autonómicos. Aten Primaria. 2008; 40: 277-84.
- 8.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Gasto Sanitario Territorializado por Comunidades Autónomas (1988-2005). Serie histórica. URL: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2006/Serie\_1988\_2005\_Nuevo.xls
- 9.- Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público. Tablas estadísticas. Estadística del gasto sanitario público. Principios de Devengo. (2002-2008). Evolución y clasificaciones por subsectores de gasto. Comunidades Autónomas. URL: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egsp\_gasto\_real.xls
- 10.- Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población. Series históricas de población. URL: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis &path=/t20/e245/p05&file=inebase

- 11.- Instituto Nacional de Estadística. Padrón municipal: explotación estadística y Nomenclátor. Explotación estadística del Padrón. Datos nacionales, por CCAA y por provincias. Población por sexo, comunidades y provincias y edad. URL: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebase&L=0
- 12.- Instituto Nacional de Estadística. Cuentas económicas. Contabilidad Regional de España. Producto interior bruto a precios del mercado. Tablas por comunidades autónomas. Serie 1995-2009. URL: http://www.ine.es/daco/daco42/cre00/serieh/cre00\_sh.htm
- 13.- Instituto Nacional de Estadística. Producto Interior Bruto (PIB). Base 2000. Crecimiento en volumen. URL: http://www.ine.es/prensa/pib\_tabla\_cne.htm

- 14.- Murillo C, Baró E. Los deflactores sanitarios públicos: construcción y seguimiento de las variaciones en las prestaciones sanitarias medias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- 15.- Blanco A, De Bustos A. El gasto sanitario público en España: diez años de Sistema Nacional de Salud. Hacienda Pública Española. 1996; 3: 3-27.
- 16.- Simó J. Evolución del gasto en sanidad pública y sus sectores durante el periodo 1999-2005: comparación entre Comunidades Autónomas. Observatorio Sanitario en Atención Primaria. Plataforma 10 minutos. URL: http://www.observatoriosanitario.org/
- 17.- Simó J, Gérvas J. Gasto farmacéutico en España y en Europa (1995-2002): el 'despilfarro' español, un mito sin fundamento. Rev Adm Sanit. 2007; 5: 1-15.

Tabla 1. Distribución de las principales variables del estudio entre las comunidades autónomas (CCAA). Valores promedio del periodo 1995-2008 (n = 17).

	Población	P65	PIBpc*	GSpc*	GHpc *GAPpc *	G	Fpc*	GPpc <sup>®</sup>	GPHpc*GPAP	DC B	GH%GS	GAP%GS	GF%GS	GP%GS
Andalucía	7.552.051	14,3	12.993	808	442	131	186	392	267	103	55,0	15,8	23,3	49,0
Aragón	1.228.291	20,7	18.491	926	504	134	204	474	320	114	54,2	14,7	22,2	51,6
Asturias	1.078.895	21,2	14.963	933	534	119	210	452	320	100	57,4	12,8	22,5	48,8
Baleares	895,465	14,3	19.875	781	436	105	148	387	270	90	55,2	13,7	19,6	49,6
Canarias	1.807.451	11,7	15.871	888	481	110	175	389	266	95	53,3	12,4	19,7	43,5
Cantabria	545.724	18,6	16.620	972	542	115	185	474	318	94	56,7	11,6	19,2	49,1
Castilla y León	2.502.093	22,0	16.107	878	444	148	190	448	275	130	50,6	17,3	21,6	51,7
Castilla-La Mancha	1.810.702	19,1	13.584	828	399	134	203	396	249	113	48,0	16,5	24,9	48,1
Cataluña	6.573.429	16,7	20.651	865	466	137	194	243	119	103	53,6	15,9	22,6	27,9
Comunidad Valenciana	4.364.631	16,1	15.973	811	413	108	220	342	224	91	50,7	13,5	27,3	43,2
Extremadura	1.076.406	18,6	11.319	909	449	157	204	440	274	134	49,6	17,5	22,7	48,9
Galicia	2.745.526	20,4	13.854	878	477	105	217	383	264	93	54,4	12,1	24,2	43,9
Madrid	5.522.685	14,3	22.877	801	499	98	143	401	289	81	62,3	12,3	17,8	50,4
Murcia	1.228.456	13,9	14.444	861	471	108	198	385	268	91	54,2	12,9	23,2	45,4
Navarra	564.413	17,6	21.830	1.003	571	159	183	524	365	123	56,9	16,0	18,0	52,7
País Vasco	2.112.201	17,3	21.502	977	557	147	186	496	346	116	57,3	15,2	18,9	51,5
Rioja, La	282.318	18,8	19.110	956	479	122	187	448	298	103	50,7	13,1	20,6	48,6
Pi	romedio CCAA	17,4	17.063	887	480	126	190	416	278	104	54,1	14,3	21,7	47,3
	DE	2,9	3448	68	49	19	21	66	55	15	3,5	1,9	2,6	5,8
	cv	0,17	0,20	0,08	0,10 0	,15	0,11	0,16	0,20	0,15	0,07	0,14	0,12	0,12

Población: número de habitantes; P65: Porcentaje (%) de población con 65 o más años; PiBpc: Producto interior Bruto per cápita (pc); GSpc: gasto sanitario pc; GHpc: gasto hospitalario-especializada pc; GAPpc. gasto en desención primaria pc; GFpc: gasto farmacéutico (precetas SRS) pc; GPpc: gasto en personal pc; GPHpc: gasto en personal pc; GPAPpc: gasto en personal pc; GHPGS: gasto sanitario; GHPGS: gasto

15 **17** 

**Tabla 2.** Incremento anual real<sup>®</sup> de la renta y algunos gastos sanitarios públicos *per cápita*. Andalucía comparada con el promedio de las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.). Periodo 1995-2008.

	Incremento anual real (%) Periodo 1995-2008		
	Andalucía	Promedio CC.AA.	
Renta per cápita			
(PIB per cápita)	2,566	2,306	
Gasto sanitario público			
per cápita per cápita	3,293	3,812	
Gasto hospitalario-especializada			
per cápita	3,023	3,949	
Gasto en Atención Primaria			
per cápita	5,053	3,286	
Gasto de personal			
per cápita	1,902	3,243	
Gasto de personal hospitalario-especializada per			
cápita	1,389	3,502	
Gasto de personal en atención primaria per			
cápita	3,299	2,796	
Gasto farmacéutico (recetas SNS)			
per cápita	2,673	3,797	

a Incremento real anual = incremento nominal anual - incremento anual del deflactor del PIB.

Tabla 3. Variación anual (en porcentaje) de la población, del envejecimiento poblacional y de la participación de algunos sectores en el gasto sanitario público. Andalucía comparada con el promedio de las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.). Periodo 1995-2008.

	Variación anual (%) Periodo 1995-2008	
	Andalucía	Promedio CC.AA.
Gasto hospitalario-especializada		
como porcentaje del gasto sanitario público	-0,281	0,152
Gasto en atención primaria		
como porcentaje del gasto sanitario público	1,688	- 0,504
Gasto farmacéutico		
como porcentaje del gasto sanitario público	-0,541	- 0,038
Gasto de personal		
como porcentaje del gasto sanitario público	- 1,269	- 0,531
Envejecimiento		
(porcentaje de población con 65 o más años)	0,964	0,598
Población		
(número de habitantes)	1,104	1,230

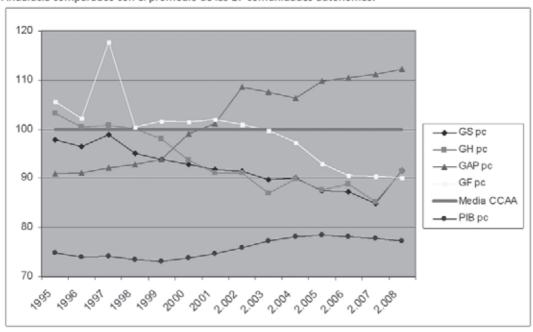


Figura 1.- Perfil evolutivo entre 1995 y 2008 de la renta per cápita y gastos sanitarios en términos per cápita en Andalucía comparados con el promedio de las 17 comunidades autónomas.

Media CCAA: Promedio comunidades autónomas; PIBpc: Producto Interior Bruto per cápita (pc); GSpc: gasto sanitario pc; GHpc: gasto hospitalario-especializada pc; GAPpc: gasto en atención primaria pc; GFpc: gasto farmacéutico (recetas SNS) pc.

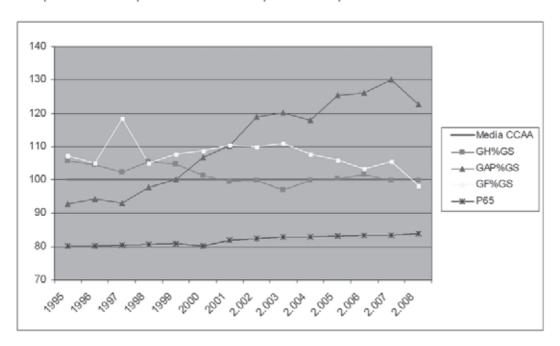


Figura 2.- Perfil evolutivo entre 1995 y 2008 del envejecimiento poblacional y de los gastos sanitarios expresados como parte del sanitario público en Andalucía comparados con el promedio de las 17 comunidades autónomas.

Media CCAA: Promedio comunidades autónomas; GH%GS: gasto hospitalario-especializada como % del gasto sanitario; GAP%GS: gasto en atención primaria como % del gasto sanitario; GF%GS: gasto farmacéutico como % del gasto sanitario; P65: Porcentaje (%) de población con 65 o más años.

#### **ORIGINAL**

# Creencias en alimentación: un estudio cualitativo con grupos focales

Segura Domínguez  $N^1$ , Luque Hernández  $M^aJ^1$ , Pulido Naranjo  $L^1$ , Leiva Fernández  $F^1$ , Vidal España  $F^2$ , Barnestein Fonseca  $M^aP^3$ 

- <sup>1</sup> M"dico de Familia. Unidad Docente de MFyC. Distrito Sanitario Maga. Maga
- <sup>2</sup> SociŠloga yAntropŠloga. Unidad Docente de MFyC. Distrito Sanitario Maga. Maga
- <sup>3</sup> BiŠloga. Unidad Docente de MFyC. Distrito Sanitario Maga. Maga

#### **RESUMEN**

**Título**: creencias en alimentación: un estudio cualitativo con grupos focales.

**Objetivos**: Conocer las creencias, opiniones y pensamientos respecto a la alimentación de la población general adulta de Málaga.

**Diseño**: Estudio observacional descriptivo con Metodología Cualitativa.

**Emplazamiento**: Ciudad de Málaga y Municipio de Benamargosa.

**Población y muestra**: Participantes representativos de la población general adulta malagueña, seleccionados a través de informantes clave. Ámbitos urbano y rural.

**Intervenciones**: Siete grupos focales videograbados. Análisis de contenido manual y asistido por el programa Atlas.ti 6.0. Elaboración de informe final y versión 1.0 del Cuestionario de Creencias CREALMAP.

Resultados: Se reconoce un alejamiento de la Dieta Mediterránea y su estilo de vida, conocida y considerada por todos como el ideal a seguir. Los extensos horarios laborales, la dificultad de conciliación familiar y laboral, y una extendida conciencia de falta de tiempo, sobre todo en la población urbana de nivel socioeconómico alto, condicionan nuevos hábitos alejados de sus creencias, lo que genera sentimientos de culpabilidad.

Correspondencia: Nuria Segura Domínguez Unidad Docente de MFyC Pabellón C Hospital Regional Universitario Carlos Haya Plaza del H. Civil, s/n. 29009 Málaga E-mail: nuriasedo@hotmail.com

Recibido el 12-08-2010; aceptado para publicación el 09-12-2010 Med fam Andal 2011; 1: 20-29

Conclusiones: Una alimentación saludable no depende solamente de una buena información. Para lograr cambios profundos en los hábitos alimentarios es preciso superar, entre otras, la barrera autopercibida de falta de tiempo. Es necesario situar la alimentación, y todos aquellos aspectos positivos que la rodean, como una prioridad personal y familiar, integrándola dentro del estilo de vida actual.

Palabras clave: investigación cualitativa, creencias, alimentación.

#### **SUMMARY**

**Title**: Beliefs about Nutrition: a Qualitative Study with Focus Groups.

**Goal**: To study an adult population's beliefs, opinions, and ideas regarding nutrition.

**Method**: Descriptive observational study based on a qualitative methodology.

**Setting**: The city of Malaga and the municipality of Benamargosa.

**Population and sample**: Participants representing the general adult population in Malaga were selected through key informants in urban and rural settings.

**Interventions**: Seven focus groups were videotaped. Contents of the sessions were analyzed manually, using Atlas.ti 6.0 mapping software. A final report was written and a questionnaire on beliefs was designed (version 1.0, CREALMAP).

Results: Individuals are abandoning the Mediterranean diet and its accompanying lifestyle, which they know about and consider an ideal model to be followed. Long working hours, the difficulty of conciliating family life and work, and the pervasive feeling that they don't

have enough time (particularly among urban members of the population with a high socioeconomic level) lead to the introduction of new habits, far removed from personal beliefs, which generate feelings of guilt.

Conclusions: Healthy eating does not depend solely on being well-informed. To achieve profound changes in nutritional habits it is essential to overcome (among other factors) the self-perceived barrier that time is insufficient. Healthy eating, as well as other positive aspects surrounding that concept, must become a priority for the individual and the family and be integrated into current lifestyles.

**Key words**: qualitative research, beliefs, eating habits, nutrition.

#### INTRODUCCIÓN

Los rápidos cambios sociodemográficos, políticos y tecnológicos acaecidos en los últimos cincuenta años en nuestro país, han permitido un acceso global a gran variedad y cantidad de alimentos, convirtiendo a una población española que pasaba hambre, en otra, confundida en la sobreabundancia<sup>1</sup>.

El número de obesos en el mundo ha superado, por primera vez en la historia, al de desnutridos<sup>2</sup>. El nuevo patrón alimentario andaluz se encuentra muy alejado de las recomendaciones nutricionales<sup>3</sup>: por una parte existe un excesivo aporte calórico global, en relación al bajo gasto en forma de actividad física (sedentarismo): esto conduce, de forma matemática, al exceso de peso. Por otro lado, se evidencia una desproporción en la distribución porcentual de nutrientes y grupos de alimentos recomendados: excesivo consumo de proteínas de origen animal, descenso en el consumo de pan, cereales, frutas y verduras frescas. La incorporación a nuestra dieta habitual de nuevos alimentos: comida rápida, precocinados, dulces y bollería industrial, bebidas gaseosas, etc. todos de gran densidad energética y abundante contenido en grasas saturadas, han hecho extenderse o incluso emerger importantes enfermedades: dislipemias, diabetes, enfermedades cardiovasculares, esqueléticas, caries dental, trastornos del comportamiento alimentario4...

Una de las tareas prioritarias de los profesionales sanitarios es promover comportamientos saludables en los pacientes. Tradicionalmente, esta labor se ha centrado en proporcionar información más o menos personalizada, con la idea de que una persona bien informada desarrollará estilos de vida más saludables. Sin embargo, una buena información no siempre es suficiente para producir el cambio de comportamiento. Se requieren otras técnicas en las que el paciente participe de manera más activa en el proceso de toma de decisiones, como las técnicas motivacionales, que se fundamentan en el respeto al paciente, a sus creencias y a su escala de valores<sup>5</sup>. De hecho, la mayoría de las campañas institucionales actuales en torno a la salud o al "cambio de hábitos" postulan que, provistos de la información pertinente y debidamente "concienciados", los sujetos cambiarán sus hábitos. Pero la realidad es otra: numerosos estudios en diferentes países han puesto de relieve que, mientras el conocimiento sobre nutrición se halla muy expandido entre la población general, este conocimiento no se acompaña de las prácticas correspondientes<sup>6</sup>.

¿Por qué comemos lo que comemos? ¿Qué nos haría comer mejor? ¿Por qué hemos cambiado nuestros patrones de alimentación? Para el Médico de Familia, conocer la respuesta a estas preguntas, es decir, las creencias en torno a la alimentación de sus pacientes, es fundamental, tanto para adecuar y orientar los consejos dietéticos como para diseñar desde la consulta estrategias efectivas de fomento de una alimentación saludable.

#### **SUJETOS Y MÉTODOS**

Se diseñó un estudio observacional descriptivo con Metodología Cualitativa. Los participantes, representativos de la población general adulta malagueña, fueron seleccionados a través de informantes clave pertenecientes a diferentes redes sociales (presidentes de comunidades vecinales, propietarios/empleados de comercios y personal de centros de salud).

Se realizó la siguiente segmentación temática y por categorías de la población: género, edad, ámbito rural/urbano, nivel socioeconómico, madres/sin hijos, amas de casa/trabajan fuera del hogar. Posteriormente los participantes fueron agrupados en función de los siguientes criterios de homogeneidad y heterogeneidad:

CRITERIOS DE HOMOGENEIDAD	CRITERIOS DE HETEROGENEIDAD
Hábitat urbano o rural	Género
Nivel socioeconómico alto/bajo	Edad
-	Madres/ sin hijos
	Amas de casa / Trabajan fuera del hogar

Para garantizar una mayor representatividad geográfica de los grupos urbanos, incluimos cuatro barrios de actuación en la ciudad, que son además heterogéneos socio-económicamente entre sí: Cerrado de Calderón (Málaga Este) y Parque Mediterráneo (Málaga Oeste), para los grupos con nivel socioeconómico medio-alto; y Palma-Palmilla (Málaga Norte) y Huelin (Málaga Centro), para los grupos con bajo nivel socioeconómico.

La selección de Benamargosa (situado en pleno corazón de la Axarquía malagueña) para los grupos rurales se realizó en función de que el hábitat rural se debe caracterizar en nuestro estudio por la existencia o la posibilidad de formas de aprovisionamiento directo, aparte de existir en él oficios que suponen la producción directa de alimentos. La principal actividad económica de Benamargosa (1585 habitantes) es la agricultura, destacando el cultivo de limoneros, viñedos, olivos, almendros, y los cultivos tropicales como el aguacate y el mango.

Se realizaron siete grupos focales, cuyas características generales se representan en la tabla 1. En todos los grupos se siguió el mismo guión temático. Las videograbaciones fueron literalmente transcritas y adaptadas a los Símbolos de Transcripción de Silverman<sup>7</sup>, previo consentimiento informado y respetando la confidencialidad. El análisis de contenido se llevó a cabo siguiendo los preceptos de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory8), y de forma triangulada y consensuada por parte de un equipo de investigación multidisciplinar (médicos de familia, sociólogos, nutricionistas). Se comprobó la saturación de los datos. Todo el análisis estuvo apoyado por el Programa Estadístico Atlas.ti 6.0.

Paralelo a la elaboración del informe final de investigación, se construyó un cuestionario compuesto por 153 items extraídos del análisis de las citas, que exploran hábitos, conocimientos y

creencias en torno a la alimentación en la población estudiada, y son puntuados mediante una escala Likert analógicovisual modificada de 10 puntos. La validación de dicho cuestionario se está llevando a cabo en la actualidad.

#### **RESULTADOS**

El recuento de palabras e intervenciones de cada grupo se representa en la Tabla 2. En cuanto al discurso de los grupos de discusión, se han encontrado estructuras semánticas comunes a todos ellos, que presentamos a continuación.

#### 1.- La compra y la cocina en el día a día

Quiero, pero no puedo. Existe una evidente disparidad entre lo que los participantes consideran que se debe hacer (sus creencias), y lo que realmente refieren hacer (sus hábitos). Esto es más evidente en los sujetos de nivel económico alto. Valoran los productos frescos y naturales, de temporada, y la compra diaria en el mercado; pero acuden a supermercados con periodicidad semanal y adquirieren gran cantidad de productos elaborados (ensaladas envasadas, congelados, precocinados...), a pesar de su mayor precio y peor calidad y sabor referidos. El motivo por todos comentado es la falta de tiempo, debido a los extensos horarios laborales, otras prioridades, y, en última instancia, el cansancio o la pereza. Los mismos motivos que les inducen a consumir comida rápida fuera de casa. Estas acciones les generan sentimientos de transgresión y culpabilidad, y, en ocasiones, medidas compensatorias restrictivas.

Las mujeres de nivel socioeconómico alto son las que más refieren padecer esta situación. La incorporación femenina al mercado laboral, y la falta de medidas de conciliación eficaces, provocan una percepción de falta de tiempo para las tareas de la casa, y entre ellas la alimentación de la familia, de la que siguen siendo las principales responsables. Reconocen que la dedicación a la familia ha empeorado, y se evidencia más en la frecuente comparativa con sus propias madres, no trabajadoras, en la dedicación a las tareas de la casa y en especial a la comida. Se añoran los hogares de la infancia.

De forma totalmente opuesta, las clases bajas, (grupos de nivel socioeconómico bajo en el ámbito urbano: G-UB) no acusan esta "Cultura de la prisa". Reconocen también que compran y cocinan haciendo un esfuerzo de organización y planificación día a día, pero se tiene asumido, lo consideran necesario y una prioridad para la familia; comentan que en el nivel urbano alto (G-UA) no están dispuestos a hacer sacrificios en este aspecto. Las estrategias compensatorias o técnicas de planificación utilizadas en el G-UB y algunos sectores de G-UA son, como hemos visto, cocinar por la noche o por la mañana temprano. En los G-UA está generalizada la costumbre de cocinar en grandes cantidades y congelar en porciones, hábito no contemplado en los G-UB, y G-R (grupos rurales). En todos los sectores los fines de semana se dedica más tiempo a la cocina, siempre que el tiempo de ocio y la familia lo permita. Aunque en los G-UA con menos motivación que en el resto. En el G-UB las tareas del hogar se consideran una obligación, pero la compra y cocina en particular se ejercen diariamente y con satisfacción, a pesar de soportar cargas laborales igual de intensas o más que en el G-UA (la mayoría trabajaba en servicio doméstico) y de reconocer la poca colaboración por parte de sus parejas e hijos. Este gusto por la cocina y su entorno, transmitido de madres a hijas, se contrapone a la percepción de descontrol en las clases altas, donde decidir qué se come puede llegar a ser desagradable.

Los condicionantes económicos en las elecciones alimentarias. En los G-UB destaca una mayor preocupación y control del presupuesto dedicado a la alimentación, y el interrogante de que el factor económico repercuta o no en la calidad de lo que se adquiere, influyendo indirectamente en la salud de la familia. Se reserva lo mejor para los hijos, en periodo de crecimiento, y para los maridos, por delante de las necesidades propias. Se esmeran en el aprovechamiento de sobras o elaboración de varias recetas con los mismos ingredientes, haciendo para ello un esfuerzo de imaginación que disfrutan compartiendo con las demás, considerado a veces más importante este aprovechamiento que incluso el mismo trabajo de cocinar.

_	
Verb	atims relacionados con la compra y la cocina en el día a día
G1	4:o que si comemos lo que querriamos idealmente comer para comer bien. En cualquier caso, tanto para lo uno, como para lo otro, yo creoaunque sea utópico, pero como se dice es que es verdad: hasta para eso hace falta tiempo; y el tiempo no se tiene a veces y sobre todo cuando llegas a las tantas a tu casa con hambre que a veces mientras preparas algo de comer, pues ya te has comido ya has picado tal cosaClaro que es lo que pasa, la bolsa de patatas, el queso, el embutido lo que tengas más a mano
	1: eso es la comodidad, porque yo trabajo todos los días de lunes a viernes, yo me levanto a las 7 de la mañana, tengo 3 hijos, pues los tres en el colegio, yo me voy a trabajar todos los días, mi marido viene a las 12:30 a comer, que es panadero. Pues yo me levanto a las 7, lo primero que hago, es la comida 2: ahí va
G5	1: y no por tiempo le quito las papas o no le echo, le echo todo lo que le tenga que echar a un avío de comida, a las 7. Ahora, mientras se está haciendo esa comida: quito la mesa, hago una cama, friego, hago lo que pueda recoger antes de irme, y ya me voy al tra llevo los niños cada uno a su colegio, y me voy al trabajo. [3: la organización] [2: todo es organizarte]
G4	5 : Yo normalmente cocino una vez a la semana [ 3 : y yo también ] hago toda la comida y congelo [ 3 : sábado por la mañana hago un montón de cosas y congelo, en las fiambreras pequeñas ] y ya utilizo toda la semana, toda la semana eso.
	4: también depende si te gusta hacer de comer o no te gusta hacer de comer
	1: a mí me encanta
	5: a mí también me gusta []
G2	3: a mí es el único rincón de la que casa que más me gusta para limpiarla para hacer de comerpara todo. La cocina que
02	me quiten todo ((dirigiéndose a 4))
	1: A mí me gusta tanto la cocina ((se superpone con 3)) yo también prefiero la cocina antes que limpiar el polvo
	5: a mí la cocina también
	1: yo prefiero la cocina antes de limpiar el polvo, antes de hacer las camas, antes de todo
G4	6: Yo para mi el tema de la comida es una pesadilla todos los días, sinceramente vamos.
	5: [] yo eso de proteínas no entiendo mucho porque no soy médico ((mira al moderador)), pero pienso que a lo mejor
G5	es así, porque cuando vale un poquito más barata es porque no será a lo mejor tan
	4 : no, no será lo mismo.

#### 2.- La salud está de moda

El bombardeo de información y las contradicciones. La exaltación por preservar la salud y su vinculación al culto al cuerpo condicionan que, en la Era de las Comunicaciones, las fuentes y canales de información que llegan a los individuos sean excesivos, lo que genera abatimiento y confusión. Se intentan seguir las recomendaciones, pero en ocasiones se duda incluso de su validez y credibilidad. Abundan los comentarios en los grupos acerca de los productos que clásicamente se consideraban insanos y ahora son extremadamente saludables; sobre las excesivas propiedades para la salud reveladas por múltiples y recientes investigaciones científicas acerca de los más variados alimentos. Y la influencia de intereses políticos, económicos y comerciales sobre dichas afirmaciones. La información es contradictoria, y muchas veces interesada.

Necesidad y apetencia: Lo que me gusta comer, no me conviene. Al igual que sucede en el apartado dedicado a la compra, al enfrentarse al aspecto de la comida, se reconoce de forma generalizada que existe la suficiente información para comer sano. Sin embargo, a la hora de llevarlo a la práctica, no se hace. En general se come lo que se quiere, que es lo que gusta y lo que apetece; ésto lleva de nuevo a cometer transgresiones, que se intentan justificar con los más variados argumentos. El más común es "un día es un día", a veces sobrellevado por la presión del ambiente de celebración en el que se produce dicha transgresión. De nuevo aparecen sentimientos de culpa y a veces actitudes compensatorias, como res-

tringir las calorías la siguiente comida, aumentar puntualmente la práctica de ejercicio, o instaurar por un periodo limitado de tiempo una adhesión a una dieta saludable. La presencia de enfermedades que precisan tratamiento dietético es la principal motivación, junto al deseo de cuidar la imagen personal, de cambiar los hábitos dietéticos.

Las dietas y el culto por la imagen. Los periodos "a dieta" provocados por detonantes puntuales (el verano, una boda, consejo médico) se alternan con otros de "comer normal", que conducen de nuevo a la ganancia de peso. Estos ciclos se consideran algo natural a lo largo de la vida de la persona. Envidian la situación de quienes están delgados "sin hacer dieta" y "puede comer todo lo que les apetece". Se considera que adelgazar deprisa no es beneficioso para la salud, y que las dietas milagro son peligrosas e ineficaces, sobre todo en los G-UA. La creencia de que mezclar alimentos engorda, o que el orden de ingesta es importante, persiste en todos los grupos, aunque más generalizada en los G-UB.

Los precocinados: insanos, pero siempre hay en casa. De forma generalizada se consideran poco saludables, incluso perjudiciales para la salud, y, de peor calidad y sabor que su equivalente natural. En los G-UB, son ampliamente rechazados, y en los sectores de mayor edad de los G-R, al igual que la comida rápida. Por el contrario en los G-UA los precocinados y la "fast-food" están presentes en todos los hogares, más si hay niños. Los motivos vuelven a ser la comodidad, la falta de tiempo, y aparece en esta ocasión con frecuencia una nueva justificación: "todo el mundo lo hace".

Verb	itims sobre Alimentación, salud y nuevos hábitos.
G1	1: Es que tenemos esa sensación ahora, porque tengo un par denos están bombardeando desde hace mucho tiempo que eso está mal Pero antes, hace cuarenta o cincuenta años el que pillaba un trozo de chorizo se lo comia, porque no había otra cosa Eso era buenisimo, era lo único que tenían, entonces antes estaba muy bien y ahora no. Yo creo que hay un exceso de información muy grande que ya no se sabe que es lo que uno se va a creer o que es lo que se puede comer de verdad o que es lo que no
G1	3- Pero yo creo que eso es en la teoria ¿eh?, porque luego en la práctica ¿quién lleva a cabo todas esas teorias de que hay que comer esto, hay que comer aquello
G2	5 : sobre todo alrededor del colesterol (( rien todos )). Esto es bueno para el colesterol y esto es malisimo para el colesterol, y de repente al año siguiente es buenísimo para el colesterol. Si eso va cambiando, es cambiante.
G1	1: Todos sabemos más o menos lo que se debe de comer y lo que no se debe de comer, pero todos pecamos.
G1	2: Te sientes más culpable cuando comes mal. Y además sabes que estás comiendo mal pero
G3	1: no, pero se priva uno por la obesidad y por los padecimientos pero comemos lo que nos gusta, en mi casa sí desde luego. 2: si no tienes problemas comes lo que te gusta, pero sabiendo que no es tan bueno
G3	8: si, la ensalada, si te la puedes comer, (1: depende de la ensalada lo que lleve) pero te tienes que comer la ensalada, bueno te tienes, no, que lo tengo yo escuchado así: comerse la ensalada y después la carne, o el pescado, pero no mezclar el pescado y ensalada, eso es mortal creo.
G5	4: yo te digo una cosa, que yo nunca he ido al Mc Donald's, nunca, [2: a mi no me va eso] a mi, yo nunca lo he probado, (y estará bueno) 2: y al chino menos 3: yo tampoco he ido al Mc Donald's ni al chino ((pone cara de asco)).
G4	6: Yo en mi casa sí, yo tengo a mi hijo con 17 años, y yo no se qué hacer cuando en mi nevera no hay tanta comida y no hay suficiente ((suena móvil de 6 otra vez)) entonces yo desde pizzas de meter al horno, los típicos nuggets de freir, vamos y es que él se hace mucha comida ya sí mismo, el sobre ese de los fídeos este de los fídeos de yo me lo guiso yo me lo como, y cosas así, y los vasitos de arroz. Porque es que yo necesito tener eso en casa porque es que él sino cómo come. O sea, yo tengo preparados albóndigas caseras, lentejas caseras, estofado casero, puchero, pero tengo que tener todo esos recursos para que él pueda abastecerse sobre todo, no, y vamos y no solamente por él, sino que muchas noches, qué ponemos, venga saca una pizza y se pone una pizza (), vamos, pero sí, si que se tira de precocinados.

### 3. Los miedos alimentarios. Los productos ecológicos y funcionales

El tomate de hoy no es como el de antes. Se reconoce que en los tiempos actuales se ha ganado en disponibilidad de alimentos, mayor variedad y durante todo el año, pero con una significativa pérdida de calidad. Curiosamente, fue muy repetitivo en los grupos el comentario de que "el tomate de hoy en día no sabe a nada", utilizado como ejemplo de las alusiones al peor sabor y frescura de los alimentos actuales comparados con los de antes. Se acusan de este fenómeno a la industrialización, la globalización, la producción de alimentos a gran escala, y la subyacente primacía de intereses comerciales sobre la calidad y la salud del consumidor. "Tenemos de todo y todo el año, pero la calidad es peor".

No sabemos lo que comemos. Y en este aspecto aparecen los temas relacionados con los miedos y la seguridad alimentaria. Aunque se acepta que hoy día hay más controles, la cantidad de sustancias y productos químicos que se utilizan en la producción de alimentos es cada vez mayor, y existe el temor de que escapen al control, afectando a la salud. Se aprecia cierto sentimiento

de resignación por esta circunstancia ("si nos lo venden, será que se puede comer").

Los productos ecológicos: ¿la alternativa?. Explorando las opiniones de los participantes, no parecen serlo. En parte, no se confía en que el proceso de producción respete la normativa, y, además, no se cree que su precio justifique las supuestas cualidades que se les atribuye.

Los alimentos funcionales, otra novedad que aún no convence. Similar al campo de los productos ecológicos, cierta desconfianza se hace presente en las opiniones vertidas sobre los alimentos funcionales, y particularmente respecto a sus efectos beneficiosos para la salud. Esto contrasta con que la mayoría de los participantes manifiestan conocer y utilizar a menudo las propiedades naturales de los alimentos con fines medicinales (zumo de naranja para el resfriado, arroz para la gastroenteritis...). A diferencia de esto, en los alimentos funcionales se hace patente una influencia negativa de las exageradas promesas publicitarias. Algunos sectores poblacionales, o en algunas circunstancias determinadas, si se utilizan (leche enriquecida en los mayores, o alimentos para los niños).

Verba	tims sobre los miedos alimentarios y nuevos productos
G1	3: pero ahora no saben las lechugas como sabían antes, ni los tomates saben cómo sabían antes, ni nada de nada. Tú antes te comías un tomate así sin más con sal y hoy en día es que no sabe a nada
G2	4: yo no lo he conocido perodice mi madre que cuando había tomate había tomatehoytenemos tomates todo el año, todas las verduras están todo el añollevan un proceso distinto y comemos cosas que llevan dieciocho mil porquerías echadas
G2	<ul> <li>6: Un pollo, a los dos díasde estar en el frigorifico, esto lo digo porque he trabajado mucho con el pollo, empieza a corromperse del cuello</li> <li>5: y las alas</li> <li>6: y del culose pone tirando a azultirando a azulos lo estoy diciendotirando a azul, lo que es el culo y lo que es el cuello se pone azul y ya</li> <li>1: ya tiene usted que tirarlo</li> <li>3: y a la fruta, y a la verdura le echan muchas cosas químicas, ya estamos comiendo, porquería, estamos comiendo y yo creo que a raíz de ahí viene tanta enfermedad y tantas cosas.</li> </ul>
G1	6: eso ya es un lujo ¿no?mi cuñado tiene un huerto y cuando trae cosas, todo lo que traelos pimientos bueno es que no tiene nada tiene con lo que compramos. Pero claro lo ecológico si es más caro, y bueno aparte que sea ecológico, porque claro te meten ya ahora todo va como con el cartel de ecológico te clavan dos euros o más y te quedas tan
G6	1 : las bebidas de soja, ¿se puede fiar uno bien de ella?

#### DISCUSIÓN

La elección de la metodología cualitativa en este proyecto viene dada por el enfoque teórico de partida y por la naturaleza de nuestra pregunta de investigación. Pretendemos estudiar un fenómeno en su contexto natural y encontrar el sentido o la interpretación del mismo a partir de los significados que las personas les confieren. La recogida de la información se mediante grupos focales tiene como objetivo establecer un diálogo

que permita obtener conocimiento profundo y contextualizada sin inducir ni forzar las respuestas. La captación de los participantes por medio de informantes clave permitirá que los sujetos observados sean representativos de la población estudiada (control de un posible sesgo de selección). Las ventajas de los grupos focales como técnica de recogida de información consisten en que la interacción del grupo estimula la generación de ideas creativas y la espontaneidad, ofrecen flexibilidad para explorar nuevos aspectos y dimen-

siones de varias personas a la vez, y se obtiene información de alta validez subjetiva. Entre sus limitaciones el posible efecto Hatwthorne y los sesgos de complacencia y falseamiento, y además que la presión del grupo pueda coartar a algunos participantes; esto se minimiza creando un ambiente distendido y estableciendo los criterios de homogeneidad y heterogeneidad, que faciliten la interacción. Se pretende que los participantes sean lo suficientemente iguales para que nadie pueda llegar a sentirse cohibido y reprimir sus opiniones, y lo suficientemente diferentes para que sean dinámicos, y que de la interacción surja una mayor producción de información. El sesgo de información por parte del moderador y observador (subjetividad, prejuicios) se minimizará mediante la videograbación de los grupos y las sesiones de consenso. En cuanto al análisis de contenido, la parte "oscura" de la investigación cualitativa, la adopción de los preceptos de la Grounded Theory explicita el protocolo establecido, y la triangulación entre varios investigadores minimiza los posibles sesgos debido a las presuposiciones conceptuales (valores personales).

Pocos estudios exploran creencias sobre alimentación en población general. De hecho, la gran mayoría de las publicaciones científicas, investigan conocimientos y hábitos, es decir, lo que se hace, y no creencias o actitudes, lo que se piensa, teniendo como objetivo general establecer patrones de consumo o de conducta alimentaria en las diversas poblacionesº. La hipótesis de que nuestras conductas son expresión de nuestras creencias es cada vez más rebatida¹o, a medida que se conocen factores y condicionantes añadidos. Las interpretaciones realizadas a este nivel deben efectuarse con extrema cautela.

Abordando los determinantes señalados como barreras para una alimentación sana, encontramos un estudio español<sup>11</sup> en el que se señala como principal inconveniente la **falta de tiempo**, debido a los horarios laborales extensos, tal y como se corrobora en nuestros grupos focales. Lo destacable es que en el resto de la Unión Europea, este motivo no se menciona, y principal impedimento es "rendirse a lo que de verdad les gusta"<sup>12</sup>. Otra publicación realizada en Inglaterra, sobre 11090 personas se puntuaron más ciertas barreras internas (falta de voluntad, pereza, estar muy ocupados) que externas (mal acceso, falta de recursos)<sup>13</sup>. Según la Comisión

Nacional para la Racionalización de los Horarios Españoles<sup>14</sup> se calcula que en nuestro país se trabaja de media 240 horas más al año que en el resto de Europa. Son los únicos europeos cuyas jornadas laborales comienzan a las 9 de la mañana y se prologan hasta las 20h, debido a las 2 horas habituales de descanso para comer (que coinciden precisamente con el momento en el que se produce la mayor actividad comercial en el resto del mundo). Además de la repercusión sobre la conciliación aquí tratada, destaca que esos horarios tan extensos son la causa principal de la baja productividad (sólo superada por Grecia y Portugal) según la Cámara de Comercio Americana<sup>15</sup>.

Al igual que sucede al analizar las conductas en salud en general (tabaquismo, prevención de accidentes), el beneficio percibido de una cambio de conducta es mayor cuanto más **susceptible de enfermar** (mayor riesgo o ya enfermo) se encuentra el individuo. En el campo de la alimentación, padecer ciertas enfermedades relacionadas con la misma constituyen un motivo poderoso para mejorar nuestros hábitos<sup>16</sup>. Pero encontramos la desventaja de un menor riesgo percibido, ya que las transgresiones alimentarias se manifiestan en la salud a largo plazo, de forma indirecta y confundidas con otras prácticas o factores de riesgo más llamativos de la enfermedad.

Por otra parte, existe una extendida creencia de que "ponerse a dieta" (o "comer sano") debe ser una experiencia desagradable o incluso angustiosa (un "sufrimiento"). Un estudio finlandés<sup>17</sup> identifica en la población sana esta misma creencia de que los conceptos de "placer" y "salud" deben ser considerados opuestos. Otorgar una mínima importancia al disfrute de la comida, incluso practicar una "abstinencia del placer de comer" es, según los autores promovido en la actualidad tanto por los medios de comunicación como por los educadores. Frente a ésto es necesario transmitir la idea de que no "hay que ponerse a dieta", sino "comer bien", y hacerlo de forma que resulte agradable.

Pese a la mayor seguridad y control actual, la existencia de **miedos alimentarios** queda científicamente justificada en la literatura médica<sup>18</sup>. Los riesgos desconocidos de los contaminantes emergentes no escapan ni a los **cultivos ecológicos**<sup>19</sup>. Esto, unido a su mayor precio en el mer-

cado, y la desconfianza ante la falta de cumplimiento de la normativa vigente, o el insuficiente control de los agentes biológicos, son la causa de que en España sólo participen en el 0.7% del presupuesto familiar en alimentación, respecto al 5-10% que suponen en la mayoría de países del resto de Europa<sup>20</sup>. La crisis económica ha influido restringiendo el consumo al sector femenino de clase alta y mediana edad, y produciendo una disminución global en la venta en nuestro país. Una alternativa adecuada ante el consumidor en esta situación, vuelve a dirigirse a los preceptos de la dieta tradicional mediterránea: invertir en productos locales y de temporada, lo que conlleva su menor manipulación industrial, y, sobre todo, recomendar una alimentación variada.

El vacío de legislación es trasladable al extenso campo de los alimentos funcionales. La normativa comunitaria<sup>21</sup> sobre etiquetado prohíbe atribuir a un alimento propiedades de prevención, tratamiento y curación de una enfermedad. Pero esta situación legal no se acomoda a la realidad social. Las alegaciones sobre propiedades saludables son un hecho, y acompañan a muchos de los más de 300 tipos de alimentos funcionales que se comercializan en España, generando desconfianza en el consumidor, como se aprecia en nuestros grupos focales. La nueva normativa, que está en proceso de implementación, se aplicará definitivamente a principios de 2011 y estipula un proceso para poder acreditar ("health claim" 22 o de propiedades saludables científicamente probadas) igual de riguroso que el de comercialización de un medicamento. Queda por comprobar si estos cambios modificarán las creencias actualmente establecidas.

Según el Observatorio de Consumo y la Distribución Alimentaria del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación<sup>23</sup>, el perfil del consumidor de **alimentos precocinados** es el mismo que el de comida preparada en los más de 3000 establecimientos de este tipo en el territorio nacional: personas que trabajan y disponen de poco tiempo para cocinar. Destaca sin embargo que

son conocedores de los riesgos para su salud<sup>24</sup>, como se evidencia en nuestra investigación, y activan mecanismos compensatorios, como "comer sano" en la siguiente comida, o "mayor compra de productos dietéticos" como analiza el Observatorio. La estrategia de intervención en este aspecto no debe ir dirigida por tanto a aumentar el nivel de información si no a plantear y consensuar alternativas más adecuadas: resaltando su mayor precio y peor sabor respecto a sus equivalentes caseros proponer la sustitución de precocinados y comida rápida por congelados o comida casera de rápida preparación.

Por otro lado la extendida creencia de consumo generalizado ("no será tan malo cuando lo venden", y "lo come todo el mundo") se identifica como un importante factor de riesgo para el mantenimiento de la conducta, especialmente entre niños y adolescentes, y debe ser rebatida tanto con información científica, como con políticas institucionales que legislen a nivel industrial su composición y distribución, como la reciente iniciativa del Ministerio de Sanidad que limita la publicidad y prohíbe la venta en los colegios de chucherías, bolleria, aperitivos y refrescos<sup>25</sup>. Consideramos esta prohibición una medida parcial, que junto a la educación sanitaria de niños y padres teniendo en cuenta los preceptos tratados en el presente artículo, contribuya a un freno en el aumento de consumo de estos productos y el fomento de unos estilos de vida saludables en la población española.

#### **AGRADECIMIENTOS**

Damos gracias a la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria por la ayuda económica concedida a este Proyecto mediante la Beca "Isabel Fernández" a la Realización de Tesis Doctorales en su edición 2008. Agradecemos también a la Sociedad Española de Medicina Familiar y comunitaria por su contribución a través de la Ayuda "Isabel Fernández" a la Realización de Tesis Doctorales en su edición 2009.

Tabla 1. Características generales de los grupos focales,

GRUPO	Denominación	Duración	Mujeres	Participantes	Amas de casa/	Media
		(minutos)		con Hijos	Jubilados	de edad
G1	Nivel medio alto	62:58	5	4	1	48
G2	Nivel bajo	81:55	5	5	3	53
G3	Rural	71:12	11	13	8	50
G4	Nivel medio alto	69:53	5	6	1	45
G5	Nivel bajo	56:44	8	8	6	58
G6	Rural	69:53	6	6	5	57
G7	Rural	77:13	6	5	6	70
Total	-	489.8	46	47	30	54
%	-	69,97	85.18%	87.03%	55.55%	-

Tabla 2. Recuento de palabras e intervenciones por grupo.

Gr	N°	Número de palabras	Número total de intervenciones	Media de intervenciones por participante	Media de palabras en cada intervención	Media de intervenciones por minuto
G1	7	12711	342	48	37	5.5
G2	6	9977	647	107	15	7.9
G3	14	11693	1296	92	9	18.3
G4	6	12415	245	40	50	3.5
G5	8	14916	971	121	15	17.3
G6	7	9606	835	119	11	11.9
G7	6	7897	430	71	18	5.6
Total	54	79215	4766	88	37	9.7

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1 Moreno LA, Sarria A, Popkin BM. The nutrition transition in Spain: a European mediterranean country. Eur J Clin Nutr. 2002; 56: 992-1003.

2 Moreno Esteban B. El número de obesos ha superado al de desnutridos. URL: http://www.seedo.es/Actualidad/Noticias/tabid/91/ctl/Ficha/mid/528/ItemId/1189/Return TabId/55/cadBNoticia/-/numPag/0/Default.a spx. Última actualización: Abril 2010.

3SIGMA DOS. Encuesta Nutricional de Andalucía. Sevilla. URL: http://www.iamed.net/iamed/servlet/FrontController?action=Record Content&table=2&element=3938. Última actualización: Mayo 2010.

4 Roberts D. Addressing overweight and obesity as health problems. Medsurg Nurs. 2010; 19:9.

5 González Briones E, Merino Meriono B. Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios. Guía elaborada en el Marco del Convenio de colaboración para fomentar la educación para la salud en la escuela, suscrito entre los Ministerios del Interior, de Educación y Cultura y de Sanidad y Consumo. URL: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/docs/guia\_nutricion\_saludable.pdf

6 Brunner EJ, Thorogood M, Rees K, Hewitt G. Intervenciones dietéticas para la reducción del riesgo cardiovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2006. Oxford, Update Sofware Ltd. URL: http://www.update-sofware.com (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chilchester, UK: John wiley &Sons, Ltd).

7 Silverman K, Beckman J, Pitrelli M, Wightman P, Price J. Tobi: A standard for labelling prosody. Proceedings of the Second International Conferen-

- ce on Spoken Language Processing. ICSLP-92. Banff. 1992; 867-870.
- 8 Charmaz K. Constructing Grounded Theory. A Practical guide through Qualitative Analysis. Londres: SAGE Publications Ltd; 2009.
- 9 Aranceta J, Perez Rodrigo C, Eguileor I, Marzana I, González de Galdeano, Saenz de Buruaga. Food consumption patterns in the adult population of the Basque Country (EINUT-I) Public Health Nutr. 1998; 1:185-192.
- 10 Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J, Blanco Coronado JL. Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de Medicina Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther .2006; 6: 99-110.
- 11 Holgado B, de Irala-Estevez J, Martinez González MA, Gibney M, Kearney J, Martinez JA. Barriers and benefits of a healthy diet in Spain: comparison with others European member states. Eur Clin Nutr. 2000; 54: 453-9.
- 12 Lappalainen R, Saba A, Holm L, Mykkanen H, Gybney MJ, Moles A. Difficulties in traying to eat healthier: descriptive analysis of perceived barriers for healthy eating. Eur J Clin Nutr. 1997; 51 Suppl 2: s36-40.
- 13 Ziebland S, Thorogood M, Yudkin P, Jones L, Coulter A. Lack of willpower or lack of wherewithal? "Internal" and "External" barriers to changing diet and exercice in a three years follow up of participants in a health check. Soc Sci Med. 1998; 46: 461-5.
- 14 Buqueras I. Comisión Nacional para la Racionalización de los Horarios Españoles Comunicados y Decálogos 2006-2008. URL: http://www.horariosenespana.es/descargas/pdf/COMUNICADOS%20Y%20DECÁLOGOS.pdf Última actualización: Agosto 2010.
- 15 López C. La Cámara de Comercio Americana critica la jornada laboral en España. URL: http://www.lavanguardia.es/ciudadanos/noticias/20100313/53898334797/la-camara-de-comercioamericana-critica-la-jornada-laboral-en-espana-europa-ignacio-buqueras-portuga.html
- 16 Mc Conaghy J. Adults' beliefs about the determinants of successful dietary change. Community Health Stud. 1989; 13: 492-502.

- 17 Linderman M, Stark K. Loss of pleasure, ideological food choice and Ealing pathology. Appetitte. 2000; 35: 263-268
- 18 Irigaray P, Newby JA, Clapp R, Hardell L, Howard V, Montagnier L, et al. Lifestyle-related factors and environmental agents causing cancer: an overview. Biomed Pharmacother. 2007; 61: 640-58
- 19 Shelton AM, Zhao JZ, Roush RT. Economic, ecological, food safety, and social consequences of the deployment of bt transgenic plants. Annu Rev Entomol. 2002; 47: 845-81.
- 20 Rius Filgueiras A, Núñez García P, Román Sodric S, Sésar Carrascosa S. El sector de la alimentación ecológica. Resumen ejecutivo. URL: http://www.recercat.net/bitstream/2072/42140/2/El+sector+de+la+alimentaci%C3%B3n+ecol%C3%B3gica.pdf
- 21 Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las alegaciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos. COM 2003/0165 (COD). URL: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2003:0424:FIN:ES:PDF. Última actualización: Diciembre 2010.
- 22 Corrigendum to Regulation (EC) No 1924/2006 of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on nutrition and health claims made on foods (OJ L 404, 30.12.2006). URL: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do? uri=CELEX:32006R1924R(01):EN:NOT
- 23 Observatorio de Consumo y la Distribución Alimentaria del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Informe monográfico "Hábitos de consumo de los nuevos hogares". Primer Trimestre 2004. URL: http://www.mapa.es/alimentacion/pags/consumo/observatorio/pdf/monograficos/nuevos\_hogares\_04.pdf
- 24 Plater S, Egger G. Fast food. Obes Rev. 2010; 11:63.
- 25 Grijelmo A. Sanidad podría prohibir en los colegios los productos que incumplan la ley alimentaria. El Mundo Efe. URL: http://www.elmundo.es/elmundosalud/2010/07/15/nutricion/1279204375.html . Última actualización: Agosto 2010.

#### **ORIGINAL**

### El Síndrome de Ulises en inmigrantes que acuden a las consultas de Atención Primaria y su relación con el duelo migratorio

De la Revilla Ahumada L¹, De los Ríos Álvarez AMª², Luna del Castillo JD³, López Torres G², Gómez García M⁴, Alcántara Zarzuela M²

- 1 Hospital Universitario Virgen de la Nieves. Granada
- 2 Centro de Salud Cartuja. Distrito Granada
- 3 Departamento de Bioestad™stica. Facultad de Medicina. Universidad de Granada
- 4 Centro de Salud Valle de Lecr™n. Distrito Metropolitano Granada

#### **RESUMEN**

**Título**: El Síndrome de Ulises (SU) en inmigrantes que acuden a las consultas de Atención Primaria (AP) y su relación con el duelo migratorio (DM).

**Objetivo**: Estudiar la aparición del SU en inmigrantes que consultan en atención primaria y su relación con el DM y variables sociodemográficas (VSD).

**Diseño**: Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico.

**Emplazamiento**: Consultas de AP de cuatro centros de salud (CS).

**Población y muestra**: Se han recogido datos de 290 inmigrantes mayores de 18 años que consultaban en sus CS por distintos motivos.

Intervenciones: Se les administró a todos un cuestionario sobre DM. Se recogieron VSD: género, edad, estado civil, nacionalidad, red social, tiempo en España, situación legal y laboral y dificultades de comunicación. Se realizo análisis uni y multivariante con regresión logística binaria.

**Resultados**: 32 inmigrantes (11%) presentaban SU. De los cuatro factores que representan las variables del DM solo el miedo y la preocupación están presentes en los pacientes con SU. En el análisis univariante, los inmigrantes indocumentados, de los países del este, indocumentados, con dificultades de comunicación, de género femenino, tienen más riesgo de presentar el SU; mientras que el estar trabajando, tener redes sociales cosmopolitas y

Correspondencia: Ana Mª de los Ríos Álvarez Centro Salud Cartuja Av. Casería del Cerro, s/n

> 18013 Granada E-mail: anamdelosrios@yahoo.es

Recibido el 10-12-2010; aceptado para publicación el 08-02-2011 Med fam Andal 2011; 1: 30-39 llevar más de 5 años en España protege de presentarlo. En el análisis multivariante permanecen como predictoras de SU el género femenino, la situación no legalizada y la red social no cosmopolita.

Conclusiones: La percepción de miedo, dentro del DM, el género femenino, no tener documentación y contar con una red social escasa se asocian de forma significativa con la aparición de SU.

Palabras clave: Inmigración, Síndrome de Ulises, Atención Primaria.

#### **SUMMARY**

**Title**: The Ulysses Syndrome in Immigrants who come to Primary Care Clinics (PCC) and its Relation to Migratory Grief.

**Goal**: To study the appearance of the Ulysses Syndrome (US) among immigrants treated in primary care clinics and its relation to migratory grief (MG) and socio-demographic variables.

**Design**: Descriptive, cross-sectional, multi-centric study.

**Setting**: Visits to general practitioners in four health centers.

**Population and sample:** Information was gathered on 290 immigrants, ages 18 and over, who visited health centers for diverse reasons.

**Interventions**: A questionnaire on migratory grief was administered to all. Socio-demographic data was gathered on: gender, age, civil status, nationality, social network, time in Spain, legal and employment status, and difficulties related to communication. A univariate and multivariate analysis with binary logistic regression was done.

Results: 32 immigrants (11%) presented US. Of the four variables representing MG, only fear and worry were presented in patients with US. In the univariate analysis, undocumented immigrants, from eastern countries, undocumented persons, with communications problems, female gender, were at greater risk of presenting US; being employed, having access to cosmopolitan social networks, and having lived more than five years in Spain protects them from presenting the syndrome. The multivariate analysis shows the following to be predictors of US: female gender, illegal status, and a non-cosmopolitan social network.

**Conclusions**: The following show a significant association with the appearance of US: the perception of fear, within MG, female gender, lack of legal documents and a poor social network.

**Key words**: Immigration, Ulysses Syndrome, Primary Care

#### INTRODUCCIÓN

La inmigración es uno de los fenómenos sociales más relevantes de nuestro tiempo, que se produce a consecuencia de las desigualdades entre los países pobres y ricos y suponen una estrategia de supervivencia para muchas personas. En nuestro país, la inmigración actual es consecuencia directa del proceso de globalización, el cual ha desvertebrado las economías más débiles produciendo un éxodo masivo desde los países del tercer mundo hacia el primer mundo. La llegada de la multitud de inmigrantes de distintos países supone una sociedad multicultural no siempre fácil de abordar.

Los inmigrantes suelen demandar, por lo general, atención medica por los mismos motivos de consulta que lo hace la población autóctona pero, en un número reducido de casos la clínica está relacionada con procesos propios de los países de origen. Junto a las manifestaciones biomédicas similares a las de las población autóctona, existen cuadros clínicos relacionados con los acontecimientos vitales estresantes motivados por procesos traumáticos de la migración, entre los que incluimos somatizaciones, (1), ansiedad (2) y depresión (3).

Una forma clínica particular, relacionada con el estrés limite que sufren los inmigrantes es el denominado por Achotegui (4) síndrome de Ulises o síndrome del inmigrante con estrés crónico. Su sintomatología abarca cuatro áreas; área depresiva, de ansiedad, de somatización, y confusional.

La etiología del síndrome de Ulises (SU) se relaciona con el duelo migratorio, que se considera como un factor estresante especial, sobre todo cuando es prolongado, intenso, recurrente y con tendencia a cronificarse. Pero además porque es múltiple, ya que como señaló Achotegui (5) el conjunto de duelos de la inmigración se suele agrupar en siete aspectos o duelos específicos: 1. duelo por la familia y los amigos, 2. duelo por la lengua, 3. el duelo por la cultura, 4. duelo por la tierra, 5. duelo por el estatus social, 6. el duelo por el contacto con el grupo étnico, y 7. duelo por los riesgos físicos.

En este estudio hemos querido indagar sobre la aparición del síndrome de Ulises en inmigrantes que consultan en atención primaria y su relación con el duelo migratorio y algunas características sociodemográficas de esta población alóctona.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

El estudio se ha realizado en cuatro centros de salud de Granada (Cartuja, Almanjayar, Valle de Lecrín y la Zubia), incluyendo en la investigación 290 inmigrantes mayores de 18 años, que consultaron, por distintos motivos, durante 2008 y 2009. La muestra se seleccionó desde las consultas de atención primaria cuando el paciente que estaba citado era inmigrante, invitándolo a contestar el cuestionario y recogiendo los datos sociodemográficos a través de la historia digital. Se obtuvo consentimiento informado en todos los casos. Se realizó un día por semana de forma aleatoria durante el tiempo que duró la fase de estudio. El cuestionario fue autoadministrado salvo en los pacientes que no hablaban español que contaron con un traductor en el momento de la consulta. Se excluyeron 12 casos que se negaron a participar en la investigación.

#### Problemas de salud

De los 290 inmigrantes que fueron atendidos en las consultas, 32 pacientes fueron diagnostica-

dos de síndrome de Ulises, cuya sintomatología se agrupa en cuatro áreas: de depresión, de ansiedad, la somatomorfa y la confusional.

#### Cuestionario sobre el duelo migratorio

El cuestionario utilizado es el propuesto y validado por De la Revilla et al (6), que está redactado en español y consta de 17 preguntas (tabla 1), repartidas atendiendo a las siete dimensiones del duelo migratorio descritas por Achotegui (4).

La investigación de De la Revilla et al (6) sobre el cuestionario permitió diferenciar 4 factores: el **factor miedo** que incluye las preguntas de la 12 a la 17 referidas a la pérdida de la seguridad física; el **factor nostalgia** constituido por las preguntas 1,4, 5, 6 y 7 que se refieren al duelo por la cultura, la familia y el paisaje; **factor preocupación** formado por los ítems 2, 8,9 y 11, pérdida de estatus social, contactos con amigos..) y el **factor temor a la pérdida de identidad** que incluye las preguntas 2 y 10 ( pérdida del idioma, grupo étnico).

#### Variables sociodemográficas estudiadas

Las variables referidas a la nacionalidad, edad, género, estado civil, situación laboral y legal, dificultades de comunicación, tiempo de residencia y red social, se exponen en las tabla 2 y 3.

Para conocer la red social hemos utilizado la clasificación de Federico de la Rua (7) simplificada, basada en la tipología de la integración relacional de los inmigrantes, calificándolos en *cosmopolitas* cuando se relacionan tanto con personas de su mismo origen (nacionales), como con las de origen diferente (transnacionales) y con los de la sociedad de acogida (locales) y no *cosmopolitas*, cuando el inmigrante se encuentra aislado o se relación solo con ciudadanos de su país de origen.

#### Análisis estadístico

Para cada variable dependiente se realiza un estudio no ajustado para ver como se asociaban con la variable dependiente (presencia ó ausencia de síntomas de SU). Tras este análisis univariante se llevó a cabo el ajuste de un modelo multivariante considerando aquellas variables por las que se deseaba controlar y todas aquellas que tenían un

nivel de significación p<0.30, con la regresión logística binaria, atendiendo especialmente a las odds ratio de cada una de las variables del modelo y a sus intervalos de confianza; la verificación del ajuste del modelo a un modelo logístico se hizo mediante el test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemesehow. Para los cálculos se empleó el paquete estadístico STATA 10.1.

#### **RESULTADOS**

#### Datos clínicos

Del total de 290 inmigrantes, 32 (11%) presentaban síndrome de Ulises, que cursaban con síntomas correspondientes a las cuatro áreas clínicas que lo definen. Las manifestaciones somatoformes, fueron variables, así 7 referían cefaleas, 6 manifestaciones digestivas (dolor abdominal, vómitos o diarrea) 5 síntomas osteoarticulares, y 4 sensación de mareo y palpitaciones. Los 10 restantes tenían una clínica muy variada y cambiante, con una mezcla de los síntomas ya referidos.

En cuanto al área confusional, 15 aquejaban déficit de atención o referían falta de memoria, 8 confusión témporo-espacial, comentando, con frecuencia, que "se sienten perdidos" o que "no sabían dónde se encontraban". En 9 el trastorno era más complejo ya que en cinco casos se sumaba el déficit de memoria con confusión temporal y cuatro tenían a la par cambios en el comportamiento y trastornos de la atención.

## Analisis univariante para relacionar el síndrome de Ulises con el duelo migratorio

Existe asociación entre los factores miedos, preocupación y pérdida de identidad y la presentación del síndrome de Ulises. Esta asociación no se produce con el factor nostalgia (Tabla 4).

Analisis univariante para relacionar el síndrome de Ulises con las variables sociodemográficas (Tabla 5)

#### 1. Variables personales

Comprobamos que, en lo referente al género, las mujeres (P = 0.033) tienen más riesgo de pade-

cer SU que los hombres. Por nacionalidades, los pacientes de los países del este (P = 0.023) y subsaharianos, están más expuestos. Por el contrario no existe relación del SU en cuanto a la edad y el estado civil.

#### 2. Problemas laborales, legales y de comunicación

En lo respecta a la situación laboral se aprecia que los inmigrantes que no están en paro presentan una probabilidad significativamente menor de presentar SU (P = 0.007)

En cuanto a la situación legal, los pacientes que no tienen documentación tienen 6,89 veces más riesgo de sufrir SU que los pacientes que tienen documentación en regla. Por último, apreciamos que los pacientes con dificultades de comunicación (DC) por que no hablan castellano tienen 6.5 veces más riesgo de sufrir SU que los pacientes que no las tienen (P = 0.002).

### 3. Tiempo de Residencia en España y red social

Los pacientes que llevan más de 5 años de residencia en España tienen 0.11 veces menos riesgo de sufrir SU, que los pacientes que llevan menos de un año en España.

En cuanto a la red social, los pacientes que no son cosmopolitas tienen 3.15 veces más riesgo de sufrir SU, que los que son cosmopolitas (que implica redes sociales más amplias y por lo tanto más apoyo social).

### Análisis Multivariante de todas las variables incluidas en el modelo (Tabla 5)

Al realizar el análisis multivariante las variables nacionalidad (P=0.496612), situación laboral (P=0.817655), dificultades de comunicación (P=0.67379), tiempo de residencia en España (P=0.49399) pierden su efecto y se eliminan, quedando por tanto incluidas en el modelo final el género, la situación legal y la red social

Por lo que respeta a las variables del duelo migratorio excepto el factor miedo, que si es significativo y se mantiene, los restantes quedan excluidos.

#### DISCUSIÓN

Si entendemos como problema psicosocial (8) aquella situación clínica originada por acontecimientos vitales estresantes que da lugar a manifestaciones psíquicas o somáticas, es fácil entender que la población inmigrante que se ve sometida a lo largo del proceso migratorio a numerosas situaciones de estrés, sufra de problemas psicosociales. Una forma especial de problema psicosocial de los inmigrantes es el síndrome de Ulises, que como señalo Achotegui (9) es diferente tanto de los trastornos adaptativos como el estrés postraumático. De entre los 290 inmigrantes que acudían a las consultas 32 (11 %) tenían un cuadro clínico sugerente de síndrome de Ulises y aunque no conocemos su frecuencia en atención primaria, este porcentaje nos parece lo suficientemente significativo como para tenerlo en cuanto al hora de valorar los problemas de salud de esta población.

De las cuatro áreas que conforman la cínica del SU, llama la atención la variedad de síntomas que comprende el área confusional, ya que los pacientes se quejan, indistintamente, de falta de memoria, desorientación temporal y ocasionalmente trastornos de la conducta.

La migración es un una situación de cambio que comporta una serie de pérdidas y de tensiones que configuran el denominado duelo migratorio, entendiendo por duelo el proceso de reorganización de la persona, que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto, y que, referido a la inmigración, tiene que ver con la reelaboración de los vínculos que la persona ha establecido con el país de origen y es precisamente la dificultad para mantener estos vínculos, a través de los cuales expresa su personalidad y su identidad, lo que define la pérdida y da lugar a lo que denominamos duelo migratorio (Tizon (10), Achotegui (5)).

Cuando analizamos las respuestas a las preguntas del cuestionario de duelo migratorio, comprobamos que existe una estrecha relación entre la aparición de SU y el duelo referido a los factores miedo y preocupación, mientras que el factor nostalgia, no tiene ningún papel en la aparición del síndrome. Este comportamiento de los factores del duelo migratorio es distinto al referido por De la Revilla et al (6) que en su estudio

comprobó era el factor nostalgia el más frecuente, seguido del de factor preocupación, ocupando el tercer lugar el factor miedo

Parece que en el SU, es el miedo el factor estresante más importante, que si, en algunos casos, puede atribuirse a las vicisitudes del viaje, sobre todo cuando vienen en pateras, en la mayoría de las ocasiones tiene un origen más complejo, que se puede relacionar tanto con temor a la pérdida de la salud, como con el miedo a ser detenido, a la expulsión o a ser agredido y, en fin, o a las mafias.

Menor importancia tiene la preocupación como factor asociado al SU. Parece que el duelo relacionado con el fracaso del proceso migratorio y con el sentimiento de soledad, , la falta de amigos y el echar de menos a los compañeros de la juventud, aunque sigue siendo relevante, tiene menos peso que el factor miedo.

Por último, llama la atención que el factor nostalgia, que agrupa los estresores clásicos de la migración, como el recuerdo y la tristeza por la cultura, las costumbre y el paisaje del país de origen, no tiene ningún papel causal en la parición del SU.

Hemos comprobado que determinadas variables sociodemográficas puedan relacionarse con este síndrome, como veremos a continuación.

De las variables personales, solo la nacionalidad y el género se asocian con el SU. En lo referente al primero, son los subsaharianos y los procedentes de los países del este los que sufren con más frecuencia síndrome de Ulises sin que hayamos encontrado razones que justifiquen estas diferencias. En cuanto al género son las mujeres las que tienen más riesgo de padecer SU. Algo parecido han observado otros autores (11, 12) al comprobar una mayor frecuencia de ansiedad y depresión en mujeres inmigrantes. Esta diferencia de género, pueda deberse, como refieren Ritsner y Ponizovsky (13), a que las mujeres al tener mayor desigualdad en la educación, en el acceso a puestos de trabajo y en habilidades lingüísticas sufren más estrés social.

En cuanto a la situación laboral, estar en paro o realizando trabajos temporales dentro de la sociedad de acogida (14, 15), en situaciones de irre-

gularidad (están indocumentados o en situación ilegal) y precariedad económica son factores estresantes que se asocian con el SU.

Los inmigrantes que llevan menos tiempo viviendo en España tienen más posibilidades de sufrir este cuadro clínico, ya que, todavía no han conseguido estabilizar su situación. La barrera del idioma es otra circunstancia a tener en cuenta ya que hemos comprobado que los que no hablan castellano tienen más posibilidades de sufrir el síndrome que los que si lo hablan.

Los inmigrantes, al incorporase a una nueva vida y una nueva sociedad intentan buscar personas y propiciar relaciones que le faciliten su integración, por tanto tienen necesidad de configurar una red social que la aporte los apoyos estructurales y emocionales que necesitan, mas aún, si tenemos en cuenta que la red familiar, primordial para recibir apoyos se encuentra ausente o es reducida.

De ahí la necesidad de usar un instrumento que permita estudiar la red social de la población inmigrante, como es el que propone Federido de la Rua (7) basado en la tipología de los espacios sociales de la transnacionalidad. Con este instrumento, comprobamos que loa inmigrantes no cosmopolitas, es decir, los que solo tienen relaciones con ciudadanos de su país de origen, tienen más posibilidades presentar síndrome de Ulises, por contar con una pobre y limitada red social. Hecho que, en términos generales, fue corroborado por Cohen (16) y Hogan, et al (17) al apreciar que las personas que tienen un bajo apoyo social están menos protegidas y sufren más problemas de salud

A modo de conclusión podemos señalar que, entre los factores del duelo migratorio, es el miedo él más tiene que ver con el SU y que de las variables sociodemográficas, las que más se relacionan con el síndrome de Ulises son el género, la situación legal y la red social.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1 Pertiñez Mena J, Viladas Gene L. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en el área urbana de Barcelona. Aten Primaria. 2002; 29: 6-1.

- 2. Hijano Baonza A, Carreño Freire P, Marín Bum M, Gisbert Rodríguez J, Peña Rodríguez E. Ansiedad en adolescentes de un barrio de Madrid. Aten Primaria. 2006; 38: 154-158.
- 3. Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suarez M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. Revista Clínica Española. 2005; 205: 116-118
- 4. Achotegui J. Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Norte de Salud Mental. 2004; 21: 39-52
- 5. Achotegui J. Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En: Perdiguero E, Comelles JM. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra; 2000.
- 6. De la Revilla Ahumada L, De los Ríos Álvarez AM, Luna del Castillo, JD, Gómez García M, Valverde Morilla C, López Torres G. Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a las consultas de Atención Primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. Aten Primaria. (En prensa).
- 7. Federico de la Rua A. Los espacios sociales de la transnacionalidad. Una tipología de la integración relacional de los migrantes. Revista hispana de redes sociales. 2004; 7: 77-100. URL: http://revista-redesrediris.es/html.vol4/vol4\_3
- 8. De la Revilla Ahumada L. La atención familiar en la práctica diaria. En: De la Revilla L. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la atención familiar. Granada: Ed. Adhara; 2005.

- 9. Tizón J, Salamero M, Sanjosé J, Pellejero N, Achotegui J, Sainz F. Migraciones y salud mental. Barcelona: PPU; 1993.
- 10. Achotegui J. Migración y crisis: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Avances en Salud Mental Relacional. 2008; 7:1-22.
- 11. Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A, Fons Martí, M. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. Aten Primaria. 2004; 36: 106.
- 12. Fox PG, Burns KP, Popovich JM, Ileg MM. Depression among immigrant Mexican woman and Southeast Asian refugee women in the U.S. Int J Psychiatr Nurs Res. 2001; 7: 778-792.
- 13. Ritsner M, Ponizovsky A. Psychological symtoms among an immigrant population: a prevalence study. Compr Psychiatry. 1998; 39: 21-27.
- 14.Tompa E, Scott-Marshall H, Dolinschi R, etal Precarious employment experiences and their health consequences: towards a theoretical framework. Work. 2007; 28: 209-224.
- 15. Holt J, Gee G, Ryan A. Self-reported discrimination and mental health status among African descendants, Mexican Americans and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 Iniciative: the added dimension of inmigration. Am J Public Heatlh. 2006; 96: 1821-1828
- 16. Cohen S. Psychological models of the role of social support in the etiology of physical diseases. Health Psychology. 1988; 7: 269-273.
- 17. Hogan BE, Linden W, Najarian B. Social support intervenctions: do the work. Clin Psychol Rev. 2002; 22: 381-440.

#### Tabla 1. Cuestionario sobre el duelo migratorio

#### 1) Duelo por la separación de la familia y amigos

1. ¿Con que frecuencia echas de menos a tu familia?

Nunca Siempre A veces

2. ¿Con que frecuencia echas de menos a tus amigos?

Siempre A veces Nunca

#### 2) Duelo por la lengua materna

3. ¿Tienes miedo a olvidar tu idioma?

Siempre A veces Nunca

#### 3) Duelo por la cultura

4. ¿Echas de menos la comida de tu país?

No

5. ¿Echas de menos las fiestas de tu país?

Siempre A veces Nunca

6. ¿Echas de menos las costumbres de tu país?

Siempre A veces Nunca

#### 4) Duelo por la pérdida de su tierra o pasaje

7. ¿Echas de menos tu pueblo o ciudad?

Siempre A veces Nunca

#### 5) Duelo por la pérdida de su estatus social

8. ¿Estás preocupado ante las dificultades para acceder a un puesto de trabajo?

9. ¿Estás preocupado por las dificultades de regularizar tu situación legal en España?

Siempre A veces Nunca

#### 6) Duelo por la pérdida de contacto con su grupo étnico

10. ¿Tienes compatriotas o amigos con los que te identifiques?

11. ¿Te sientes triste cuando no tienes compatriotas, amigos o conocidos?

Siempre A veces Nunca

#### 7) Duelo por la pérdida de su seguridad física

12. ¿Has tenido miedo en tu viaje a España?

13. ¿Tienes miedo a las mafias?

14. ¿Tienes miedo a ponerte enfermo y a que no te sepan curar?

15. ¿Tienes miedo a morir en España?

16. ¿Tienes mie a vivir con la sensación permanente de que te comuniquen que vas a ser repatriado a tu país? Siempre A veces Nunca

17. ¿Tienes miedo a que te agredan verbal o físicamente?

Siempre Nunca A veces

Tabla 2. Variables demográficas en inmigrantes con síndrome de Ulises

Variables demográficas	numero	%
Nacionalidad		
Latinoamericanos	9	11.39
Magreb	9	9.38
Subsaharianos	4	14.81
Países Este	9	20.93
Otros	1	2.22
Género		
Hombre	8	6.40
Mujer	24	14.55
Edad		
< 25	9	14.75
36-45	6	10.00
> 45	4	6.45
Estado Civil		
Soltero	12	11.32
Casado	16	10.07
Viudo	0	0.0
Separado/divorciado	4	16

Tabla 3. Variables sociales en inmigrantes con síndrome de Ulises

Variables sociales	numero	%
Situación Laboral		
Paro	16	18.18
Otros	16	14.41
Situación Legal		
Documentados	11	5.16
Indocumentados	21	27.27
Dificultades Comunicación		
Sin Dificultades	13	7,14
Dificultades Culturales	7	15.91
Dificultades Lenguaje	12	47.62
Red Social		
Cosmopolitas	10	6.17
No Cosmopolitas	22	17.19
Tiempo Residencia en España		
≤ 5 años	29	34.93
> 5 años	3	2.5

Tabla 4. Aparición de Síndrome de Ulises en relación con los factores del duelo migratorio

Presencia de Sínd. Ulises	OR	Р	IC 95%	
Miedos	1.491214	0.000	1.264247	1.758928
Nostalgia	.9547817	0.609	.7996689	1.139982
Preocupación	1.416487	0.000	1.17111	1.713276
Pérdida de Identidad	1.791048	0.036	1.03862	3.088573

Tabla 5. Aparición de Síndrome de Ulises en relación con las variables sociodemográficas estudiadas

Presencia de Sínd. Ulises	OR	Er. Std	Р	IC 95%		
Nacionalidad						
Latinoamerica	5.657143	6.06166	0.106	.6926758	46.20237	
Magreb	4.551724	4.871265	0.157	.5587509	37.07948	
Subsaharianos	7.652174	8.779033	0.076	.8076726	72.49938	
P. Este	11.64706	12.56183	0.023	1.406568	96.44324	
Género						
Sexo femen.	2.489362	1.062884	0.033	1.078078	5.748122	
Edad						
26-35 años	.7990544	.3729994	0.631	.3200623	1.994886	
36-45 años	.6419753	.3606091	0.430	.2134928	1.930428	
>45 años	.3984674	.2512493	0.144	.1157916	1.371225	
Estado Civil						
Casado	.9353234	.3787012	0.869	.4229806	2.06825	
Otros	1.492063	.9336915	0.523	.4376523	5.086808	
Situación Laboral						
Trabajo Temp.	.5366972	.2163404	0.123	.2435643	1.18262	
Trabajo Fijo	.1753247	.1139892	0.007	.0490259	.62699	
Situación Legal						
Indocumentado	6.886364	2.76602	0.000	3.133942	15.13174	
Dificultades						
Comunicación						
No habla	6.5	4.021781	0.002	1.933057	21.85657	
Otras						
Dificultades	2.459459	1.236411	0.073	.9181771	6.587989	
Tiempo en España						
Mas de 5 años	.1065089	.0704317	0.001	.0291412	.3892818	
	1200000	.5101011	0.001	10231712	.5052010	
Red Social						
No cosmopolitas	3.154717	1.267649	0.004	1.435241	6.934192	

OR: Odds Ratio Er. Std: Error estandar IC: Intervalo de confianza

Tabla 6. Análisis Multivariante con todas las variables incluidas en el modelo.

	Análisis	Multivariante			Multiv	arian	te fin	al	
Variables	Categorías	ô	IC 95%		Р	Ô   IC 9		95% P	
Nacionalidad	Otros								
	Latinoamericanos	4.17	0.37	46.91	0.247				
	Magrebíes	2.76	0.27	28.01	0.390				
	Subsaharianos	2.36	0.17	32.31	0.520				
	Países Este	5.85	0.56	61.32	0.141				
Género	Hombre								
	Mujer	2.16	0.65	7.19	0.209	2.54	1.02	6.32	0.046
Edad	<25a								
	26-35a								
	36-45a								
	>45a								
Estado Civil	soltero								
	casado								
	Otros								
Situación Laboral	En Paro								
	Temporal	0.76	0.28	2.02	0.579				
	Fijo +otros	1.07	0.22	5.15	0.934				
Situación Legal	Documentado								
	Indocumentado	2.42	0.83	7.04	0.104	3.72	1.47	9.43	0.006
Dificultades de	sin dificultad								
Comunicación	Dif. Culturales	1.84	0.44	7.62	0.400				
	Dif Idioma	1.08	0.24	4.79	0.922				
	No habla idioma	2.58	0.38	17.47	0.331				
Red Social	Cosmopolita								
	No Cosmopolita	2.66	0.98	7.22	0.056	2.46	1.05	5.74	0.037
Tiempo de	<1 año	1.46	0.48	4.43	0.501				
residencia	1-5 años	0.67	0.11	3.97	0.662				
	> 5 años								
Miedos		1.23	1.00	1.53	0.053	1.28	1.06	1.54	0.009
Nostalgia									
Preocupación		1.11	0.84	1.46	0.464				
Pérdida de Identida	ad	1.09	0.55	2.19	0.802				

Ô : Odds Ratio IC: Intervalo de confianza

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

## Recomendaciones para la confección de una alimentación equilibrada y saludable

Iglesias García A<sup>1</sup>, Jiménez Lorente CP<sup>2</sup>

#### INTRODUCCIÓN

La alimentación es un proceso educable que comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos, que son fenómenos relacionados con el medio sociocultural y económico, y que determina al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y los estilos de vida.

Con el progresivo conocimiento de la influencia de los aspectos nutricionales sobre la salud, los científicos han intentado establecer unas pautas que sirvan de guía para garantizar un estado nutricional adecuado y además sirvan para la confección de alimentación equilibrada y saludable.

Actualmente se ha llegado a un consenso sobre el tipo de alimentación más recomendable a fin de fomentar la protección de la salud y prevenir trastornos causados por exceso, por defecto, y sobre todo por desequilibrios de la dieta.

La población debe tener criterios claros sobre alimentación saludable, pues paradójicamente, a pesar de encontrarnos en un entorno de superproducción y abundancia, seguimos alimentándonos de forma incorrecta y perjudicial para la salud, como se viene demostrando con el aumento de la prevalencia en el último siglo de distintas enfermedades crónicas: diabetes, obesidad,

hipertensión, osteoporosis, enfermedades dentales, patología cardiovascular, ciertos cánceres y enfermedades degenerativas, en las que la alimentación parece desempeñar un papel esencial.

Con este motivo se han venido desarrollando a través de las Sociedades Científicas Objetivos Nutricionales para la población y Guías Dietéticas con distintos formatos gráficos, como sistema de apoyo para conseguir una salud "óptima" a través de la nutrición y minimizar el desarrollo de enfermedades crónicas y degenerativas.

#### **OBJETIVOS NUTRICIONALES**

Los objetivos nutricionales son valores o rangos de ingesta recomendados para nutrientes y otros componentes alimentarios, que se consideran adecuados para el mantenimiento de la salud de la población a la que van dirigidos y evitar la probabilidad de desarrollar enfermedades degenerativas y/o crónicas.

Se expresan por lo general en forma de porcentaje de energía consumida o en algunos casos en gramos/día.

A la hora de establecerlos se basan en la situación nutricional de partida de la población y en sus hábitos de consumo o patrones alimentarios de manera que pueden plantearse a corto, medio o largo plazo, si la situación de partida se aleja demasiado del objetivo.

Se intenta con ellos corregir las desviaciones en los patrones alimentarios que se han producido en los últimos años

Correspondencia: Carmen Pilar Jiménez Lorente Centro de Salud Zaidín Sur C/. Poeta Gracián, 7

18007 Granada

E-mail: cpjl@hotmail.com

Recibido el 13-04-2011; aceptado para publicación el 10-05-2011 Med fam Andal 2011; 1: 40-55

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Médico de Familia. CS Ventanielles (Oviedo)

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Médico de Familia. CS Zaidín Sur (Granada)

En la *tabla 1* se muestran los objetivos poblacionales propuestos por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) para la población española.

La actual dieta española se aleja en grado importante de los objetivos nutricionales, lo que es consecuencia de los cambios profundos en los hábitos alimentarios de las tres últimas décadas:

- migración del campo a las ciudades con lo que desaparece el autoabastecimiento y al economía de pequeño mercado.
- incorporación de la mujer al mundo laboral dejando de ser la principal responsable de la tradición familiar culinaria.
- aumento de las comidas realizadas fuera de casa (restaurantes, en el medio de trabajo, en el medio escolar)
- globalización en los hábitos dietéticos, con incorporación de muchos de los malos hábitos anglosajones.
- mecanización en el ámbito laboral, del hogar e incluso del tiempo de ocio.

En la *tabla* 2 se puede observar la evolución de los hábitos alimentarios de la población española comparando la situación nutricional en 1964 y 1991 con los objetivos nutricionales, comprobando que en los años "60" la dieta se acercaba más a la recomendada.

Los cambios se debían fundamentalmente a:

- descenso del consumo de pan, arroz y cereales en general.
- disminución en el consumo de tubérculos y legumbres.
- incremento del consumo de lácteos, carnes... (en general de todos los productos de origen animal).

#### **GUÍAS ALIMENTARIAS**

Para conseguir estos objetivos nutricionales pautados, es necesario desarrollar estrategias de

intervención dirigidas a la comunidad, a través de la publicación de las Guías Alimentarias.

Los principios inmediatos (hidratos de carbono, proteínas y lípidos) y las vitaminas y minerales, no existen en la naturaleza de forma individualizada, sino que forman parte de los diferentes alimentos según proporciones definidas.

En estas Guías se traducen esas cantidades de nutrientes y porcentajes de energía a términos como alimentos, raciones o frecuencias de consumo que el público en general conoce.

En España existen en la actualidad las "Guías Alimentarias para la Población Española" elaboradas por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y cuyo Documento de consenso ha sido publicado en el 2001.

Las principales recomendaciones incluidas en esta Guía se refieren a:

- Mantener el peso deseable.
- Moderar el consumo de grasas saturadas y trans.
- Aumentar el consumo de frutas, verduras y cereales integrales.
- Minimizar o evitar el consumo de sal y azúcar.
- Tomar dieta variada que incluya alimentos de todos los grupos.
- Promover el ejercicio físico moderado.

Además, sobre estas Guías, la propia SENC ha elaborado unas Guías Prácticas de Alimentación Saludable utilizando un lenguaje familiar entendible por el ciudadano, en las que se abordan aspectos también relacionados con la compra, el cocinado o la conservación de los alimentos, entre otros.

#### PIRÁMIDE DE LA ALIMENTACIÓN

En casi todos los países las recomendaciones alimentarias se plasman en una representación gráfica.

En España y siguiendo el modelo estadounidense, se trata de una pirámide elaborada por la SENC. (Figura 1)

En la base de la pirámide se incluyen los alimentos que más frecuentemente deben estar presentes en la dieta, disponiéndose el resto en segmentos sucesivamente superiores en donde el consumo tiene que ser cada vez menor.

Así mismo se indica la frecuencia con la que deben ser ingeridos los correspondientes alimentos.

Dicha pirámide se acompaña de las raciones orientativas (por cabeza y día, o semana), de distintos grupos de alimentos que combinados entre sí de forma equilibrada constituyan un perfil alimentario más saludable.

Teniendo en cuenta que no todas las personas comen la misma cantidad se escoge una media, determinada por las costumbres sociales y las encuestas alimentarias, aunque las porciones son flexibles y se adaptan a las necesidades nutricionales de cada individuo.

En la *tabla 3* se presenta la correspondencia entre raciones, pesos de alimentos y medidas caseras.

#### ALIMENTOS QUE DEBEN SER INGERIDOS CON UNA FRECUENCIA DIARIA

Se trata de los siguientes grupos de alimentos:

- cereales, derivados y tubérculos
- verduras y hortalizas
- frutas
- leche y derivados lácteos
- aceites

Al indicar que se deben tomar de forma diaria no quiere decir que todos deban figurar en la dieta de un día, sino que diariamente tienen que estar presentes representantes de los cinco grupos citados.

#### 1- Cereales, derivados y tubérculos

En nuestro país los cereales más consumidos son los derivados del trigo, arroz y maíz.

Dentro de este grupo también se incluyen las harinas obtenidas con estos cereales y los productos elaborados con ellas: pan, pastas, cereales para el desayuno...

Con respecto a los tubérculos, la patata constituye el principal representante.

#### Aporte nutricional:

- Gran riqueza en hidratos de carbono complejos (70-78%), con bajo índice glucémico. Se trata de alimentos fundamentalmente energéticos. Cereales, patatas y legumbres son la principal fuente de hidratos de carbono complejos.
- Aportan proteínas: 6-13% (al ser de origen vegetal tienen menor valor biológico que las de origen animal, pues carecen del aminoácido esencial lisina y el maíz además del triptófano). La combinación con otros alimentos (lácteos, legumbres), como veremos más adelante, consigue aportar todos los aminoácidos esenciales.
- El contenido en grasas es mínimo y de tipo insaturado: 1-7%. Al tratarse de vegetales no contienen colesterol.
- Contienen minerales: hierro, calcio, magnesio, fósforo, manganeso, potasio, cinc, cobre, cobalto y sodio.
- Contienen vitaminas: fundamentalmente vitaminas del grupo B (sobre todo tiamina, riboflavina y niacina).
- Aportan fibra, sobre todo los derivados integrales.

Los alimentos con Índice Glucémico bajo (cereales integrales, frutas, verduras y legumbres), son digeridos y absorbidos más lentamente que los alimentos con Índice Glucémico alto.

El consumo de dietas ricas en productos vegetales y por tanto en fibra, se relaciona inversamente, aunque en mayor o menor grado, con la incidencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer de colon.

El contenido en vitaminas, minerales y fibra es más elevado a menor grado de refinado del cereal Las patatas también son ricas en potasio y además en vitamina C (aunque esta vitamina se destruye por oxidación o se pierde en el líquido de cocción).

Existe la costumbre equivocada de eliminar estos alimentos de nuestra dieta por la falsa idea de que engordan, y en cambio suelen sustituirse por otros alimentos ricos en grasas.

Se aconseja un consumo de 4-6 raciones de alimentos de este grupo, procedentes fundamentalmente del pan, pastas, arroces, patatas... potenciando aquéllos más ricos en fibra.

- 40-60 gr. pan/ración
- 60-80 gr. pasta, arroz/ración
- 150-200 gr. patatas/ración

El pan debe estar presente en casi todas las comidas del día, preferentemente el integral, lo que contribuye a la ingesta necesaria de hidratos de carbono complejos y fibras.

#### 2- Verduras y hortalizas

Se consideran auténticos alimentos reguladores, con la siguiente composición nutricional:

- Bajo contenido calórico al ser pobres en los tres macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y abundantes en agua (80-90%).

La mayoría no superan las 50 Kcal/100 gr.

- Ricas en vitaminas (vitamina C, provitamina A o carotenoides, vitaminas del grupo B). Las verduras son la principal fuente de ácido fólico: sobre todo las de hoja verde, como espinacas, acelgas, también el brécol, coles de Bruselas...
- Aportan minerales como potasio, magnesio, calcio, selenio, y una cualidad importante es su escasez en sodio.
- Son ricas en fibra.
- Aportan multitud de compuestos fitoquímicos que se han relacionado con la prevención de enfermedades crónicas (flavonoides, cumarinas, fitatos, carotenos, fitoesteroles, tocotrienoles, licopenos, saponinas, etc).

La manipulación (pelado, troceado, exposición a la luz, remojo) y la cocción de estos alimentos hace que se pueda perder el contenido vitamínico-mineral entre un 25% y un 60%.

El consumo de frutas y verduras disminuye el riesgo de desarrollar obesidad y enfermedad cardiovascular, y probablemente cánceres digestivos.

Se aconseja una ingesta mínima de 2 raciones al día, siendo una de ellas en crudo en forma de ensaladas.

- 150-200 gr/ración.

Seleccionar las verduras de temporada, pues son más ricas en nutrientes, son más sabrosas y habitualmente más baratas.

Como los contenidos vitamínicos, minerales y de otros compuestos no son iguales en las distintas hortalizas, es aconsejable que su consumo sea variado.

#### 3- Frutas

Al igual que las verduras, también actúan básicamente como alimentos reguladores, proporcionando vitaminas, minerales y fibras.

- En general proporcionan mayor cantidad de hidratos de carbono que las verduras y además suele tratarse de azúcares simples, por ello suelen aportan mayor energía, pero también resultan mucho más dulces y sabrosas.
- El aporte en proteínas y lípidos es muy bajo (a excepción del aguacate, el coco y las aceitunas).
- Son una importante fuente de vitaminas: carotenos, vitamina C, vitaminas del grupo B y vitamina E.
- También aportan minerales: potasio, magnesio, calcio.
- Al igual que las verduras contienen multitud de compuestos fitoquímicos con propiedades antioxidantes.
- También aportan fibra que se concentra fundamentalmente en la piel, por ello gran parte de

estas fibras se pierden cuando se monda la fru-

Se recomiendan tres raciones de fruta al día, e intentando que una de ellas sea rica en vitamina C, como un cítrico tomado al natural o en zumo.

- 120-200 gr./ración.

Deberíamos recuperar la costumbre de tomar fruta en las tres comidas principales, (el mejor postre que hay es la fruta).

Se aconseja siempre que se pueda, tomar las frutas con piel, realizando un buen lavado previo, para aprovechar en lo posible los máximos beneficios.

Al igual que con las verduras, se debe seleccionar la fruta estacional y en su punto óptimo de maduración.

#### 4- Leche y derivados lácteos

Presentan un elevado contenido en nutrientes en relación con el contenido calórico.

El principal valor de estos alimentos es su riqueza en calcio y proteínas.

Constituyen la mejor fuente de este mineral para el organismo.

En nuestra sociedad son el grupo de alimentos que más contribuye a alcanzar los requerimientos diarios de calcio. Además el calcio de los lácteos presenta la mejor disponibilidad, debido a la presencia de lactosa y vitamina D, su adecuada relación calcio/fósforo o por el pH ácido por ejemplo en los yogures.

#### Aportan:

 Importantes cantidades de proteínas (3,5%) de alto valor biológico (podríamos afirmar que 250 ml de leche equivalen a unos 50 gr de carne)

Complementan muy bien las de los cereales, de manera que si se ingieren juntos se obtiene un aporte de proteínas de mejor calidad.

- 5% de hidratos de carbono simples (lactosa) de fácil digestión.

- Lípidos (3,7%) que son eliminados parcial o totalmente en las variedades semi y desnatadas, respectivamente.
- Vitaminas: A, D, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> y B<sub>12</sub>.
- Minerales: calcio, fósforo, potasio, magnesio, cinc (son pobres en hierro).

El yogur es una leche fermentada cuyo valor nutritivo (en el yogur natural) es equivalente al de la leche, a excepción del contenido en lactosa que ha sido transformada en ácido láctico. Esto permite que las personas con intolerancia a la lactosa suelan tolerar mejor este derivado que la leche.

La presencia de microorganismos vivos en el yogur le confiere otras acciones beneficiosas para el organismo, que están siendo investigadas en los últimos años.

El queso contiene los mismos nutrientes que la leche pero en mayor proporción, pues es un alimento concentrado (gran riqueza en proteínas, materias grasas, calcio, sodio y vitaminas A y D). El contenido en lactosa es casi nulo (salvo en el queso fresco).

Se recomienda la ingesta de 2-4 raciones/día de leche o sustitutos, en función de la edad y estado fisiológico. Consumir preferentemente las variedades desnatadas.

- 200-250 ml. leche/ración
- 200-250 gr. yogur/ración
- 40-60 gr. queso curado/ración
- 80-125 gr. queso fresco/ración

La leche desnatada y semidesnatada conserva la misma cantidad de proteínas, calcio y lactosa que la entera, y tan sólo presenta un menor contenido en grasa y vitaminas liposolubles (A y D). Estas vitaminas son añadidas posteriormente.

No se incluyen en esta recomendación los derivados lácteos ricos en grasas: mantequilla, nata o postres lácteos (flanes, natillas, cremas, helados...)

#### 5- Aceites

Las grasas son imprescindibles en nuestra vida, aunque tengan connotaciones negativas para la población.

Respecto a la prevención cardiovascular, parece ser que es más importante el tipo de grasa consumida que la cantidad total ingerida; es por ello que todas las Sociedades coinciden en proponer una reducción del porcentaje de ácidos grasos saturados y trans.

Se recomienda por tanto utilizar de manera habitual grasas de origen vegetal, es decir aceites: oliva, girasol, soja, maíz.

Se excluyen de este grupo los aceites de coco y palma en los que predominan los ácidos grasos saturados.

Al aceite de oliva en particular, componente básico de nuestra dieta mediterránea, se le atribuyen multitud de propiedades beneficiosas para el sistema cardiovascular, debidas a:

- su riqueza en ácido oleico (ácido graso monoinsaturado)

- su aporte de un sinfín de compuestos en el aceite de oliva virgen (no refinado) con propiedades antioxidantes: tocoferoles. esteroles, compuestos fenólicos etc.

Desde el año 2004, la FDA (Food and Drug Administration) recomienda la ingesta de aceite de oliva para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Aparte de esto tiene estupendas cualidades organolépticas, además de que es el que soporta mejor las elevadas temperaturas (por ejemplo en la fritura) sin alterarse, y también es muy resistente al enranciamiento.

Se aconseja consumir diariamente de 30-60 ml (3-6 cucharadas soperas) de aceite de oliva virgen/día (en función del estado ponderal de la persona).

El aceite de oliva virgen debe ser de elección para todo, tanto para uso en crudo (aliños) como para las cocciones y frituras.

#### 6- Agua

El agua es un elemento tan común en nuestras vidas que nos olvidamos de hacer referencia a su importancia y beneficios.

Se trata de un recurso esencial para la vida.

La ingesta inadecuada de líquidos no sólo favorece la deshidratación, sino que también se ha asociado a: litiasis renal, infecciones urinarias, cáncer de vejiga, cáncer colorrectal, estreñimiento, etc.

Se aconseja ingerir líquidos en cada comida y entre las mismas.

Elegir el agua preferentemente al resto de bebidas.

A pesar de estar contenida en los alimentos en mayor o menor cantidad, se recomienda una ingesta de agua de aproximadamente 4 a 8 vasos (200 ml/ración) al día, (1-2 litros / día).

Es conveniente evitar la ingesta habitual de bebidas refrescantes o gaseadas en sustitución del agua.

La SENC ha presentado también la "Guía para una Hidratación saludable" y ha elaborado una Pirámide de Hidratación con el mismo formato que la Pirámide de la alimentación, que podemos ver en la figura 2.

#### 7- Bebidas alcohólicas

En la nueva pirámide de la alimentación también se incluye una reseña a las bebidas alcohólicas de baja graduación: vino, cerveza, cava o sidra.

Todo ello debido a que diversos estudios epidemiológicos han demostrado una relación en "J" entre el consumo de alcohol y la mortalidad total (así las personas que consumen alcohol de forma baja a moderada presentan menor mortalidad por enfermedad coronaria que los abstemios y que los consumidores importantes).

Se especula si estos beneficios se deben sólo al alcohol, o también a los componentes antioxidantes que tiene el vino en particular.

Además, en nuestro país la ingesta de vino especialmente con las comidas es una de las características típicas de la dieta mediterránea.

El consumo de estas bebidas es opcional y en el caso de hacerlo se recomienda no superar las 2-3 unidades de bebida para los hombres y 1-2 para las mujeres (debido a su metabolización más lenta del alcohol).

Una bebida se define como el equivalente a:

- 200 ml de cerveza (un botellín)
- 100 ml de vino (una copa)

En las personas (sobre todo los mayores de 45 años), que consumen con agrado cantidades moderadas de alcohol preferentemente con las comidas, se les aconseja que puedan continuar con dicho consumo.

Nunca el consumo de alcohol debe ser recomendado de forma general a la población.

Embarazadas, lactantes, niños y jóvenes no deben consumir ningún tipo de bebida alcohólica.

## ALIMENTOS QUE DEBEN SER INGERIDOS CON UNA FRECUENCIA SEMANAL

Los siguientes alimentos se consumirán con una periodicidad semanal:

- huevos
- legumbres
- pescados
- carnes magras
- frutos secos

#### 1- Huevos

#### Clara:

- En la clara se encuentran las proteínas (ovoalbúmina) de más elevado valor biológico.
- También contiene sustancias con función antinutritiva que se inactivan con la cocción, por eso la clara de huevo no se aprovecha completamente si no está cocida o emulsionada.

#### Yema:

- Contiene lípidos: fosfolípidos, ácidos grasos esenciales y colesterol (426 mg/100 g)
- Algunas proteínas.
- Minerales: hierro, fósforo, calcio.
- Vitaminas: del grupo B (B1, B2, Niacina, B12), carotenos o provitamina A, vitamina D, Vitamina E.
- Sustancias antioxidantes: luteína y zeaxantina.

La presencia de una elevada concentración de colesterol en el huevo ha hecho que se postergara su consumo durante décadas.

Hoy sabemos que son los ácidos grasos saturados (láurico, mirístico y palmítico) y los ácidos grasos trans y en menor grado el colesterol dietético, los principales determinantes de los niveles elevados de colesterol plasmático, de manera que no hay ningún fundamento para eliminar el huevo de la dieta.

Se aconseja el consumo de 3-4 unidades/sema-

No hay diferencia nutricional entre los huevos de cáscara oscura y los blancos.

#### 2- Legumbres

Son los alimentos de origen vegetal más ricos en proteínas (eran llamadas "carne del pobre").

Nos proporcionan:

- Hidratos de carbono complejos (75-80%).
- Proteínas (20-35%), aunque de bajo valor biológico al carecer fundamentalmente de metionina. Si se combinan con cereales y/o hortalizas se obtiene una proteína de igual calidad que la de la carne o pescado.
- Pocas grasas (1-2%) y son de tipo insaturado. La soja y el cacahuete tienen mayor proporción de grasas. No contienen colesterol.
- Vitaminas del grupo B.

- Minerales: fósforo, calcio, magnesio, hierro
- Gran riqueza en fibras.
- Compuestos fenólicos (especialmente taninos), esteroles, isoflavonas.

Se aconseja consumir legumbres un mínimo de 2-4 veces/semana.

- 60-80 gr./ración.

### 3- Pescados y mariscos

Su aporte nutritivo es el siguiente:

- Proteínas de alto valor biológico, como las de la carne

Como tiene menos tejido conjuntivo es más digestible que la carne.

- Contiene ácidos grasos poliinsaturados de forma variable, según se trate de variedades grasas (pescado azul) con hasta un 15% o magras (pescado blanco) con < 2,5%.
- No contiene hidratos de carbono.
- Aporta vitaminas del grupo B y el azul también A y D
- Dentro de los minerales es rico en yodo, fósforo, flúor, potasio y magnesio, y si se consume con espina (variedades pequeñas), también aporta calcio.

La presencia de ácidos grasos omega 3 específicos en el pescado (EPA: eicosapentaenoico y DHA: docosahexaenoico), ha dado lugar a multitud de publicaciones científicas sobre sus beneficios en la prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, debido a un sinfín de acciones:

- disminución de triglicéridos
- disminución de la presión arterial
- disminución de la frecuencia cardiaca
- acción antiagregante
- acción antiaterogénica
- acción antiarritmógena
- acción antiinflamatoria
- participación en el desarrollo del tejido nervioso y la retina (DHA)

Se recomienda el consumo de 3-4 raciones/se-

- 125-150 gr./ración

En la actualidad se aconseja que al menos en dos ocasiones a la semana este consumo sea de pescado azul (atún, bonito del norte, salmón, sardina, caballa, trucha, jurel, arenque..)

El pescado azul se encuentra preferentemente de junio a octubre, aunque el de piscifactoría puede encontrarse todo el año.

El pescado congelado tiene igual valor nutritivo que el fresco.

#### 4- Carnes y derivados cárnicos

Su consumo ha aumentado en las últimas décadas, como sinónimo de prestigio social que denotaba mayor poder económico.

Nos proporcionan:

- Gran contenido en proteínas de alto valor biológico.
- Lípidos constituidos principalmente por ácidos grasos saturados.

Este contenido en grasa varía en función de la pieza, la especie, la edad del animal, y también del tipo de alimentación que ha recibido (esto es mucho más evidente en los animales no rumiantes como el cerdo o las aves).

Las aves tienen una ventaja adicional, pues la grasa suele encontrarse debajo de la piel, la cual es fácilmente eliminada antes de la preparación del alimento.

- Colesterol (al igual que todos los alimentos de origen animal).
- Muy bajo contenido en hidratos de carbono (a excepción del hígado)
- Vitaminas del grupo B:  $B_1$ ,  $B_2$ , Niacina,  $B_6$  y  $B_{12}$ . Esta última vitamina  $B_{12}$  no existe en los vegetales.
- Minerales: potasio, fósforo, magnesio, selenio, cinc y nos proporcionan hierro tipo hemínico

que presenta una mejor absorción que el no hemínico de los vegetales.

La categoría comercial de las carnes (primera, segunda o tercera), define la mayor o menor cantidad de desperdicio, pero no es un indicador de la calidad nutricional (el tejido muscular tiene el mismo valor nutritivo en todos los tipos de carne).

Lo mismo ocurre con el color de la carne (carnes rojas o blancas), que se distinguen por la cantidad en mioglobina pero no en proteínas.

El valor nutricional de la charcutería es muy variable según las materias primas utilizadas, pero en general se producen aumentos importantes en grasas (que pueden llegar hasta >50% y añadidos de hidratos de carbono).

Se aconseja moderar el consumo de carnes a 3-4 raciones/semana.

- 100-125 gr./ración

Seleccionar las carnes más magras: pollo y pavo sin piel, conejo, caballo, algunas partes de ternera y cerdo.

Moderar el consumo de carnes grasas, vísceras y embutidos grasos.

#### 5- Frutos secos

Tienen gran aporte energético debido a su elevado contenido en lípidos.

Pero en los estudios epidemiológicos se ha demostrado que la ingesta frecuente de frutos secos se asocia a menor riesgo de enfermedad coronaria e incluso a menor incidencia de obesidad.

- Lípidos (44-76%), de tipo insaturado (ácido oleico, ácido linoleico, a-linolénico en las nueces).
- Proteínas (8-26%), entre las que destaca la Arginina.
- Hidratos de carbono (5-13%). Mayor en la castaña.
- Vitaminas del grupo B, vitamina E y folatos (sobre todo en castañas y nueces).

- Minerales: calcio, hierro, potasio, fósforo, magnesio, manganeso, selenio, cobre, cinc.
- Ricos en fibra.
- Compuestos fitoquímicos (fitoesteroles, antioxidantes)

Se recomienda el consumo habitual de 3-7 raciones de frutos secos/semana

- 20-30 gr./ración.

Tomar con piel a ser posible y crudos, mejor que los tostados o fritos.

Evitar los frutos secos salados.

#### ALIMENTOS DE CONSUMO OCASIONAL

No se consideran básicos para el establecimiento de una alimentación equilibrada pero, consumidos de forma moderada y ocasional pueden tener cabida en una alimentación satisfactoria:

Se incluyen:

- Dulces, golosinas, bollería, pasteles
- Helados
- Bebidas refrescantes, estimulantes
- Margarina, mantequilla
- Carnes grasas, embutidos

Ninguno de estos productos puede sustituir a alimentos básicos de la pirámide (por ejemplo: tomar refrescos en lugar de agua, helados en lugar de lácteos o postres en lugar de frutas).

Con estas orientaciones alimentarias y el mantenimiento del adecuado peso corporal, se tiene la base actual de una dieta saludable, incluyendo obviamente en este término la prevención de enfermedades degenerativas.

Para alcanzarla se precisa el apoyo de todos: administración sanitaria, industria alimentaria, restauración, medios de comunicación, etc. y se necesitará una mayor cobertura legal que favorezca el cumplimiento de los objetivos planteados.

Ha habido en los últimos años algunas iniciativas diseñadas para mejorar la alimentación fuera y dentro del hogar:

- Una iniciativa muy conocida ha sido el programa "5 al día" que comenzó en Estados Unidos y a la que se sumaron más de 40 países de mundo. Con ella se pretende fomentar el consumo diario de frutas (3 raciones) y hortalizas (2 raciones).
- Otra de las estrategias llevadas a cabo durante los últimos 5 años (2005-2009), consistió en un convenio firmado entre el Ministerio de Sanidad y los fabricantes de panadería, con el que se consiguió reducir en aproximadamente un 26% la cantidad de sal del pan.
- No podemos tampoco olvidarnos de la Estrategia Española para la Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad (NAOS), impulsada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el 2004.

Debemos recordar que los conceptos que definen una alimentación saludable son:

- suficiencia (en energía y nutrientes)
- variedad (para asegurar tanto los aportes de macro como de micronutrientes)
- equilibrio (en las proporciones recomendadas)
- adecuación (a las características sociales y culturales de cada individuo o grupo)
- y además que sea agradable,

Fomentando un estilo de vida que se apoye en las recomendaciones nutricionales consensuadas para la población de nuestro medio.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Gil Hernández A, Mañas Almendros M, Martínez de Victoria E. Ingestas dietéticas de referencia, objetivos nutricionales y guías. En: Tratado de Nutrición. 2ª edición. Tomo III. Nutrición Humana en el Estado de Salud. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p.31-65.

- Mataix Verdú J, Aranceta Bartrina J. Recomendaciones nutricionales y alimentarias. En: Mataix Verdú J, editor. Nutrición y alimentación humana. 2ª edición. I. Nutrientes y alimentos. Madrid: Ergón; 2009. p. 303-328.
- Serra Majem L, Aranceta Bartrina J. Requerimientos nutricionales e ingestas recomendadas: ingestas dietéticas de referencia. En: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Nutrición y Salud Pública. Método, bases científicas y aplicaciones. 2ª edición. Barcelona: Elsevier Masson SA; 2006. p. 20-30
- Aranceta Bartrina J, Serra Majem L. Objetivos nutricionales y guías dietéticas. En: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Nutrición y Salud Pública. Método, bases científicas y aplicaciones. 2ª edición. Barcelona: Elsevier Masson SA; 2006. p. 684-697
- Oliveira Fuste G, González-Romero S. Nutrición en el adulto. En: Tratado de Nutrición. 2ª edición. Tomo III. Nutrición Humana en el Estado de Salud. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p.289-317
- Cervera Ral P, Padró Massaguer L. Alimentación saludable. En: Salas-Salvadó J, editor. Nutrición y dietética clínica. 2ª edición. Barcelona: Elsevier Masson SA; 2008. p. 18-26
- SENC. Guías Alimentarias para la Población Española: recomendaciones para una dieta saludable. Madrid; IM&C, SA. 2001. p. 1-502
- Dapcich V, Salvador Castell G, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J, Serra Majem L. Guía de la alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Madrid: 2004. p. 1-196.
- URL:http://www.nutricioncomunitaria.org/BDPprotegidos/guia\_alimentacion%20SENC\_I\_1155197988036.pdf (consultada el 30 de junio del 2010)
- Salvador Castell G, Mataix Verdú J, Serra Majem L. Grupos de alimentos. En: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Nutrición y Salud Pública. Método, bases científicas y aplicaciones. 2ª edición. Barcelona: Elsevier Masson SA; 2006. p. 38-51

#### **AUTOEVALUACIÓN**

Con respecto a las frecuencias de consumo de alimentos recomendadas por la Pirámide de la Alimentación SENC (2004), cuál de las siguientes es <u>cierta</u>:

- a- Una ración de pescado/semana
- b- 6-8 raciones de lácteos/día
- c- 3-4 huevos/semana
- d- Dos raciones fruta/día
- e- Dos raciones de pan/semana

Respuesta correcta: c

¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto a los alimentos es falsa?

- a- La clara de huevo proporciona la proteína de mayor valor biológico
- b- Las proteínas de los cereales tienen un aminoácido limitante que es la lisina
- c- La proteína del pescado es de igual calidad que la de la carne
- d- Las legumbres no aportan proteínas, sólo hidratos de carbono complejos
- e- La combinación de legumbres con cereales y hortalizas proporciona proteínas de alta calidad

Respuesta correcta: d

¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto a los alimentos es <u>cierta</u>?

- a- Preferir el consumo de un aceite poliinsaturado, que no sea aceite de oliva.
- b- Ingerir los lácteos enteros o semidesnatados
- c-Tomar al menos una de las raciones de verduras/día cruda en forma de ensalada
- d-Preferir el consumo de pescado blanco al azul

e- Tomar los huevos crudos, pues es como mejor se aprovechan todas sus cualidades.

Respuesta correcta: c

¿Cuál de los siguientes alimentos <u>NO</u> es de recomendación de consumo diario, según la Pirámide de la Alimentación propuesta por SENC (2004)?

- a- Aceite de oliva virgen
- b- Pan preferentemente integral
- c- Frutas y verduras
- d- Carnes grasas y embutidos
- e- Agua en cantidad suficiente

Respuesta correcta: d

¿Cuál de las siguientes es una acción de los ácidos grasos omega 3?

- a- Acción antiagregante
- b- Acción antiarritmógena
- c- Descenso de triglicéridos
- d- Acción antiinflamatoria
- e- Todas son acciones de los omega 3

Respuesta correcta: e

Señale cuál <u>NO</u> es una recomendación incluida en las Guías Alimentarias elaboradas por la SENC para la población española:

- a- Aumentar el consumo de grasas saturadas y trans
- b- Aumentar el consumo de frutas y verduras
- c- Minimizar el consumo de sal
- d- Promover ejercicio físico moderado
- e- Mantener el peso deseable

Respuesta correcta: a

**Tabla 1.** Objetivos poblacionales propuestos por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) para la población española.

	Objetivos nutricionales intermedios	Objetivos nutricionales finales
IMC (Kg/m²)	21-25	21-23
		23-26 en >65 años
Proteínas (% de la energía)	<13	<10
Grasas totales (% de la energía)	≤35	30-35
Ácidos grasos saturados	<10%	7-8%
Ácidos grasos monoinsaturados	20%	20%
Ácidos grasos poliinsaturados	5%	6-7%
Ácidos grasos omega 6 (n-6)		5% de energía como α-linolénico
Ácidos grasos omega 3 (n-3)	0,8% como α-linolénico	1% como α-linolénico
(mg/día)	200 DHA	300 DHA
Hidratos de carbono totales (% de la energía)	> 50 de IG reducido	50-55 de IG reducido
Alimentos azucarados	< 4 al día	< 6% de energía
(frecuencia/día)		
Fibra alimentaria (g/día)	> 22 en mujeres	> 25 en mujeres
	>30 en hombres	>35 en hombres
Colesterol (mg/día)	< 350	< 300
Frutas (g/día)	>300	>400
Verduras y hortalizas	> 250	>300
Bebidas fermentadas de baja graduación	<2 copas/día	<2 copas/día
Folatos (µg/día)	> 300	>400
Sodio: sal común (g/día)	<7	<5
Calcio (mg/día)	>= 800	>= 1000
Vitamina D (UI/día)	200	200
	400 en >50 años	400 en >50 años
Yodo (μg/día)	150	150
Flúor (mg/día)	1	1

Se expresan en porcentajes de energía total sin tener en cuenta el alcohol.

DHA: ácido docosahexaenoico IG: Índice Glucémico UI: Unidades Internacionales

#### Modificada de:

Gil Hernández A, Mañas Almendros M, Martínez de Victoria E. Ingestas dietéticas de referencia, objetivos nutricionales y guías. En: Tratado de Nutrición .2ª edición. Tomo III. Nutrición Humana en el Estado de Salud.Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p.31-65

**Tabla 2.** Evolución de los hábitos alimentarios de la población española comparando la situación nutricional en 1964 y 1991 con los objetivos nutricionales

Nutriente o componente alimenticio	Situación española en 1964	Objetivos nutricionales	Situación española actual
Grasa total	32	30- 35	42
Grasa saturada	8	<10	7
Grasa poliinsaturada	4	<10	12
Grasa monoinsaturada	17	>15	23
Hidratos de carbono	56	>55	43
Complejos	51	>50	33
Simples	5	<10	10
Fibra (gr/día)	28	>25	22
Prroteína	12	13	15
Colesterol (mg/1000 Kcal)	91	<100	164

Se expresan en porcentajes de energía total sin tener en cuenta el alcohol.

#### Tomada de:

Mataix Verdú J, Aranceta Bartrina J. Recomendaciones nutricionales y alimentarias. En: Mataix Verdú J, editor. Nutrición y alimentación humana. 2ª edición. I. Nutrientes y alimentos. Madrid: Ergón; 2009. p. 303-328

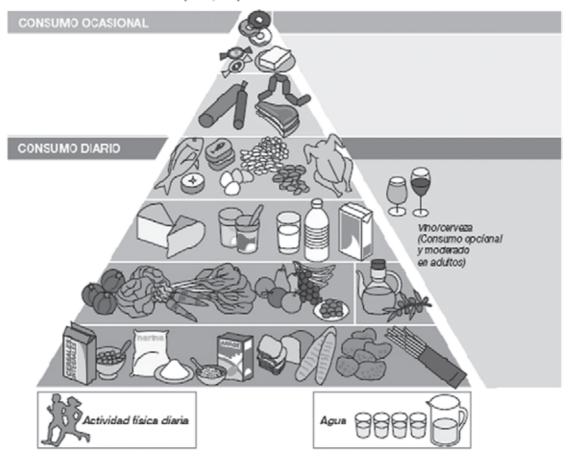
Tabla 3: Frecuencia de consumo, pesos de raciones de cada grupo de alimentos y medidas caseras equivalentes

Grupo de alimentos	Frecuencia recomendada	Peso de cada ración (en crudo y neto)	Medidas caseras
Patatas, arroz, pan, pan	4-6 raciones/día (formas	60-80 gr de pasta, arroz	1 plato normal
integral y pasta	integrales)	40-60 gr de pan	3-4 rebanadas o un
		150-200 gr de patatas	panecillo
			Una patata grande o dos
			pequeñas
Verduras y hortalizas	≥ 2 raciones/día	150-200 gr	1 plato de ensalada
			variada
			1 plato de verdura
			cocida
			1 tomate grande
			2 zanahorias
Frutas	≥3 raciones/día	120-200 gr	1 pieza mediana
			1 taza de cerezas, fresas
			2 rodajas de melón
Aceite de oliva	3-6 raciones/día	10 ml	1 cucharada sopera
Leche y derivados	2-4 raciones/día	200-250 ml de leche	1 taza de leche
		200-250 gr de yogur	2 unidades de yogur
		40-60 gr de queso curado	2-3 lonchas de queso
		80-125 gr de queso fresco	1 porción individual
Pescados	3-4 raciones/semana	125-150 gr	1 filete individual
Carnes magras, aves y	3-4 raciones/semana	100-125 gr	1 filete pequeño
huevos	(alternar su consumo)		¼ de pollo o conejo
			1-2 huevos
Legumbres	2-4 raciones/semana	60-80 gr	1 plato normal individual
Frutos secos	3-7 raciones/semana	20-30 gr	1 puñado
Embutidos y carnes grasas	Ocasional y moderado		
Dulces, snacks, refrescos	Ocasional y moderado		
Mantequilla, margarina y	Ocasional y moderado		
bollería			
Agua de bebida	4-8 raciones/día	200 ml	1 vaso o 1 botellín
Cerveza o vino	Opcional y moderado en	100 ml de vino	1 vaso
	adultos	200 ml de cerveza	1 copa
Práctica de actividad física	Diario	>30 minutos	

Tomada de: Gil Hernández A, Mañas Almendros M, Martínez de Victoria E. Ingestas dietéticas de referencia, objetivos nutricionales y guías. En: Tratado de Nutrición.2ª edición. Tomo III. Nutrición Humana en el Estado de Salud. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 31-65

Figura 1. Pirámide de la Alimentación Saludable.

#### Pirámide de la Alimentación Saludable (SENC, 2004)



#### Tomada de:

Dapcich V, Salvador Castell G, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J, Serra Majem L. Guía de la alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Madrid: 2004. p. 1-196.

URL: <a href="http://www.nutricioncomunitaria.org/BDPprotegidos/quia">http://www.nutricioncomunitaria.org/BDPprotegidos/quia</a> alimentacion%20SENC I 1155197988036.pdf (consultada el 30 de junio del 2010)

Figura 2.



Fuente: Agua, hidratación y salud: "La Declaración de Zaragoza". ENC y Observatorio de la Nutrición y Actividad Física.

http://www.google.es/url?sa=t&source=web&cd=2&ved=0CB0QhglwAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.nutricioncomunitaria.org%2FBDProtegidos%2FDeclaracion\_de\_Zaragoza\_Hidratacion\_saludable\_I\_1216324770658.pdf&ei=wmkuTLy0LJSVOIjdIIEC&usg=AFQjCNF3hCUSXvaMlx1\_dkalm0rl9OHuYQ

#### **A DEBATE**

## Trauma grave, una atención multidisciplinar

Martínez Buendía C

MIR 3er MFyC, Hospital de SantaAna, Motril (Granada)

#### INTRODUCCIÓN

Una asistencia idónea al traumatizado es un hecho multidisciplinar, sin embargo, parece haber un concepto de "operatividad multidisciplinar" considerado como obvio por el que no siempre se aplican los filtros de calidad.

En España, el aumento de los centros de coordinación en la emergencia extrahospitalaria, la red hospitalaria, las UCI... parecen ser suficientes en número, sin embargo, fallamos en tiempo y en organización. (Murillo F, Muñoz MA. ¿Qué podríamos hacer para mejorar los resultados en el traumatizado grave? Med Intensiva 2003; 27: 669-72).

Los autores<sup>2</sup> muestran que independientemente de los distintos recursos en personal y estructura hospitalaria, los resultados mejoran cuando se aplica un manejo interdisciplinar cuyo proceso es auditado por los filtros de calidad del COT (Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos).

En nuestro país, es necesario hacer un gran esfuerzo dirigido a crear registros autonómicos y estatales del traumatizado grave. Sin ellos, no podemos disponer de epidemiología, recursos existentes, distribución, resultados sobre los que aplicar esos criterios de calidad del COT y tomar decisiones a través de las sociedades científicas. Ya se crearon el grupo GITAN³ en Andalucía y POLIGUITANIA⁴ en Guipúzcoa pero todavía queda mucho por hacer hasta alcanzar un registro mucho mayor, de la envergadura por ejemplo, del ARIAM (Análisis de los Retrasos en el Infarto Agudo de Miocardio) en la cardiopatía isquémica.

Ante tanta evidencia de que lo más importante no son ya los recursos sino la organización entre servicios y para ello las auditorías, me urge conocer de mi servicio de urgencias:

- 1.- ¿Se recogen los datos y parámetros propios de la extrahospitalaria y de un hospital comarcal necesarios para después hacer la auditoria con los filtros? (Tabla 1)
- 2.- ¿En nuestro hospital comarcal es auditado el proceso Trauma Grave con filtros de calidad?, ¿Esos filtros son parecidos a los que propone el COT? (Tabla 2)

Efectivamente en el servicio de urgencias disponemos de "hoja de seguimiento Proceso Asistencial Trauma Grave" (Tabla 3) en la que se recogen la mayoría de los parámetros y filtros mencionados.

3.- ¿Cómo es el manejo interdisciplinar del Trauma Grave en nuestro hospital comarcal?

La respuesta obtenida, por parte del servicio de urgencias, es que existe un buen manejo facilitado sobre todo por tratarse de un hospital pequeño "donde todos nos conocemos" y ante cualquier necesidad rápidamente se da la disponibilidad del especialista necesario.

Tras la bibliografía consultada, y en particular, el artículo de Ruchholtz²; el manejo interdiscipli-

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

Recibido el 15-11-2010; aceptado para publicación el 14-04-2011 Med fam Andal 2011; 1: 56-67

nar no puede depender de las relaciones personales entre unos y otros ("todos nos llevamos bien") y por supuesto de las relaciones jerárquicas (no es lo mismo que llame al cirujano el intensivista que lo llame una R3 de familia, seguramente en éste último caso, se exigirán más pruebas complementarias, a veces, con riesgo de que el paciente se inestabilice). Se necesita un líder que dirija el proceso de forma automática.

Yo personalmente, observo dos grandes déficits:

- La carencia de un líder asistencial.
- El equipo multidisciplinar se reduce a una reunión de especialistas que toman decisiones para ese momento que en muchas ocasiones serían distintas para pacientes similares, no siguiéndose un protocolo establecido para una misma situación.

¿Cómo se dirige el proceso en EEUU y por qué no puede ser igual en España?:

En EEUU lo comanda el "Trauma Surgery" (cirujano de traumatología); si buscamos en Wikipedia "Trauma Surgery" veremos que éste "es el responsable de la resucitación inicial y estabilización del paciente, así como de seguir su evaluación. Además, dirige el equipo y es responsable de priorizar los procedimientos y de designar todo el plan de tratamiento. Este proceso comienza tan pronto como el paciente llega a las urgencias y continúa en el quirófano, UCI y planta".

Pues bien, si buscamos "traumatólogo" en Wikipedia, veremos que te redirecciona a "traumatología y ortopedia" y en efecto, se explica que su campo de acción es: lesiones traumáticas de columna y extremidades que afectan a: sus huesos, ligamentos y articulaciones, músculos y tendones y piel.

Por tanto, como vemos hay una gran diferencia entre un "Trauma Surgery" y un "Traumatólogo ortopédico español". Luego, nuestro equipo del trauma necesita un líder y dado que no disponemos de Trauma Surgery y este líder debe estar presente desde el inicio de la resucitación hasta la estabilización completa, creo que lo ideal en España es que el líder sea un intensivista.

Esto, llevado de la mano de SEMICIYUC, traería consecuencias muy positivas, porque a través de esta prestigiosa sociedad científica se podrían establecer los cambios organizativos necesarios para lograr los tiempos y objetivos deseados en el trauma grave ya sea con los filtros del COT o con otros similares.

Dado el carácter multidisciplinar del proceso Trauma Grave, a continuación, solicito de los servicios de Cirugía, UCI, Traumatología, Hematología y Urgencias su colaboración para despejar algunas dudas y expresar su punto de vista.

#### SERVICIO DE CIRUGÍA

Según la bibliografía consultada<sup>6,7,8,9,10</sup> para Eco-FAST (Focused Abdominal Sonography in Trauma):

Se concluye que todo paciente con traumatismo abdominal cerrado o contuso es candidato a la exploración ecográfica, por sus innumerables ventajas y escasas contraindicaciones; (relativas: obesidad mórbida, enfisema subcutáneo y operaciones abdominales previas; absolutas: indicación de laparotomía).

El Colegio Americano de Médicos de Emergencias en el año 2001 establece la guía de aplicación de la ecografía de emergencia (Emergency ultrasound), puntualizando las diferencias con la evaluación por otros especialistas en imágenes, ecocardiografistas o ecografistas ginecoobs-tretas.

Efectivamente no es intención de los médicos de urgencias evaluar órganos con un Eco-fast, sólo buscamos sangre, y efectivamente, reconocemos que los especialistas en imagen tienen una técnica mejor que la nuestra, pero la cuestión no es evaluar los órganos sino la mera detección de sangre para la pronta llamada al cirujano.

En nuestro medio, son pocos los centros que cuentan con un ecógrafo accesible para los médicos de emergencia. Algunos centros cuentan con radiólogo permanente o de llamada pero en muchos casos el tiempo de espera y la necesidad de llevar al paciente a la sala de rayos hace que pierda parte importante de su utilidad en trauma. Disponer de un ecógrafo accesible demora sólo 2-3 minutos y puede realizarse simultáneamente con el resto de la evaluación.

Ante la evidencia descrita, me dirijo al servicio de Cirugía General para conocer su opinión sobre el Eco-fast:

El Dr. Iza-Goñola de Miguel opina que es totalmente necesaria la ecografía en alto riesgo. Refiere que si el paciente está inestable y no existe Eco-fast, él personalmente está a favor de la punción lavado-peritoneal porque sin saber si el paciente tiene sangre o no, una laparotomía a ciegas podría matarle dado su estado y para más inri no haber sangre intraabdominal. Por eso, cree en la Eco, como una técnica con grandes ventajas y que debe desplazar a la punción lavado peritoneal.

(Tabla 4).

¿Qué pasa con los Eco-fast en las urgencias?; ¿son súper caros?, ¿nos creen unos ineptos?, ¿la formación es muy cara?, ¿el proceso Trauma Grave exige equidad en todos los tipos de hospital?, ¿aunque tengamos recursos distintos?,...

Un ecógrafo portátil con definición y calidad similar a los ecógrafos convencionales y que pesan menos de 3 kilos, de tamaño como un ordenador portátil, resistente a golpes, que cuesta entre 3000 y 6000 euros, me parece que no es pedir mucho.

#### **SERVICIO DE UCI**

#### a.- FLUIDOTERAPIA: HIPOTENSIÓN PER-MISIVA:

Aunque creía que en la extrahospitalaria estaba bastante clara la fluidoterapia reponiendo volumen en función del grado de shock con fisiológico, coloide y concentrados de hematíes, me he encontrado en la literatura científica desacuerdo entre los investigadores.

Tras la bibliografía consultada<sup>11,12,13,14</sup>, concluyo que:

- La fluidoterapia de reanimación convencional tiene consecuencias negativas (al intentar mantener la tensión arterial en cifras normales) en pacientes exanguinados.

- Se destacan los beneficios de la hipotensión permisiva con la administración de bolos de 250 ml. de bolsas de 500 ml. ó 1 l. de suero salino fisiológico en la ruta hacia el hospital si la PAS ( presión arterial sistólica) es menor de 90 con el objetivo de mantener la PAS entre 80 y 90 ( o lo que es lo mismo, hasta que comience el retorno del pulso radial)
- Parece ser que esta hipotensión permisiva mantendría la perfusión vital de los órganos sin exacerbar la hemorragia en un paciente politraumatizado exanguinado. De manera que la infusión rápida de líquidos hasta lograr normalizar la TA (tensión arterial) en un paciente exanguinado no consigue siempre restaurar adecuadamente la perfusión tisular, sino que se acompaña de trastornos metabólicos inducidos o agravados por ésta, como el desprendimiento mecánico de coágulos.
- Además, son frecuentes en la fluidoterapia de reanimación tradicional trastornos en la coagulación, acidosis e hipotermia; la llamada tríada mortal.
- En uno de los artículos consultados14 se concluye que: "La administración agresiva de fluidos en la fase prehospitalaria ha sido cuestionada y preferido su uso cuidadoso hasta que haya sido controlada la causa de la hemorragia. Asimismo, se deben exceptuar los casos en que la hipotensión permisiva está contraindicada por riesgo de ocasionar mayor lesión por isquemia: HTA sistémica, reserva cardiovascular disminuida (ancianos), enf. Cerebrovascular, estenosis carotídea, neuropatías, claudicación intermitente avanzada, TCE, traumatismo de la médula, moribundos...."

Tras exponer al Dr. García del Moral, FEA (facultativo especialista de área) de UCI, el por qué de mis dudas de si en función del pulso y frecuencia cardíaca, a un paciente con un determinado grado de shock, había que tener en cuenta otras cosas y no sólo reponer volemia para elevar TA a cifras normales como sea; efectivamente me aclara que:

- En traumas abiertos y traumas de grandes vasos, si queremos que el coágulo no se rompa, se mantendrán TAS por debajo de 90, diuresis no mayor de 30 ml./h. y habrá que controlar con láctico y déficit de bases.

- En cualquier tipo de traumatismo donde sospechemos por ejemplo, rotura de bazo, se tratará de la misma manera, mantener TAS < 90 mmHg.
- En definitiva, está de acuerdo con la hipotensión permisiva, pero siempre que esté indicada, nunca ante sospecha de TCE o traumatismo medular.

#### b.- NASCIS III<sup>15,16,17,18</sup>:

Es conocida la controversia que esta pauta de corticoides genera, el caso es que no hay clara evidencia de que existan ventajas en pacientes medulares pero tampoco de que no la haya. Parece ser que un estudio procedente de Sevilla salió en contra del NASCIS III porque se trataban en su mayoría de secciones medulares completas y casos en los que habían pasado más de 6 horas antes de iniciar la pauta.

Ante tanta discrepancia, pregunto al Dr. García del Moral qué es lo que hacen en el servicio de UCI de mi hospital para ver si tiene sentido iniciar la pauta de corticoides en la extrahospitalaria:

- "Realmente aquí en la UCI de Motril no hacemos NASCIS III, nos lo pensamos mucho porque el paciente a nosotros se nos puede morir de una neumonía y hasta que no se hagan más estudios, en principio nosotros no la iniciamos".
- "Una buena propuesta sería, aunque fuera a nivel provincial o comunitario, dado que grandes profesionales realizan prácticas distintas apoyados todos ellos en buenos criterios, es hacer registros no muy complicados de la evolución de los pacientes con traumatismos medulares siguiendo o no la pauta NASCIS III, según el hospital. Así, sacaríamos conclusiones para hacer lo mismo en Granada, Málaga, Sevilla... o por lo menos, dentro de la misma provincia de Granada para garantizar la mayor equidad posible".
- "El Dr. García del Moral defiende que en muchas ocasiones más que CC, lo que es necesario es una laminectomía descompresiva y que sin embargo, se practican menos de las deseadas ". Esto me motivó a buscar las indicaciones quirúrgicas

en los traumatismos medulares y qué papel tenía aquí el servicio de Trauma de mi Hospital.

#### SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA<sup>1</sup>

Teniendo en cuenta las diferencias que vimos en la introducción entre un "Trauma Surgery" y un "traumatólogo ortopédico" así como, las características de un Hospital Comarcal donde para traumatismos torácicos abiertos no existe Cirugía Torácica y donde no existe RMN (resonancia magnética nuclear) ni ordinaria ni de urgencias, ni existe neurocirujano, caeremos en la cuenta de que es muy importante tener claras las indicaciones de cirugía emergente y urgente, sobre todo en traumatismos medulares, para no perder tiempo en la toma de decisión de llamar a transporte de críticos para derivación a Granada, siempre y cuando esté indicado.

Antes de mostrar las conclusiones, me gustaría remarcar, que debido en muchas ocasiones a que no se realiza una exploración neurológica inicial adecuada del enfermo, bien por sedación, bien por temor a ocasionar la lesión medular en la exploración, bien porque en el paciente coexistan shocks de otros tipos distintos a los medulares y nos despisten; ...el caso es que en alguna ocasión ha sucedido que por tampoco reevaluar neurológicamente al paciente en las primeras y siguientes horas nos hemos comido algún hematoma epidural que no se veía en la TAC, y esto, tanto en urgencias como en UCI.

Las conclusiones de la Dra. Carmen Pulido, tutora de residentes en el servicio de Traumatología, deberíamos tenerlas todos muy claras en urgencias, desde el R2 de familia que se queda solo al adjunto nuevo o al adjunto que no se recicla:

## I.- Si existe un bajo riesgo: no se hará estudio de imágenes:

\* Estudio Nexus: los pacientes con trauma no penetrante que no cumplen con ninguno de los

<sup>\*</sup> ÒAccidentabilidad y grandes s™ndromes neurolŠgicos: LesiŠn Medular y daŒo cerebralÓ, simposium dirigido por MAPFRE en la Facultad de Medicina de Granada en marzo 2010 en el que hablŠ Dr. Antonio Luis P"rez Abela, traumatŠlogo del Hospital Vrgen de las Nieves, sobre Òr̄ātamiento quirœrgico y estabilizaciŠn de la lesiŠn medularÓ.

5 criterios, tienen baja probabilidad de lesión de espina cervical y las radiografías no son necesarias. (Criterios:

- 1. No dolor en la línea media
- 2. No déficits neurológicos
- 3. Nivel de conciencia normal
- 4. No evidencia de intoxicación
- 5. No otras lesiones dolorosas que distraigan al paciente)

#### II.- Si existe alto riesgo de lesión vértebromedular: Se deberá realizar estudio:

- **a.- Si no existen signos neurológicos**: 3 proyecciones radiológicas (cervical lateral, tórax AP y pelvis AP) e incluso, TAC para ver fracturas del arco posterior que son difíciles de ver con R(x).
- b.- Si existen signos neurológicos: La primera prueba en la RM urgente porque el tratamiento quirúrgico será como mínimo urgente, y puede que emergente. En nuestro caso, al no existir RMN, solicitamos TAC pero deberemos tener en cuenta que si existe déficit neurológico, aunque el TAC sea normal, deberemos mandarlo al Hospital de Referencia para realizar RMN porque puede tratarse de un SCIWORA (Spinal cord injury□without radiographic□abnormality) y habrá que descartar hernia de disco traumática o hematoma epidural.

## c.- Si se sospecha lesión vascular: angioRMN ó angioTAC.

Una vez hemos decidido si es de bajo o alto riesgo y hemos hecho las pruebas complementarias pertinentes, lo más importante es la reevaluación neurológica con el sistema ASIA (Asociación Americana de Trauma espinal) TABLA 5, porque aunque exista invasión del canal o exista déficit neurológico, si éste no es una lesión medular incompleta y progresiva no va a tener indicación de cirugía emergente; en todo caso, urgente en unos 5 días, tras estabilización del paciente.

· Luego todo paciente con lesión medular que normalmente presenta a su inicio shock medular,

habrá que reevaluarlo porque si recupera reflejo bulbocavernoso en menos de 48 h, será el fin del shock medular y pasará a lesión medular incompleta (B, C ó D de ASIA) y a partir de aquí si el deterioro es progresivo (porque ascienda su nivel medular) es cuando tiene una indicación la cirugía emergente.

· Si el shock medular se mantiene más de 48 horas no recuperando reflejo bulbocavernoso, ya es una lesión medular completa. En esta situación y en las incompletas no progresivas son en las que está indicada la cirugía urgente, tras estabilización del paciente, en los primeros 5 días.

#### SERVICIO DE HEMATOLOGÍA<sup>19,20,21</sup>

Me preguntaba si a la hora de pedir los concentrados para estos pacientes se tenía en cuenta el tiempo de almacenamiento de las unidades ya que se ha visto que los hematíes almacenados durante un tiempo prolongado (hematíes viejos) son morfológica y funcionalmente diferentes de los hematíes con cortos períodos de almacenamiento (< 15 días, hematíes frescos) y presentan una limitada capacidad para deformarse y ceder oxígeno a la periferia. Además, en politraumatizados se han relacionado con un mayor número de infecciones perioperatorias.

La hematóloga de mi hospital refiere que nunca se solicitan bolsas con un período de almacenamiento determinado. Le explico la evidencia que hay con respecto al paciente crítico y si sería posible. Su respuesta:

"La caducidad de las bolsas de concentrados es de 1.5 meses. La mayoría de las semanas tienen que renovarlas hasta 2 veces, pero no puedo garantizar que los grupos menos frecuentes no tengan bolsas de concentrados con mayores tiempos de almacenamiento".

Le pregunto por qué no considerar en pacientes paliativos utilizar bolsas más antiguas y en los críticos, poder solicitar las de almacenamiento menor de 15 días: "Sería arriesgar bolsas de sangre que pueden llegar a caducar y no podemos despreciar sangre", opinión con la que estoy de acuerdo, pero que de todas formas si la eviden-

cia es que con un almacenamiento mayor de 15 días hay mayor probabilidad de infecciones perioperatorias, habría que considerar alguna alternativa, ¿no?

#### SERVICIO DE URGENCIAS

Creo que un médico de urgencias tiene la responsabilidad de hacer una buena reevaluación secundaria del paciente, tener claras las indicaciones de TAC incluyendo situaciones especiales (alcohol, drogas, sedación, sintrom), cuándo repetir el TAC, saber interpretar el pronóstico que los resultados del TAC tienen para el paciente conociendo la TCDB (Trauma Coma Data Bank), cosa que le permitirá al médico de urgencias entender la actuación del neurocirujano del hospital de referencia. Saber sospechar un paciente medular y evaluarlo con ASIA...

#### **CONCLUSIÓN**

Mi propósito era comprobar que efectivamente cada servicio que participa en el proceso Trauma Grave tiene muy claro su papel particular, colaboran con urgencias con agilidad y existen objetivos comunes.

Sin embargo, sigo pensando que hace falta algo mucho más automático, que quien debe dirigir el proceso desde sus inicios es UCI así como controlar si cada servicio ha respondido positivamente a sus filtros de calidad. Mientras tengamos dificultad en tener equidad en recursos entre hospitales, hagamos lo posible por mejorar el manejo multidisciplinar.

Ha sido satisfactorio encontrar tan buena disposición por parte de los distintos servicios. Agradezco la colaboración de todos ellos, y en especial, al Dr. García del Moral, FEA de UCI.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Murillo F, Muñoz MA. ¿Qué podríamos hacer para mejorar los resultados en el traumatizado grave? Med Intensiva. 2003; 27: 669-72.

- 2. Ruchholtz S, Waydhas C, Lewan U, Piepenbrink K, Stolke D, Debatin D, et al. A multidisciplinary quality management system for the early treatment of severely injured patients: implementation and results in two trauma centres, Intensive Care Med. 2002; 28: 1395-404.
- 3. García M, Navarrete P, Muñoz A, Jiménez JM, Cosano I. Análisis clínico-epidemiológico y de práctica médica del traumatismo grave en Andalucía. Estudio piloto. Proyecto GITAN. Med Intensiva. 2001; 25:327-32
- 4. Proyecto POLIGUITANIA. Estudio del politraumatismo en Guipúzcoa y sur de Aquitania.1995-2005. URL: http://www.semicyuc.org/sp/fcontinuada/poliguitania/upload/index.htm.
- 5. Alberdi F, Azaldegui F, Laviñeta E, Mintegi I, Murgialdai A, Reviejo K. Metodología para la evaluación de la calidad de un sistema traumatológico. Med Intensiva. 1999; 23:373-9.
- 6. Valdivia C. Ecofast en el paciente con trauma múltiple. Emergencia. 2007; 1: Suppl 1: 31.
- 7. Stengel D, Bauwens K, Sehouli J, Rademacher G, Mutze S, Ekkernkamp A, et al. Algoritmos basados en la ecografía de urgencia para el diagnóstico del traumatismo abdominal cerrado (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. 2007;4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com
- 8. Heegaard W, Hildebrandt D, Spear D, Chason K, Nelson B, Ho J et al. Prehospital Ultrasound by Paramedics: Results of Field Trial. ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE. 2010; 17:624–630.
- 9. Gómez V, Ayuso F, Jiménez G, Chacón M. Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. Rev Semergen. 2008; 34: 354-363
- 10. Toledo L, García A, Bustelo J, González M. Evaluación de la ecografía abdominal del trauma cerrado en niños. URL: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13\_supl1\_07/articulos/a6\_v13\_supl107.html
- 11. Morales M, Gómez M, Gonzalez J, Llanes O. Fluidoterapia de reanimación en pacientes con trauma grave: ¿Necesita cambiarse? Rev Cuba-

- na Cir. 2006; 45:3-4. URL: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol45\_3\_06/cir13306.html
- 12. De Waele JJ, Vermassen FE. Coagulopathy, hypothermia and acidosis in trauma patients: the rationale for damage control surgery. Acta Chir Belg. 2002; 102: 313-6.
- 13. Dretzke J, Saundercock J, Bayliss S, Burls A. Clinical effectiveness and cost-efectiveness of prehospital intravenous fluids in trauma patients. Health Technology Assessment. 2004; 8: 1-132.
- 14. Kwan I, Bunn F, Roberts I, on behalf of the WHO Pre-Hospital Trauma Care Steering Committee. Timing and volume of fluid administration for patients with bleeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software
- 15. Medical Research Council CRASH Trial. Update on progress in the international, multicenter, randomized, controlled trial of corticosteroids after significant head injury. Current Opinion in Critical Care. 2003; 9:92-97.
- 16. (MRC CRASH trial): randomised placebocontrolled trial. Effect of intravenous corticos-

- teroids on death within 14 days in 10□008 adults with clinically significant head injury. The Lancet. 2004; 364: 1321-8.
- 17. CRASH trial collaborators, Windish R. Final results of MRC CRASH, a randomized placebocontrolled trial of intravenous corticosteroid in adults with head injury outcomes at 6 months. Journal of Emergency Medicine. 2006; 30: 249.
- 18. Bracken MB. Esteroides para la lesión medular aguda. (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. 2007; 4. Oxford: Update Software Ltd. URL: http://www.updatesoftware.com
- 19. Weil MH. Blood Transfusions. Crit Care Med. 2003; 31: 2397-8
- 20. Blood Transfusions: Less is More? Crit Care Med. 2003; 31: 2409-10
- 21. Quintana M, Sánchez M, Santiago R, García A. Grupo de trabajo de hemoderivados y alternativas transfusionales. Resultados de una encuesta nacional sobre hábito transfusional en unidades de cuidados intensivos. Med Intensiva. 2009; 33:8-15.

Tabla 15. Variables de estructura, actividad y resultados agrupados por categorías.

Datos Generales	Prehospitalario	Hospital Comarcal	Hospital Terciario U.C.I.	Resultados
Edad Sexo Nº historia Etiología Tipo de accidente Lugar	Documentación Cronograma Indices: RTS, GCS Recursos sanitarios	Documentación Cronograma Indices: RTS, GCS	Documentación Cronograma Indices: GCS, ISS, APACHE TRISS	Documentación Mortalidad Morbilidad Días de estancia Seguimiento
Intencionalidad Hospital Comarcal Exitus Fecha ingreso Fecha alta	Intervalos ambulancias: - Desplazamiento - Actuación	Soporte Vital Avanzado: Retrasos / errores: (lesiones vitales) - Diagnósticos - Tratamiento Médico	Seporte Vital Avanzade: Retrasos / errores (lesiones vitales) - Diagnósticos - Tratamiento Médico	Necropsia: - ISS autópsico - AIS autópsico - Causa éxitus - Muerte "evitable"
	Asistencia "in situ"  Retrasos/Errores:  - Asistencia medicalizada  - Asistencia no medicalizada  - Técnicas  - Diagnósticos	Actividad quirúrgica: - Lesiones vitales	Actividad quirúrgica: - Lesiones vitales	
	Triage - Supratriage - Infratriage	Traslado interhospitales	Período Hospitalización: -Actividad médico/quirúrgica -Complicaciones	
	EVALUACION	EVALUACION	EVALUACION	EVALUACION

RTS: Revised Trauma Score, GCS: Glasgow, ISS: Injury Severity Score, TRISS: Probabilidad de supervivencia. AIS: Abreviated Injury Scale

Fuente: Proyecto Poliguitania

Alberdi F, Azaldegui F, Laviñeta E, Mintegi I, Murgialdai A, Reviejo K. Metodología para la evaluación de la calidad de un sistema traumatológico. Med Intensiva. 1999; 23:373-9.

#### Tabla 25

#### Filtros auditores de la calidad asistencial traumatológica

Sociedad Americana de Cirugía (Comité Traumatológico)

- 1 Estudio de TODOS los fallecimientos de cualquier causa traumatológica
- 2 Presencia de una ambulancia en el lugar del accidente con un intervalo superior a 20 minutos
- 3 Ausencia de informe médico prehospitalario

EN TRASLADO INTERHOSPITALARIO)

- 4 Ausencia de determinaciones y registro (al menos una vez cada hora) de Tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y escala de Glasgow para cualquier traumatismo, desde que ingresa en el Servicio de Urgencias hasta su hospitalización, traslado a otro hospital o fallecimiento 5 Traslado del paciente a otro hospital tras > 6 horas de ingreso en el hospital inicial ( = DEMORA
- 6 Paciente con Glasgow < 14 (AHORA YA CON GCS DE 14) que no se realiza TAC en menos de 2 horas desde el ingreso en un hospital
- 7 Paciente con Glasgow < 9 que abandone el servicio de urgencias sin que se le establezca una vía aérea definitiva
- 8 Cualquier paciente con herida abdominal por arma de fuego manejado sin laparotomía
- 9 Paciente con heridas abdominales e hipotensión (presi ón arterial sistólica < 90 mmHg) que no son operados en la primera hora tras la llegada al servicio de urgencias
- 10 Pacientes con hematoma epi o subdural a los que se le practica una craneotomía 4 horas después de su llegada al hospital, excluyendo los casos a los que se monitoriza la presión intracraneal (PIC)
- 11 Intervalo superior a 8 horas entre la llegada y el inicio del desbridamiento de una fractura de tibia abierta, excluyendo los casos producidos por herida de bala de baja velocidad
- 12 Intervención quirúrgica abdominal, torácica, vascular o craneal llevada a cabo > 24 horas tras el ingreso
- 13 No fijación quirúrgica de una fractura diafisaria de fémur en un paciente adulto en menos de 24 horas
- 14 Reintervención no prevista dentro de las 48 horas de la primera intervención
- 15 Reintubación dentro de las 48 horas tras extubación
- 16 Todos los pacientes que desarrollen trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar o úlceras de decúbito
- 17 Pacientes con diagnóstico al alta de lesión cervical, no indicada a su ingreso (OMISIÓN DE DIAGNÓSTICO DE LESIÓN RAQUÍDEA CERVICAL EN URGENCIAS)
- 18 Ingreso de un traumatismo en un hospital de nivel no acorde con el grado de gravedad de sus lesiones

Tomado de: Quality assurance in trauma care, in hospital and prehospital resources for optimal care of the seriously injured. Committee on Trauma, American College of Surgeons: Appendix G to Hospital resources document: Chicago, IL; 1987, pp 42-47.

Tabla 3

#### HOJA DE SEGUIMIENTO PROCESO ASISTENCIAL TRAUMA GRAVE

NOMBRE:				Nº HISTORIA:	EDAD:
Hora producción accidente:				Servicio responsable	Fecha y Medico:
Hora inicio atención EH:					
Hora de llegada a Urgencias:				URGENCIAS	
Hora de asistencia inicial (medico):				URGENCIAS	
Inmovilización correcta	SI	NO	NP	URGENCIAS	
Vía aérea permeable	SI	NO	NP	URGENCIAS	
Ventilación Adecuada	SI	NO	NP	URGENCIAS	
Vía Venosa útil	SI	NO	NP	URGENCIAS	
Control hemorragias externas	SI	NO	NP	URGENCIAS	
Shock tratado con 2.000 cc desalino	SI	NO	NP	URGENCIAS	
Informe transfer escrito adecuado	SI	NO	NP	URGENCIAS	
Aviso por sistema prehospitalario	SI	NO	NP	URGENCIAS	
GCS < 15 (Centro inadecuado)	SI	NO	NP	URGENCIAS	
Registro de evaluación básica horaria (FC, TA; FR; GCS)	SI	NO	NP	URGENCIAS	
TAC > 2 hs en TCE con GCS < 14	SI	NO	NP	URGENCIAS	
TCE < 9, intubado en urgencias.	SI	NO	NP	UCI	
Traslado > 6 hs a H. Referencia	SI	NO	NP	URGENCIAS UCI	
INGRESO Hospitalario	SI	NO	NP	Servicio responsable	
SERVICIO de ingreso				CIRUGÍA/UCI/TRAUMA	
TRASLADO a otro HOSPITAL	SI	NO		H. Clínico / H.V. Nieves/ H. Trauma/Otro	
Laparotomía > 1 h. desde indicación.	SI	NO	NP	CIRUGIA	
Fractura abierta tibia operada	SI	NO	NP	TRAUMA	
Fractura diafisaria fémur fijada (clavo) > 24 hs.	SI	NO	NP	TRAUMA	
Reintubación en > 48 hs. tras extubación	SI	NO	NP	UCI	
Omisión diagnostica de lesión raquídea medular	SI	NO	NP	UCI	
Intervención quirúrgica mayor >24 hs tras el ingreso.	SI	NO	NP	CIRUGÍA TRAUMA	
TVP, TEP. E. Graso. Ulceras decúbito en	SI	NO	NP	CIRUGÍA	
Hospitalizacion				UCI TRAUMA	
EXITUS	SI	NO	NP	DONDE OCURRA	
Probabilidad de supervivencia (TRISS)	>50	%		UCI	
	25-5	0 %			
(Solo en Exitus)		%		I	

Tabla 46.

CATEGORIA	ECOGRAFIA	TOMOGRAFIA	LAVADO PERITONEAL
- RAPIDO	++		+
- PORTATIL	++		+
- NO INVASIVO	++	++	
- FACIL DE INTEGRARSE A LA RESUSCITACION	++		+
- SENSIBILIDAD	+		+
- ESPECIFICIDAD	+	++	
- CUANTITATIVO	+	++	
- LOCALIZACIÓN DE INJURIA	+	++	
- EVALUACIÓN DE RETROPERITONEO		++	
- EVALUACION DE PERICARDIO	++	+	
- FACIL INTERPRETACIÓN	+		++
- FACIL DE REPETIR	++	+	
- ACEPTACIÓN DE EXPOSICIÓN A RADIACIÓN	++		++
- ACEPTACIÓN DEL PACIENTE	++	+	
- COSTOS	++		+
- ++: VENTAJA SIGNIFICATIVA			
- +: ALGUNA VENTAJA			

Características de Ultrasonido, TAC y LPD en trauma abdominal cerrado

STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY فا ⇔ نف MOTOR SENSORY C4 KEY MUSCLES R LIGHT TOUCH PIN PRICK T3 • Elbow flexors Wrist extensors Elbow extensors Finger flexors (distributions of mi . 74 . 0 C5 C6 C7 C8 T1 R R L C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 77 Finger abductors (inte finger) TØ UPPER LIMB TOTAL (MAXIMUM) (25) (25) (50) T1 T2 T3 T4 T5 T6 T7 T8 T9 T10 T11 T12 L1 L2 L3 L4 L5 Hip flexors Knee extensors Ankle dorsiflexors L3 L4 L5 Key Long toe extensors Ankle plantar flexors 81 Sensory 53 Points PIN PRICK SCORE TOTALS{ TOTAL (MAXMAN) (25) (25) (5 LIGHT TOUCH SCORE NEUROLOGICAL LEVEL COMPLETE OR INCOMPLETE? SENSORY MOTOR Caudid extent of partially innervated segments ASIA IMPAIRMENT SCALE

Tabla 5. Escala ASIA de evaluación neurológica.

Fuente: http://www.asia-spinalinjury.org/publications/2006\_Classif\_worksheet.pdf

### ARTÍCULO ESPECIAL

# Atención Odontológica a Pacientes con Discapacitad bajo Anestesia General en el Hospital Materno Infantil de Granada en 2010

Muñoz Martínez R<sup>1</sup>, Moya Molina F<sup>2</sup>, Urquía García MA<sup>3</sup>, Prados Sánchez E<sup>4</sup>

#### INTRODUCCIÓN

Los pacientes con discapacitad psíquica severa constituyen el colectivo con mayores carencias desde el punto de vista odontológico, y especialmente entre ellos, los pacientes con Retraso Mental idiopático, Parálisis Cerebral y Autismo. Estos pacientes suelen presentar patrones eruptivos irregulares, maloclusiones dentarias, parafunciones orales como el bruxismo, la incontinencia salival y alteraciones del número, la morfología y la estructura de los dientes.

Por otra parte, la ingesta de una dieta blanda unida a una higiene bucodentaria deficiente, hace que se eleven los índices de placa bacteriana, incrementándose la prevalencia de caries, gingivitis, periodontitis e infecciones de carácter recidivante, que en ocasiones llegan a cronificarse, como quistes y/o granulomas periapicales residuales. Todo ello condiciona, no sólo problemas en la masticación, sino también una disminución de relación y escasa autoestima. Además, se une la falta de colaboración (no permanecen quietos voluntariamente) de estos pacientes que impide realizar tratamientos odontológicos convencionales, por lo que necesitan anestesia general para ser tratados.

En Andalucía, el Decreto 281/2001 contempla la asistencia dental a la población de 6 a 15 años, y en su artículo 4, extiende la prestación a "las personas cuya discapacidad psíquica o física tenga incidencia en la extensión, gravedad o dificultad en su patología oral o su tratamiento". La Orden 19 de marzo de 2002 desarrolla el decreto mencionado.

Hasta la entrada en vigor de este Decreto, el Servicio Andaluz de Salud únicamente disponía en su cartera de servicios las exodoncias dentales bajo anestesia general en los Servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial; para cualquier otro tratamiento dental tenían que recurrir a profesionales privados y asumir el coste que suponía contratar un quirófano, un anestesista etc., en muchas ocasiones fuera de las posibilidades económicas de los familiares.

Con respecto a las personas adultas el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, estableció un conjunto de medidas dirigidas a satisfacer las necesidades de las familias desde una perspectiva integral. El Decreto 48/2006, de 1 de Marzo, de ampliación y adaptación de medidas de apoyo a las familias andaluzas, incluyó entre las medidas de carácter sanitario que tienen como finalidad atender las necesidades específicas de las personas con discapacidad, el reconocimiento del derecho a una atención sanitaria bucodental específica.

La Orden de 29 de noviembre de 2006, desarrolla esta medida con el objetivo de regular la prestación de la asistencia bucodental a personas afectadas por una discapacidad cuya severidad le

Correspondencia: Ricardo Muñoz Martínez Centro de Salud de Iznalloz Ctra. de la Sierra, s/n. 18550 Iznalloz (Granada) E-mail: rmunozj@infomed.es

Recibido el 08-02-2011; aceptado para publicación el 6-04-2011 Med fam Andal 2011; 1: 68-73

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> OdontŠlogo Centro de Salud Iznalloz. Pr∕ctica Privada en Granada

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> OdontŠloga Centro de SaludAlmuŒ"car Coordinadora del Programa de Salud Bucodental de personas con discapacitad en la provincia de Granada

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> M"dico EstomatŠlogo Centro de Salud Zaid™n Centro. Facultad de Odontolog™a Universidad de Granada

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> M"dico EstomatŠlogo Centro de Salud Realejo. Facultad de Odontolog™a Universidad de Granada



impida la colaboración en la exploración y tratamiento, requiriendo por ello, en ocasiones, una sedación profunda o anestesia general. La atención sanitaria bucodental consistirá en el tratamiento de caries (obturaciones y tratamientos pulpares) en piezas permanentes, eliminación del sarro (tartrectomía) y medidas de prevención (selladores de fisuras y fluoración); además de la asistencia bucodental, ya contemplada en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público.

#### **OBJETIVOS**

1º Conocer el número de pacientes discapacitados psíquicos, con patología buco-dental, tratados bajo anestesia general en el Hospital Materno-infantil de la Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves de Granada en el año 2010.

2º Informar sobre las intervenciones que se han realizado a pacientes discapacitados psíquicos para tratamiento o prevención de patología dental o periodontal en el Hospital Materno-infantil de la Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves de Granada en el año 2010.

3º Saber cuáles son las necesidades de tratamiento de los pacientes discapacitados psíquicos en la provincia de Granada.

Además, pretendemos dar divulgación a la existencia de este programa al personal sanitario que desarrolla su actividad en atención primaria, de modo que puedan conocer cómo funciona, a quién va dirigido, qué es lo que se puede esperar de él, los protocolos de admisión y cómo derivar a pacientes.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

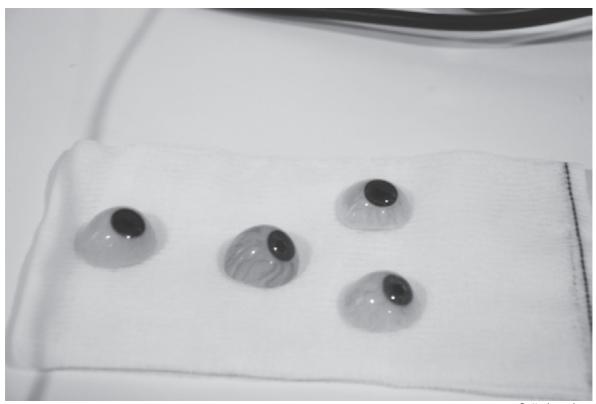
El programa va dirigido exclusivamente a aquellos pacientes cuyo grado de discapacidad psíquica hace imposible su tratamiento en las clínicas dentales tradicionales que no ofertan anestesia general.

Para llevar a cabo este programa de salud bucodental se creó una unidad odontológica en el Servicio de Cirugía Infantil (quirófano de la 3ª planta) del Hospital Materno Infantil de la Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves de Granada, para el tratamiento bajo anestesia general de pacientes discapacitados psíquicos y se dotó del soporte administrativo, técnico y humano para poder realizar las intervenciones.

Recursos humanos: Las intervenciones se realizan por un equipo de diez odonto-estomatólogos de atención primaria cedidos por los Distritos Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud (Cuadro 1), un anestesista especializado en este tipo de pacientes, un/a ats, un/a auxiliar y personal de apoyo (celador, limpieza, mantenimiento y suministros).

Se realizaron los protocolos que permitían las actuaciones sobre la población afecta en temas de información, accesibilidad, intervención y seguimiento.

Finalmente se realizó la formación de cuidadores, en las asociaciones de discapacitados, en técnicas preventivas y actividades de promoción de la salud bucodental.



Prótesis oculares

Procedimiento de actuación en la Prestación bucodental a niños y niñas de 6 a 15 años con discapacidad y procedimientos para adultos con discapacidad:

Los niños con discapacidad pueden acceder a la prestación a través de una de las dos visitas anuales que el dentista público de atención primaria realiza a los colegios de pacientes con discapacidad, o bien tras dirigirse a cualquiera de los profesionales contratados (privados) o públicos que prestan la atención bucodental infantil (PADI).

Si el niño presenta una discapacidad severa que impida o dificulte el tratamiento bucodental necesario en el ámbito ambulatorio y acudió a un dentista privado, éste profesional deberá emitir un informe dirigido al especialista de atención primaria (dentista público) con el que la familia habrá de concertar cita en el centro de salud que le corresponda al menor según su domicilio.

Los adultos con discapacidad pueden ser atendidos en consulta de odontología del Centro de Salud que le corresponda, teniendo derecho a las mismas prestaciones que el resto de pobla-

ción y que se contemplan en la cartera de servicios del sistema Sanitario Público.

Cuando estén afectadas por una discapacidad severa, reconocida por el Centro de Valoración y Orientación, que impida la colaboración en la exploración y tratamiento, tendrán además derecho al tratamiento bajo anestesia general o sedación profunda, de caries mediante obturaciones y/o tratamientos pulpares en piezas permanentes que presenten una mínima viabilidad, según el criterio del dentista.

El dentista del Centro de Salud valora la pertinencia o no de tratamiento intrahospitalario y cumplimenta la documentación requerida. Se envía a la Delegación Provincial de Salud en sobre cerrado dirigido a la Coordinadora Provincial de la Prestación Bucodental Infantil, Dña. Floriana Moya Molina.

La Dentista Coordinadora de la Delegación Provincial recepciona las derivaciones efectuadas por cada dentista público, procediendo a priorizarlas, y realiza un control de la lista de espera en la Unidad Administrativa del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Materno Infan-

til. Además planifica trimestralmente a los dentistas que realizaran las intervenciones en el quirófano de dicho hospital.

Esta unidad administrativa se encarga de concertar citas para estudio preoperatorio con el Servicio de Anestesia y firma del consentimiento informado que se queda en el Servicio de Cirugía Pediátrica; también elabora el parte de quirófano semanal, y comunica la cita a los pacientes.

En el quirófano, los pacientes han de ir acompañados de padre/madre o tutor legal para explicarle la intervención. El equipo de dentistas cumplimenta el libro de actividad y de incidencias, además de rellenar los tratamientos realizados en el odontograma que se queda en la historia hospitalaria del paciente. En ocasiones, se coordina con otras Unidades Hospitalarias otras actuaciones, además de las dentales, para aprovechar el estado de anestesia general (Ej. Fotos 1 y 2, donde se coordinó la actuación con personal del Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico de Granada para aprovechar la anestesia general y, además del tratamiento dental, llevar a cabo la reposición de una prótesis ocular).

#### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

En el año 2010 se han intervenido un total de 87 pacientes, 36 adultos y 51 niños, realizándose un total de 716 actuaciones:

Los tratamientos de caries dental fueron los más frecuentes con 276 obturaciones, 72 grandes reconstrucciones, 5 pulpotomías y 3 endodoncias.

Se realizaron tratamientos preventivos de caries: 169 selladores de fisuras, 7 fluoraciones (una en un adulto y 6 en niños)

Fueron frecuentes las extracciones dentales con un total de 141 exodoncias (Gráfica 1).

La media de actuaciones por paciente fue de 8,23, considerándose actuaciones de gran eficacia (es mucho más rápido hacer 8 obturaciones a un paciente, que una obturación a 8 pacientes).

Nos consta que los pacientes tratados, los familiares, y las asociaciones de discapacitados psí-

quicos, tienen un alto grado de satisfacción con las prestaciones que han recibido de este equipo.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Velasco E, Machuca G. Martínez-Sahuquillo A. Influencia de los factores psíquicos sobre la cavidad oral. Arch Odontoestomatol. 1994; 10:258-72.
- 2. Bratos M. Problemática estomatológica de los minusválidos físicos y psíquicos en España. El valor de los programas preventivos. Rev Esp Estomatol. 1996; 34:263-382.
- 3. Decreto 281/2001, de 26 de Diciembre que regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2001; 150: 20885-6.
- 4. Orden 19 de marzo de 2002, por la que se desarrolla el Decreto 281/2001. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2002; 36: 4639-42.
- 5. Decreto 137/2002, de 30 de abril de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2002; 52: 7127-34.
- 6. Decreto 48/2006, de 1 de Marzo de ampliación y adaptación de medidas de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2006; 42: 6-7.
- 7. Consejería de Sanidad y Consumo. Análisis del estado de salud bucodental de la población con discapacidad intelectual en la Comunidad Autónoma de Extramadura 2002. Junta de Extremadura. Badajoz: Indugrafic SL; 2003.
- 8. Muñoz Martínez R, Zapata González G. El PADI en la comunidad autónoma andaluza. Med fam Andal. 2004: 5: 156-8.
- 9. Enever G, Nunn J, Sheehan J. A comparison of post-operative morbidity following outpatient dental care under general anesthesia in paediatric patients with and without disabilities. Int J Paed Dent. 2000; 10: 120-125.
- 10. O'Sullivan E, Carson M. The efficacy of comprehensive dental care for children under

general anaesthesia.Br Dent J. 1991; 171: 56-8.

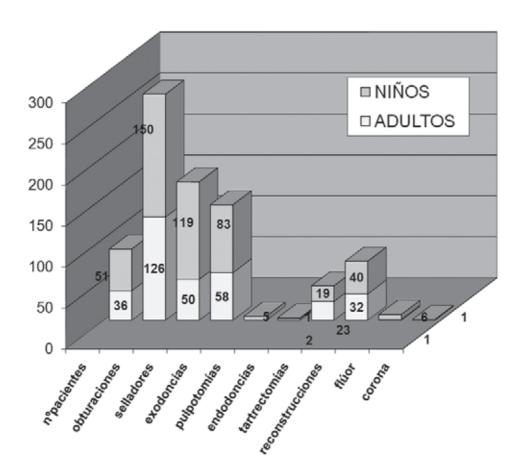
- 11. Gracia-San Román FJ, Valencia-Martín R, Monteagudo-Piqueras O, Alonso-Vigil P, Díez-Sebastián J, García-Caballero J, et al. Monitorización de la calidad percibida tras la implantación de una vía clínica. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19:75-82.
- 12. Martín-Sanjuán C, Carracedo-Cabaleiro E, Mourelle- Martínez R, de Nova- García J. Atención odontológica infantil integrada con anestesia general. Arch Odontoestomatol. 2005; 21:399-406.
- 13. Anderson H, Drummond B, Thomson W. Changes in aspects of children's oralhealth-related quality of life following dental treatment under general anesthesia. Int J. Paed. Dent. 2004; 14:317-325.
- 14. Rueda J, Sanguino D, Daviu JC, Alfonso F, Melado A. Calidad percibida en un servicio de odontoestomatología hospitalaria. Arch Odontoestomatolol Prev Comunitaria. 2005: 21:84.
- 15. Eidelman E, Faibis S, Peretz B. A comparison of restorations for children with early childhood

- caries treated under general anesthesia or conscious sedation. Pediatr Dent. 2000; 22:33-7.
- 16. Barbería E, Arenas M, Gómez B, Saavedra-Ontiveros D. An audit of paediatric dental treatments carried out under general anaesthesia in a sample of Spanish patients. Community Dent Health. 2007; 24: 55-8.
- 17. Escribano-Hernández A, Hernández-Corral T, Ruiz-Martín E, Porteros-Sánchez JA. Results of a dental care protocol for mentally handicap-ped patients set in a primary health care area in Spain. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007; 12:E492-5.
- 18. Bruna-Del Cojo M, Gallardo-López NE, De Nova-García J, Mourelle-Martínez MR. Dental treatment for disabled children in the Spanish Public Health System. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007; 12:E449-53.
- 19. Sáez Cuesta U, Castejón Navas I, Molina Escribano A, Roncero Goig M, Martínez Collado MªA. Salud Bucodental de los pacientes internados en el Centro de Atención a Discapacitados Psíquicos de Albacete. Rev Clin Med Familia. 2010; 3-1.



Cuadro 1. Odontoestomatólogos que participaron en el Programa.

- Isidoro Cabrera Fernández. Centro de Salud Órgiva (Distrito Alpujarra-Costa).
- Antonio Casares López. Centro de Salud Atarfe (Distrito Metropolitano).
- Francisco Fornieles Rubio. Centro de Salud La Caleta (Distrito Granada).
- José Maria Gallegos Rueda. Centro de Salud Maracena (Distrito Metropolitano).
- Inmaculada Gómez Lucena. Centro de Salud Motril (Distrito Alpujarra-Costa).
- Maria Dolores De la Hoz Marin. Centro de Salud Polígono Almanjáyar (Distrito Granada).
- Manuel Jiménez Taboada. Centro de Salud Gran Capitán (Distrito Granada)
- José Ramón Medialdea Marcos. Centro de Salud Alquife (Distrito Nordeste).
- Ricardo Muñoz Martinez. Centro de Salud Iznalloz (Distrito Metropolitano).
- Estrella Prados Sánchez. Centro de Salud Realejo (Distrito Granada).



Gráfica 1. Actividad del Programa en el año 2010.

### ARTÍCULO ESPECIAL

# Caracterizar la consulta sobre problemas psicosociales: ¿queja o demanda?

Boxó Cifuentes JR, Alcaine Soria FL

M'dicos de Familia. Terapeutas de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Distrito Sanitario Maga

#### INTRODUCCIÓN

El Proceso Asistencial Integrado sobre Ansiedad, Depresión y Somatizaciones de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (1) reflexiona inicialmente sobre los límites necesarios de la oferta de servicios en este ámbito del sufrimiento mental. Expresa la necesidad de un proceso de discriminación para establecer el tipo e intensidad de los tratamientos y las dificultades de caracterizar la demanda allí donde debe darse la mayor capacidad de discernimiento: la atención primaria. Se valora la utilización de una tipología psicosocial de la demanda extraída del lenguaje con el que las vivencias son expresadas de modo que dicha caracterización queda abierta a la dimensión lingüística del análisis.

#### CARACTERIZAR LA DEMANDA

#### 1. Las categorías diagnósticas.

Encontrar criterios totalmente objetivos para el diagnóstico sólo es posible si se conoce y se puede detectar una causa objetiva de la enfermedad. En el campo de la salud mental confluyen muchas patologías, pero no todas cumplen los cri-

terios de enfermedad por cuanto la causa no es orgánica sino psicosocial (2). El carácter mensurable que pretende establecer la aplicación de categorías diagnósticas, generalmente a través de cuestionarios, aparentemente tiende a controlar la subjetividad de los sujetos participantes en el encuentro clínico, a costa de sacrificar la enorme sensualidad de las relaciones humanas que se producen en el mundo, en favor de una representación abstracta generalmente matemática (3). La teoría clásica de las categorías se ha utilizado como un supuesto subyacente fundamental, especialmente en la corriente positivista. Supone que existen clases naturales con limites definidos y precisos, que todos lo seres humanos usan el mismo sistema conceptual de modo que se concibe como independiente de los marcos conceptuales y lingüísticos, y que el significado concierne a la relación símbolos-cosas presente en un mundo ya dividido en clases. El hecho de que sea posible la obtención de resultados repetibles con un cuestionario, lo único que establece es que la estandarización es posible y no que existan clases naturales independientes de nuestra forma de actuar con el mundo. Su aspecto más peligroso desde el punto de vista del sentido común es que lo que tenía sentido mientras se estaba pensando, se disuelve cuando se quiere aplicar a la vida cotidiana y puede llevar a habituarse no tanto al contenido de las reglas como a la posesión de las reglas mediante las cuales subsumir particulares.

#### 2. La aproximación psicosocial.

La alternativa a la categorización nos la ofrece una aproximación tipológica psicosocial. Al trasformar la noción de enfermedad mental por la de sufrimiento psíquico, nos encontramos con

Correspondencia: José Ramón Boxó Cifuentes CS Puerta Blanca Av. Gregorio Diego, 26 29004 Málaga

E-mail: jrboxo@gmail.com

Recibido el 14-01-2011; aceptado para publicación el 21-02-2011 Med fam Andal 2011; 1: 74-81

que no puede existir una teoría del sufrimiento porque no podemos anticipar qué nuevas formas o vicisitudes del mal habrán de aparecer. Hay historias de sufrimiento personales sin una esencia común que las organice en una comprensión total y definitiva (4). Cuando abandonamos una formulación positivista del mundo, las cosas dejan de ser objetos físicos o lógicos para pasar a ser objetos de la experiencia humana, o sea, de una interacción personal contextualizada, transida por nuestra corporalidad, nuestro lenguaje, nuestra cultura y nuestra emoción(5). Cuando el encuentro con el paciente contiene la perplejidad de estar ante lo diferente y le da cabida, nuestra mirada se abre hacia un mundo de complejidad y sutileza en el que un cuestionario es sustituido por una verdadera historia, por una narración. No obstante no tenemos que excluir las categorías diagnósticas si son leídas con una actitud heurística que sitúe al profesional con una mirada abierta y una atenta escucha encaminada a comprender una experiencia única e irrepetible, es decir una actitud individualizadora. La individualización puede caracterizarse, en líneas generales como el proceso inverso de la clasificación, que elimina las singularidades en beneficio del concepto. Pero si recalcamos 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) (6). En otras palabras, la singularidad del individuo se resiste a dejarse reducir a una esencia común, a una dialéctica que busque colonizar y reducir lo otro a lo mismo borrando la irreductibilidad de la pluralidad humana (7). (Tabla 1)

Aunque partamos de un planteamiento categorizador, siempre damos paso a la cuestión primordial: **quién es** esta persona que se deprime o angustia o somatiza, qué tiene que ver toda esta colección de datos con su biografía, especialmente con su mundo de relaciones humanas. Lejos esté de nosotros pensar que el trabajo con relatos agota la experiencia de sufrimiento y nos hace inmunes a las limitaciones que observamos en el uso de categorías diagnósticas.

El sufrimiento se nos presenta como algo incomprensible y muchas veces, inexpresable. Le sigue un largo tiempo de silencio antes de poder ser nombrado y comunicado. Nombrar algo significa poder enlazar una referencia y un sentido. Los relatos siguen marcados por signos de incomprensión. Se resisten a ser plenamente expresados y por tanto, plenamente comprendidos. Por eso es crucial la pelea por los nombres aunque exista un hiato entre la experiencia y la nominación pero permite su acceso a la significación pública aunque no quede cerrada, agotada y por tanto, clausurada (8).

Defendemos un modelo de aproximación narrativa que se ajusta bien a las necesidades de la atención primaria.

#### ¿QUEJA O DEMANDA?

Las opciones terapéuticas que se suelen aconsejar para ser aplicadas en la Medicina de Familia (Psicoterapias breves centradas en soluciones y terapia de resolución de problemas) definen un marco terapéutico con objetivos y tiempos que nosotros consideramos como una posibilidad posterior a despejar la incógnita básica que se nos plantea en medicina de familia:

¿Estamos ante una queja, una expresión simple de un problema o ante una demanda terapéutica encaminada a resolver un conflicto de base?

El contexto en el que nos movemos en atención primaria invita a la confusión ya que denominamos consulta "a demanda" lo que es habitualmente una consulta de "quejas". Este tipo de confusión recorre toda la descripción del programa de formación de la especialidad de medicina de familia. Lo que nosotros consideramos una competencia indispensable que el médico de familia debe resolver por sí solo, el programa le asigna una prioridad grado III, de excelencia, y una responsabilidad secundaria, para la cual una consulta al nivel especializado es habitualmente requerida (9). El modelo médico, por otra parte, no necesita discernir entre queja y demanda porque tiende a tratarlo todo, es decir, supone una causa tratable bajo el efecto expresado en la historia sintomática y no necesita conocer en qué fase de los estadios del cambio se encuentra el paciente para dictar el tratamiento.

Para dar pasos en el esclarecimiento de esta diferencia que se postula vamos a analizar cuatro fuentes de reflexión que den consistencia a ambos conceptos.

#### 1. Queja y demanda en Borrel

Para Borrell, la queja se caracteriza por la falta de expectativa de respuesta que un paciente tiene al expresar un malestar corporal a un profesional de la salud; la demanda, por el contrario, incluye de manera explícita esta expectativa, es decir, solicita de forma abierta un diagnóstico o tratamiento de un mal que sufre el paciente.

La distinción entre ambas permite una mejor ordenación de los materiales de la anamnesis, y cuanto antes se produzca en el contexto de la entrevista tanto mejor. Así, el médico (consciente de que lo que primero aparece como queja después quizá aparezca como demanda) puede aprovechar como dato de gran importancia una queja del paciente y actuar como si éste hubiera expresado una demanda, anticipándola y previéndola, con las importantes consecuencias que esto conlleva para la satisfacción del paciente y el ahorro de tiempo para el clínico. Por otro lado, la distinción entre queja y demanda no sólo favorece un mejor diagnóstico y mejora la comunicación en la relación clínica, sino que, además, permite, si se presta atención a la expresión misma de la queja y la demanda, analizar los componentes verbales y no verbales que ayudan a enjuiciar la verosimilitud y la consistencia del relato aportado por el paciente (10).

#### 2. Queja y demanda en garantía de calidad

La primera de ellas la encontramos en los análisis de hojas de quejas y reclamaciones dentro de la metodología habitual de los modelos de garantía de calidad asistencial encaminados a la satisfacción de los usuarios. Estos imprimen gran confusión a la hora de emplear dicha terminología en el contexto clínico (objetivo de este artículo), tanto por parte de los profesionales sanitarios como de los usuarios.

En este ámbito, encontramos una definición de queja formulada como la expresión de disconformidad y/o desacuerdo con respecto al sistema

sanitario en su globalidad efectuada oralmente. No exige necesariamente una tramitación ni una respuesta por escrito posterior. La reclamación se define como la queja realizada formalmente por escrito, que demanda una contestación formal por escrito, dentro de los plazos legales estipulados (11). Otra aproximación define reclamación como la expresión de la opinión del usuario en relación con un acto o proceso asistencial, consecuencia de la atención sanitaria recibida en un sanitario que no le ha satisfecho, y de la cual el usuario espera un actuación al respecto (12). La satisfacción del cliente se considera un elemento fundamental en el enfoque actual de la calidad asistencial. Otro planteamiento se acerca a los usuarios a través de sus reclamaciones, para escuchar sus opiniones respecto al servicio que se les ofrece. Las reclamaciones son vistas como mecanismos de participación comunitaria que los usuarios pueden utilizar; por un lado, son un canal de participación y de opinión directo entre los ciudadanos y el sistema sanitario, y por otro lado, un instrumento complementario junto con otros para detectar problemas y oportunidades de mejora en el funcionamiento de los servicios (13). En cuanto a la respuesta obtenida, en una de cada cuatro reclamaciones no se propone ninguna medida correctora y la mayoría de las medidas se limitan a facilitar información por escrito sobre el funcionamiento del centro o del sistema al reclamante (14).

Trasladando al ámbito del sufrimiento psicológico, encontramos elementos comunes que queremos remarcar. Aunque no podemos establecer una correspondencia exacta entre las quejas de una y otra esfera, si parece común la experiencia de insatisfacción y malestar personal y el deseo de ser escuchada. La equiparación entre reclamación y demanda es más sutil, pero parece que cuando alguien reclama espera que alguien haga algo y cree que se puede hacer y que las cosas pueden cambiar. Parece en definitiva que se tiene una postura más activa ante el problema. Respecto de la respuesta que se da, recibir la queja como una acción de participación comunitaria denota una posición de respeto, atención y descubrimiento en los profesionales ante la cual al menos parecen responder con una escucha diligente. El tipo de respuestas ilustra sobremanera la impotencia del profesional, las más de las veces no puede cambiar el sistema, se limita a describirlo y entender el malestar del reclamante.

#### 3. El análisis de la protesta en Castilla del Pino

Duda de la autenticidad del deseo de cambio que se agota en la simple expresión del lamento (15). La queja supone la conciencia más o menos lúcida de la necesidad de comunicación y del plano en que ésta se desenvuelve. En el plano social se caracteriza por el intento crítico de superar la restricción en el decir, en tomar la palabra para insertar en la sociedad el propio discurso y la propia experiencia. La comunicación derivada de un marco de puntuación opresivo está limitada a lo permisible en una estructura relacional en la que a algunos les es permitido hablar, mientras otros pueden hablar dentro de los límites impuestos por los primeros. Pero cualquiera puede ser sentir la necesidad de decir más y no es suficiente con decírselo a sí mismo, sino a otro. Los cambios de actitudes de un grupo, o de algunos de sus miembros individuales, se han de acompañar, forzosamente, de una modificación de la conciencia de sí (16). En el plano psicológico se plantea como instancia a recuperar en alguna medida la espontaneidad mediante la eliminación de la represión inducida por los discursos sociales, especialmente el de género (17). La pérdida de la espontaneidad en la acción puede entrañar desde la falta de entusiasmo en la tarea hasta su inhibición. El sujeto no plantea la posibilidad de cambio porque en su balance personal no quiere desencadenar un conflicto sobre el que trabajar. Sabe que es la forma de vida la que ha provocado el sufrimiento, pero en modo alguno se postula la posibilidad de que un cambio de vida es incompatible con la persistencia de su sistema de relaciones que no se pone en entredicho (18). El hecho de hacer públicas las ideas acerca de cómo algo debería ser, y del sufrimiento que desencadena que no sean así, supone la desaparición del letargo de la persona que siempre acepto todo tal como es.

La demanda implicaría la posibilidad de definir un marco de psicoterapia con la puesta en juego de una dialéctica de concienciación acerca de la realidad de la situación a la que el paciente abocó.

Las observaciones de Carlos Castilla nos alertan a ser cautos sobre la posición que tomamos ante el paciente. El paciente ha elegido un ambiente confidencial, ajeno a su mundo, y por tanto controlable, para expresar su conflicto sin comprometerse a más cambios ya que los sabe imposibles o peligrosos para aspectos de su vida relacional que él solamente conoce. Sin embargo pide la atención sobre su discurso como el único hecho de que es capaz para su afirmación personal. Esto va a establecer las características básicas de la escucha profesional.

# 4. El análisis del lamento en Paul Ricoeur y Carlos Thiebaut

Toda queja procede de la fuente del sufrimiento, de una injusticia sentida. El sentido de la injusticia no es solo más punzante, sino más perspicaz que el sentido de la justicia, pues la justicia es, de ordinario, lo que falta, y la injusticia lo que impera (19). El sufrimiento protesta contra su propia existencia. El hecho notable es que esta protesta, lejos de ser puramente negativa, revela en nosotros una potencia original de afirmación. En ella coinciden el sentimiento de lo injustificable y la exigencia de una justificación que no agota la justicia de las normas, de los juicios y de los procesos. El lamento expresa a la vez un esfuerzo impotente para ser uno mismo y la espera de una ayuda prodigada por otro distinto de uno mismo porque el otro es el camino más corto entre sí y si mismo (20). La respuesta emocional que acompaña a la respuesta práctica concierne a las transformaciones por las cuales los sentimientos que nutren la lamentación pueden beneficiarse de la sabiduría enriquecida por la meditación filosófica y teológica llevando a una convergencia del pensamiento y la acción en la respuesta a la queja mediante pensar, actuar y sentir(21).

La meditación de Ricoeur nos enfrenta con la dimensión ética de la recepción de la queja. Ética aquí no es solamente un marco deontológico de actuaciones sino las características dinámicas que toma el compromiso terapéutico. La queja necesita ser entendida, comprendida y devuelta a su origen con el reconocimiento al sufriente y la posibilidad de ir más lejos en su resolución.

Thiebaut nos enfrenta con tres aspectos del sufrimiento generado por el daño. En primer lugar, el mal es siempre particular e incomparable, irrepetible para la victima, irrebatable. Ningún sufrimiento humano es comparable con otro. La comparación no consuela, podrá compararse el tipo de proceso que lo enmarca pero no se puede calibrar en la comparación. Nos hace tratar a todo paciente como ser humano, como fin en sí mismo no como medio de acuerdo al imperativo de la razón práctica. Nos enfrentamos ante algo que sucedió, está sucediendo y no tendría que continuar o volver a suceder.

La experiencia del daño lleva una segunda marca, la presentación del daño como necesario, como inevitable. Estamos ante la tentación de pensarlo desde la idea de lo necesario atribuyéndole una causalidad, una responsabilidad e incluso una excusa racionalizadora. Pero existe otra forma de hablar del daño presentándolo como lo contingente y lo que podría ser evitado. Arrancarlo del orden de la necesidad hacia el de la posibilidad es el proceso de constitución de la moralidad. Esto requiere dejar la perspectiva del que los explica o del que los excusa o justifica. El agente moral que impide un daño debe adoptar la perspectiva de la víctima.

El tercer rasgo de la experiencia del daño es que se nos presenta como una experiencia que nos concierne, que nos compromete. Cuando vemos, sentimos, no es un proceso obvio, lo hacemos de forma lenta creando un lapso de tiempo en ver los daños inflingidos hasta que los mismos términos se cargan de repudio social. Esta percepción nos constituye como sujetos morales. Opera en la exigencia de una acción justificada como oposición al daño para sanarlo. La percepción del daño nos reclama como personas que actúan. El daño humano es responsabilidad humana (22).

Estas tres fuentes de reflexión nos permiten aventurar una definición para queja y demanda en la consulta del médico de familia.

#### DEFINICIONES DE QUEJA Y DE DEMANDA.

Entendemos que una *queja* es una exposición de un problema durante la cual la persona solamente quiere ser escuchada y que, presumiblemente piensa que su interlocutor no tiene más recursos de solución que ella misma, pero quiere sentirse comprendida. Por *demanda* entendemos que el paciente está dispuesto a establecer un compro-

miso de acompañamiento clínico con un profesional, con la disposición de trabajar juntos para hallar explicaciones y soluciones a un conflicto que estén al alcance del paciente. La Tabla 2 resume las características intrínsecas que atribuimos a los dos fenómenos y la Tabla 3 las ventajas que entendemos aporta en la consulta utilizar la distinción entre queja y demanda, cuando sospechamos que prevalece la dimensión psicosocial en el motivo de consulta.

Como observará el lector dedicamos mucho más espacio de reflexión al concepto de queja que al de demanda ya que es nuestro convencimiento que ocupa con creces un lugar destacado en la carga laboral de la atención primaria.

Comoquiera que diferenciarlas puede ser difícil, más aún en la expresión larvada e incierta con la que los problemas se afrontan en atención primaria de salud, proponemos inicialmente considerarlas todas como quejas y al final de la entrevista introducir la propuesta de que nos pueden pedir una cita personalmente (por teléfono o acudiendo a la consulta) si consideran que necesitan ampliar esta atención; la solicitud de esta consulta tendría que realizarse cuando haya transcurrido un tiempo (como mínimo 24 horas) para tener la garantía de que dicha entrevista no estará inducida por el profesional y por otro lado tener un mínimo de certeza sobre la posición activa del paciente para cambiar, es decir, sobre la existencia de una demanda.

Condicionarían nuestra actuación hacia un marco de demanda, sin utilizar la medida propuesta anteriormente para discernir entre queja y demanda, las siguientes situaciones:

- · personas desprotegidas, violencia o abusos, condicionarían nuestra actuación hacia un marco de demanda
- · intentos anteriores fallidos de solución
- · grado de afectación de la vida personal y familiar

En términos generales nuestra aportación propone trabajar sobre el agente que emerge del proceso de escucha de la queja (Ayuda psicológica) o bien sobre el conflicto explicitado (Terapia psicológica). Proponemos una labor de ennoblecimiento de la queja o lamento a la que corresponde una respuesta digna y profesional adecuada a la elaboración personal que la origina. En siguientes publicaciones desarrollaremos el modelo de actuación teniendo en cuenta la dimensión comunicacional que hemos atribuido a la queja.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Proceso Asistencial Integrado. Ansiedad, Depresión, Somatizaciones. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2002. p. 11-14.
- 2. Guimón J. El diagnóstico psiquiátrico no categorial. Bilbao: OMEditorial; 2007. p. 57.
- 3. Najmanovich D. Epistemología: una mirada postpositivista. URL: http://psiconet.com/seminarios/epistemología
- 4. Berstein RJ. El mal radical. Una indagación filosófica. Buenos Aires Lilmod; 2005. p. 315-319.
- 5. Najmanovich D. Epistemología: una mirada postpositivista. URL: http://psiconet.com/seminarios/epistemología
- 6. Ricoeur P. Sí mismo como otro. Madrid: Siglo XXI; 1996. p. 1-5.
- 7. Berstein RJ. El mal radical. Una indagación filosófica. Buenos Aires: Lilmod; 2005. p. 295.
- 8. Thiebaut C. Del mal teológico al daño secular. Madrid: Fundación Juan March; 2002. URL: http://www.march.es/conferencias/
- 9. Programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. 2005. p. 80. URL: http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf

- 10. Borrel i Carrió F. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC; 2004.
- 11. González-Llinares RM. La gestión de la información sobre quejas y reclamaciones en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Rev Calidad Asistencial. 2003: 18: 591-7
- 12. Ortiga B. Reclamaciones en un servicio de urgencias: estudio de 13 años en un hospital universitario. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21: 25-30
- 13. Luis Ruiz C. Análisis de las reclamaciones en una zona básica de salud. Rev Calidad Asistencial. 2008; 23: 11-6
- 14. López A. Análisis de las reclamaciones presentadas en un área de atención primaria. Rev Calidad Asistencial. 2003; 18: 153-8.
- 15. Castilla del Pino C. La culpa. Madrid: Alianza Editorial; 1979. p. 178.
- 16. Castilla del Pino C. La incomunicación. Barcelona: Península; 1981. p. 17-27.
- 17. Castilla del Pino C. La incomunicación. Barcelona: Península; 1981. p. 114-115.
- 18. Castilla del Pino C. La incomunicación. Barcelona: Península; 1981. p. 121-124.
- 19. Ricoeur P. Sí mismo como otro. Madrid: Si-glo XXI; 1996. p. 2007.
- 20. Porée J. Paul Ricouer y la cuestión del mal. Agora. 2006; 25: 45-60.
- 21. Ricoeur P. El mal. Un desafío a la filosofía y la teología. Buenos Aires: Amorrortu; 2006: 58-67.
- 22. Thiebaut C. Del mal teológico al daño secular. Madrid: Fundación Juan March; 2002. URL: http://www.march.es/conferencias/

TABLA 1

Teoría clásica de las categorías	Teoría clásica de la tipología psicosocial	
Existen clases naturales con límites más o menos precisos	<ol> <li>Se trabaja con una modalidad compleja de causalidad</li> </ol>	
<ol> <li>Sistema conceptual y lingüístico común para cada ámbito cultural</li> </ol>	<ol> <li>El carácter mensurable solo es aparente, no puede controlar la</li> </ol>	
<ol> <li>Estandarización repetible mediante cuestionarios y evaluación numérica</li> </ol>	subjetividad de los participantes en el encuentro clínico	
final	3. Los objetos lógicos pasan a ser objetos	
<ol> <li>Elimina singularidades en beneficio del concepto</li> </ol>	de la experiencia humana penetrada por la corporalidad, el lenguaje y la emoción.	
5. Reduce lo otro a lo mismo		
	4. Toda experiencia es única e irrepetible	
	<ol> <li>La experiencia se caracteriza por detallar los sucesos o peripecias de uno o varios personajes situados en uno o varios espacios y a lo largo de un período de tiempo determinado.</li> </ol>	

TABLA 2

Características de la Queja	Características de la Demanda	
Desea compartir un lamento	1. Desea establecer un compromiso de	
Quiere ser escuchada	acompañamiento profesional	
No hay un auténtico deseo de cambio porque el sistema de relaciones no se	<ol><li>Pretende hallar explicaciones y soluciones a su alcance</li></ol>	
pone en entredicho	3. Acepta la dialéctica de concienciación	
4. Sabe las limitaciones del interlocutor	4. Es un paso más avanzado en el ciclo de	
<ol> <li>Es un intento de superar la restricción en el decir en un espacio de comunicación reducido y controlable</li> </ol>	cambio acerca de la realidad situacional a la que el paciente abocó	
<ol> <li>Tímida recuperación de la espontaneidad al oponerse a la represión de los discursos sociales</li> </ol>		

#### TABLA 3

#### Ventajas en discrimar entre queja y demanda

- 1. Reduce la incertidumbre del profesional.
- 2. Facilita la estructuración de la consulta.
- 3. Aumenta la satisfacción del usuario y del profesional.
- 4. Mejora el control del factor tiempo.
- 5. Incrementa la motivación del profesional para abordar problemas psicosociales.
- 6. Garantiza una respuesta.
- Promueve el posicionamiento activo de la población frente a los problemas psicosociales y reduce la dependencia.
- 8. Ennoblece el concepto de queja.
- 9. Puede facilitar la escucha efectiva.

#### CARTAS AL DIRECTOR

#### Dejar de fumar y no ganar peso

#### Sr. Director:

Con la nueva ley antitabaco, hemos observado en las consultas que hay una mejor predisposición para dejar de fumar, pero a su vez a las personas les preocupa que puedan aumentar de peso.

Es importante que los médicos de familia estemos preparados para afrontar este consejo y demos un mensaje claro y contundente: es posible dejar de fumar sin engordar.

La realidad es que también es posible dejar de fumar sin engordar. La estrategia dietética es una buena ocasión para conseguir que la persona se acostumbre a un estilo de alimentación equilibrado, sano, sáciante y antioxidante. El método dietético será eficaz si consigue controlar la ansiedad y el aumento de peso, mejorar el estreñimiento que desencadena a menudo el dejar de fumar y ayudar a depurar el organismo de los tóxicos del tabaco.

Los kilos no deben ser una excusa para no dejar de fumar. Para ello es importante como punto de partida el conocer cuales son los hábitos de las personas que han decido dejar de fumar y en esto nos puede ayudar este pequeño cuestionario de hábitos alimentarios.

Breve cuestionario de diez ítems sobre hábitos alimentarios

- 1. ¿Tomas al menos 2 0 3 piezas se fruta al día?
- 2. ¿Siempre hay vegetales en tu plato?
- 3. ¿Haces más de tres comidas al día?
- 4. ¿Respetas un mismo horario para comer?
- 5. ¿Tomas litro y medio de agua o líquidos a diario?
- 6. ¿Acostumbras a picar entre horas?

- 7. ¿Dedicas al menos veinte minutos a comer?
- 8. ¿Consumes un mínimo de cuatro veces por semana pescado?
- 9. ¿Tomas 2 0 3 lácteos al día?
- 10. ¿Practicas ejercicio físico 3 veces por semana como mínimo 30min al día?

Si la mayoría de las respuestas son negativas, proponemos comenzar a cuidar la alimentación y el ejercicio físico.

Nuestro objetivo debe ser prestar atención a quienes dejan de fumar y no quieren engordar, bajo estas tres premisas: "Conseguir el equilibrio de la dieta, adecuarla a las necesidades del paciente en este proceso de deshabituación y controlar, por medio de la selección adecuada de alimentos, la ansiedad y el peso".

#### Recomendamos:

- · **Dieta fraccionada**. El hecho de programar seis comidas al día favorece el control de las ganas de picar entre horas, ya que se incrementa de forma notoria la saciedad. Si además se incluyen alimentos ricos en fibra y carbohidratos complejos, se reduce de forma considerable la apetencia por lo dulce.
- · Alta en fibra y con suficientes carbohidratos de absorción lenta. Es bastante común el problema de estreñimiento en personas que acaban de dejar de fumar. Para prevenirlo, se deben escoger los cereales, la pasta, el pan y el arroz de tipo integrales, legumbres (contienen más fibra) y tomar a diario entre 2 y 3 piezas de fruta y dos raciones de verduras.
- · Beber agua y practicar ejercicio físico.
- · Basada en alimentos saciantes y con poco valor calórico de esta manera se engaña al estómago y al cerebro al proporcionándole un vo-

lumen sin mucho valor energético. Se deben empezar las comidas con un plato de ensalada, una crema de verduras o una sopa y mezclar y acompañar los platos principales con abundancia de vegetales.

- · Rica en antioxidantes. La nicotina y demás sustancias del tabaco aceleran los procesos de oxidación celular, lo cual predispone al fumador a un riesgo ya conocido aumentado de enfermedad por cáncer, accidente cardiovascular, trastornos degenerativos, etc. Hubiese sido acertado aumentar el consumo de alimentos antioxidantes durante el tiempo que se ha fumado, si bien el momento de dejarlo también puede ser bueno para comenzar a depurar el organismo de tóxicos. En esta línea proponemos que las frutas las verduras y las hortalizas de colores y de temporada serán protagonistas de las distintas comidas del día, desde el desayuno hasta la cena. Los antioxidantes como la vitamina C de los cítricos, los beta-carotenos de los vegetales anaranjados, el licopeno del tomate y el selenio de los cereales integrales contribuyen a eliminar más rápido los radicales libres generados en los fumadores.
- · Con alimentos que den vitalidad, pero no excitantes. El consumo de café se asocia con un comportamiento compulsivo en los fumadores y supone un factor de riesgo de recaída. En cambio, alimentos como el té verde suave, las infusiones, los zumos naturales, los caldos a base de vegetales, las bebidas lácteas o las bebidas de soja, avena o arroz pueden aportar la energía necesaria sin esos riesgos.

Desaconsejamos dietas estrictas en los primeros tres meses. En cambio recomendamos un ejercicio físico acorde a la capacidad del paciente y una alimentación sana y variada. Recordando al paciente que la ganancia de uno a tres kilos es normal y autolimitada.

La experiencia dicta que si efectivamente se llevamos a cabo una alimentación adecuada y se practica de ejercicio de forma regular, dejar de fumar no implica que se vaya a engordar. Además, el aumento de peso después de dejar de fumar es con frecuencia moderado y, sobre todo, es temporal y lo más importante se puede controlar mediante una educación alimentaría adecuada y terapias de apoyo.

#### Bibliografía:

- · Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff. The agency for Health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline. JAMA. 1996; 275: 1270-1280.
- · Staed LF, Lancaster T, Nicobrevin Para el abandono del hábito de fumar (revisión Cochrane traducida). En la Biblioteca Cochrane Plus, 2007, número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com (traducida de The Cochrane Library, 2007, número 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- · Fisterra. Guías clínicas. URL: http://www.fisterra.com/recursos\_web/castellano/c\_guias\_clinicas.asp
- · Parsons AC, Shraim M, Inglis J, Aveyard P, Hajek P. Intervenciones para prevenir el aumento de peso después del abandono del hábito de fumar (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD006219. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Jiménez Lorente CP M''dico de Familia

cpjl@hotmail.com

#### CARTAS AL DIRECTOR

#### UUDD, SAMFyC y las VII Jornadas de tutores

#### Sr. Director:

Tras los últimos acontecimientos ocurridos en relación con las con las Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM) y la celebración de las VII Jornadas de Tutores por nuestra sociedad científica y pasados varios días, a fín de que todos hayamos podido reflexionar, con sosiego sobre las intervenciones enmarcadas en dichas jornadas, así como en el desarrollo histórico de esta cuestión que nos ocupa, quiero expresar mi visión sobre este importante tema.

Dado que tanto en el aspecto ético, estético y científico se evidenciaron déficits que cuando menos los considero lamentables. En primer lugar, hay que dejar bién claro que por parte de la Consejería de Salud no se ha gestionado adecuadamente, pues desde lo que yo conozco, no se ha tratado o informado-contactado oficial y convenientemente con la Junta Directiva de nuestra sociedad, a fín de emitir un asesoramiento colegiado y ponderado que sirviese de postura SAMFyC.

Dicho esto, también hay que hacer **autocrítica** y no culpabilizar o hacer fijaciones "en el locus externo" mientras nos enrocamos en un solo curso extremo.

Como continuación, decir en primer lugar y aclarar que el RD 183/2008, data precisamente del año 2008, durante este periodo algo se podría haber gestionado, y no solo ahora que está en pleno desarrollo, aunque como después aclararé aún pudiera quedar espacio y temas para negociar.

Referente a esta reforma, las **UUDD de Anda-**lucía emitimos un informe, durante el pasado congreso en Torremolinos, donde se introducía algunas mejoras (criterios de eficiencia en las nuevas unidades, mantenimiento de comisión provincial, jefatura de estudios...), pero en ningún momento hubo rechazo frontal al RD y su aplicación en Andalucía, ni se planteó ninguna

otra estrategia o postura y se aprobó por unanimidad.

La gestión de este importante tema por parte de la SAMFyC también puede tratarse de mejorable, dado que la opinión y postura no puede o debe dejarse solo en una(s) asamblea(s) de tutores, si no que la Junta Directiva debería tomar una postura y propiciar la negociación con la Consejería, aún reconociendo que esto tiene y pudiera haber tenido sus dificultades. Pero lo que tiene que quedar claro que lo ocurrido en las VII Jornadas no debe ser la postura SAMFyC, pues todavía creo que esta sociedad es patrimonio de todos los Médicos de Familia de Andalucía y no de unos pocos de una provincia.

En segundo lugar, referir que en el marco de las **VII Jornadas** se echó de menos varias cosas. Una en la **composición de la mesa**, faltaba alguien de esta comunidad o de otra que contase su experiencia (UDM), para así enriquecer el debate.

Dos, la visión de profesionales o gestores de zonas en que posiblemente se establezcan como UDM de Distrito, con el fín de escuchar su perspectiva, sus necesidades, posibilidades y recursos necesarios para tal descentralización. Es decir, faltó al análisis propio de una sociedad científica, sustituyéndose por un discurso reiterativo como una especie de letanía, en ocasiones inexacto y que consiguió alimentar (buscado o no) a lo largo de las intervenciones un nivel de tensión que propició respuestas más emotivas que racionales.

Hasta tal punto de tensión se llegó que cualquier intervención que tratase de abrir una tercera vía era considerada traición y despachada de modo intolerante, despectivo y pretendidamente descalificador por algún destacado miembro de nuestra sociedad. Llegándose a un discurso con argumentaciones más corporativas que colectivas atrincherándose en una postura extrema.

Estéticamente creo que también fue mejorable, pues durante la intervención de la representante de la Consejería de Salud, la lectura de su cargo y propiamente su intervención, estuvo acompañada de un permanente murmullo de la sala, que en no pocas ocasiones se convertía en rumor por un grupo de asistentes que parecían que ni pretendían escuchar la exposición de razones, y "dándola por condenada desde el principio", comenzó a recibir golpes en forma de argumentos con alto contenido emocional y que no dio lugar a dejar abierta alguna vía de dialogo.

Por último, como no debe haber ninguna **protesta sin propuesta**, pienso que aún quedan cuestiones importantes que tratar.

Como el famoso RD 183/2008 requiere de un posterior desarrollo en las CCAA, aún puede ser el momento de plantearse la inclusión de mejoras, entre ellas:

- · Pasar a denominarse Unidades Docentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.
- · Establecer criterios de eficiencia, fijando un mínimo de residentes por centro y unidad docente.
- · Recursos personales y tiempo para el desempeño de la función de jefatura de estudios y presidencia de las subcomisiones.
- · Procedencia y mantenimiento de la financiación de cursos, talleres y seminarios de las UUDD, ya sean con presupuesto propio o modificar los circuitos a fín de que la dependencia de estas UUDD de los Distritos Sanitarios conlleve la responsabilización de estos en sufragar los gastos de estas actividades docentes.
- · Esta coordinación permitiría no duplicar cursos como ocurre en ocasiones entre UUDD y Distrito.
- · Facilitar y dotar de funciones de coordinación al Comité Técnico actual, convirtiéndolo en una Comisión de UUDD, a fin de preservar coherencia, uniformidad y eficiencia en las actividades y desarrollo del programa docente en toda la provincia.
- · Reconocer la experiencia y aportación de la Medicina de Familia al desarrollo de la formación como respaldo a la hora del nombramiento de la jefatura de estudios.

Estas u otras propuestas pueden ser negociables y que por no ser este el lugar, no procede seguir enumerando.

Para finalizar, unas reflexiones, la creación de las estructuras docentes provinciales (hace 31 años) se estableció en respuesta al páramo formativo que rodeaba el inicio de la especialidad, donde se concentraban en la capital de provincia las unidades, pues ahí radicaban los primeros centros docentes.

Afortunadamente el modelo se fue extendiendo progresivamente y hoy la realidad es otra.

No sé si este modelo es el más adecuado o habrá que perfeccionarlo (casi seguro), pero de lo que si tengo seguridad es de dos cosas: una, de las contenidas expectativas positivas que despierta en gran número de magníficos profesionales alejados geográfica y organizativamente de los "centros del saber" y dos, que el cambio de situación debe generar una adaptación (sobrevive el que se adapta), es decir, permitir que el modelo evolucione, y esta evolución pueda realizarse sin rupturas y conservando la esencia, de nosotros depende. Este cambio puede ofrecer la oportunidad a muchos médicos de familia que desean participar en la actividad docente e investigadora y que ahora, las actuales UUDD sobrecargadas de MIR quedan alejadas y/o que por su estructura centralizada no permite acoger todas las iniciativas.

Ante estos cambios quedan varias opciones, aceptarlas simplemente; o con actitud moderada y responsable gestionar y salvar mucho más que los muebles, y alguna otra, que por extrema es menos aconsejable en este momento pero totalmente lícita. Por ahora, escojo la segunda.

Moreno Corredor A

M''dico de Familia Jefe de Estudios de la UDMFyC. Ja''n Miembro del grupo de Bio''tica de la SAMFyC Expresidente de la SAMFyC

andresmc6@hotmail.com

# ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

## Dolor a nivel de tercio proximal de tibia y hallazgo radiológico

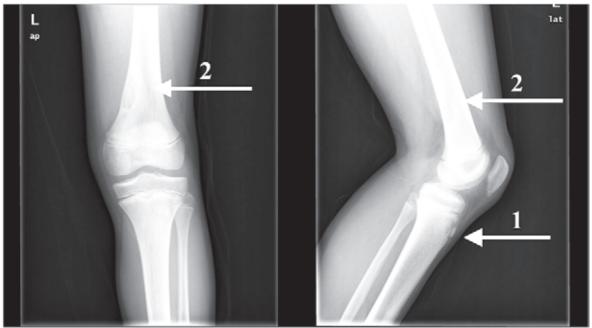
Fernández Pérez E<sup>1</sup>, Ortiz Cuevas CR<sup>2</sup>, Muñoz Parra F<sup>2</sup>, Mendoza Arnau I<sup>2</sup>, Izco Aso A<sup>2</sup>

Varón de 14 años, sudamericano, estudiante de secundaria sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas. Presenta sobrepeso por lo cual se ha inscrito al equipo local de su barrio y desde hace dos meses realiza ejercicio físico intenso tres veces a la semana.

Acude a consulta por presencia de tumefacción, sensación de prominencia y dolor de tipo mecánico, exacerbándose con los movimientos y cediendo en reposo a nivel de tuberosidad tibial anterior (TTA) izquierda de 1 semana de evolución. No refiere traumatismo previo. Nula mejoría tras aplicación de antiinflamatorios tópicos sin haber realizado reposo funcional.

En exploración física destaca buen estado general, eupneico y afebril. Peso: 66 Kg, Talla: 160 cm, IMC: 25.39 Kg/m2 (sobrepeso). Movilidad de cadera normal. Rodillas simétricas sin deformidades ni cambios externos. No alteración de la marcha. En ambas rodillas no existe signo del choque, ni bostezos y las maniobras meniscales son negativas. Flexoextensión conservada en ambas articulaciones aunque dolorosa en la flexión forzada de rodilla izquierda. Tumefacción de partes blandas y dolor a la palpación de TTA izquierda sin evidenciarse deformidad ósea. Resto de la exploración osteoarticular de ambos miembros inferiores sin hallazgos.

Se solicita radiografía de rodilla izquierda en proyecciones anteroposterior y lateral siendo las imágenes de la misma las siguientes:



1. Leve edema de los tejidos blandos anteriores a la TTA y ligera fragmentación de la misma

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> R3 de MFyC. Centro de Salud Cartuja. Granada

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> FEA RadiodiagnŠstico. HAR Guadix. Granada

<sup>2.</sup> Lesión radiolúcida en la metáfisis de fémur izquierdo, de localización excéntrica con patrón de destrucción óseo geográfico. La cortical esta ligeramente adelgazada e insuflada.

- ¿Cuál cree que es el diagnóstico de la lesión por la que consulta? (Lesión 1)
  - a) Síndrome de Sindinz-Larsen-Johansson
  - b) Síndrome patelo-femoral
  - c) Enfermedad de Osgood-Schlatter
  - d) Osteocondritis disecante
  - e) Bursitis prepatelar
- Ante el hallazgo radiográfico que se visualiza en tercio distal de fémur ¿cuál cree que es su diagnóstico? (Lesión 2)
  - a) Osteoblastoma
  - b) Defecto fibroso cortical
  - c) Infarto óseo medular
  - d) Fibroma no osificante
  - e) Quiste óseo simple

# Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 11, Núm. 3) (Med fam Andal 2010; 11: 284)

### Respuestas razonadas

Presentábamos el caso de una mujer de 66 años que acabó 17 días en la UCI con diagnóstico de Shock Séptico Grave y Fracaso Multiorgánico por Klebsiella Pneumoniae, cursando con coagulación intravascular diseminada, isquemia-necrosis en dedos de pies, mano derecha y uno de la izquierda

La cuestión era, ¿el foco inicial de la bacteriemia fue una neumonía basal derecha, colecistitis, pielonefritis derecha extrahospitalaria o intrahospitalaria?

Efectivamente, a su llegada a urgencias presentaba crepitantes basales derechos, Murphy dudoso y dolor en fosa renal derecha con fiebre y náuseas.

1.- Se descarta neumonía basal derecha: En principio la paciente no presentaba tos, ni dolor a punta de dedo, ni expectoración de ningún tipo. Se trata de una mujer de la que no teníamos historia, pero dados sus antecedentes recientes de 25 sesiones de radioterapia, podemos pensar que se podría encontrar debilitada y los síntomas de la neumonía no tendrían por qué cursar típicamente.

Al entrar la paciente tan inestable en urgencias, no dio tiempo a hacer una placa de tórax y no podemos conocer el estado radiográfico de esos crepitantes basales derechos. El resto de radiografías que se hicieron fue ya durante su estancia en UCI donde presentó derrame pleural bilateral, en contexto de fallo multiorgánico.

De todas formas, es descartable un origen pulmonar de la bacteriemia o una pielonefritis secundaria a bacteriemia de origen pulmonar dado que el agente causante, la klebsiella pneumoniae, es causa poco frecuente de neumonías extrahospitalarias, produce un esputo típico y además afecta normalmente a lóbulos superiores y en formas cavitadas, empiemas, abcesos...

Luego los crepitantes derechos se explicarían por contigüidad de un órgano vecino.

2.- Se descarta colangitis: Efectivamente con fiebre, náuseas, Murphy dudoso... podríamos pensar en una patología del hipocondrio derecho. Sin embargo, los resultados de la Ecografía abdominal fueron: "mínima lengüeta de líquido libre peritoneal perirrenal derecha, sin que aparezca dilatación de la vía excretora renal, ni ninguna afectación importante de resto de órganos y cavidades abdominales". Luego no hay patología obstructiva de vías biliares, que sí conlleva más frecuentemente la presencia de klebsiella.

3 y 4.- Pielonefritis derecha extrahospitalaria o intrahospitalaria: Efectivamente la clínica era compatible con una pielonefritis aguda. La ausencia de síntomas urinarios no descarta el diagnóstico. El hecho de que el agente haya sido una Klebsiella nos hace recordar que:

La Klebsiella pneumoniae puede dar lugar a una infección urinaria complicada si existe: embarazo, diabetes mellitus, vejiga neurógena, inmunosupresión, anormalidades anatómicas, cálculos...

Según la ecografía abdominal no existían anormalidades anatómicas y al no tener la historia no podemos profundizar mucho en si tenía alguna de las condiciones anteriores, pero ya por sus antecedentes radioterápicos, podemos suponer una paciente debilitada en la que la Klebsiella sí haya podido dar complicaciones a partir de una infección urinaria. Así el papel preponderante de E,Coli con el 75% de las infecciones urinarias adquiridas fuera del hospital no ha lugar en este caso.

Se ha visto que pacientes con estancia superior a 6 días en UCI y previo uso de ciprofloxacino, tienen predisposición para adquirir klebsiella pneumoniae. Sin embargo, se descarta el origen intrahospitalario de esta klebsiella y concluimos una PIELONEFRITIS EXTRAHOSPITALARIA dado que el hemocultivo fue recogido en la puerta de urgencias y no existían ingresos previos.

A TENER EN CUENTA: Como sabemos, y el propio prospecto del Monurol (fosfomicinatrometamol) especifica, éste está indicado para

las infecciones no complicadas del tracto urinario bajo. Así, si la paciente acudió al médico privado 24 h antes con la mitad de la clínica con la que llegó a nuestras urgencias, una mejor opción habría sido una cefalosporina (ej: cefonicid 1 g im /24 h) más gentamicina 240 mg /24h).

#### BIBLIOGRAFÍA

Rabanaque G, Redondo JM. Sesiones clínicas en APS. Infecciones urinarias. semFYC; 2007.

### REVISIONES CRÍTICAS DE ARTÍCULOS

# Revisión bibliográfica del Grupo de Trabajo de SAMFyC del Estudio del Adolescente. Enero 2011

1

#### **Apartado**

Diagnóstico.

#### Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal.

#### Título de la revisión

Asegurándonos que el menor sabe lo que quiere: escalas cuantitativas para medir la capacidad en la toma de decisiones.

#### Autor

Alejandro Pérez Milena, Juan Andrés Ramos Ruiz.

#### Cita bibliográfica del artículo

Espejo M, Miquel E, Esquerda M, Pifarre J. Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida. Med Clin (Barc). 2011; 136:26-30.

#### Contexto

Valorar la capacidad ética del adolescente en las decisiones que afectan a su salud y estimular su responsabilidad de forma progresiva es un derecho legal del menor y una obligación del médico que le atiende. En este trabajo un grupo de profesionales relacionados con la adolescencia ofrecen una escala cuantitativa para valorar la competencia moral en adolescentes para su uso en cuestiones clínica. El interés es indudable, dado que en la actualidad no se dispone de ninguna escala que cumpla estos requisitos.

#### Métodos

Se trata de un estudio observacional donde se pretende conocer la validez de la Escala de Valoración de la Competencia (EVC), creada por un equipo multidisciplinar, para inferir el grado de madurez de menores a la hora de tomar decisiones relacionadas con su salud. El cuestio-

nario estructurado (18 situaciones hipotéticas que originan un dilema moral, con 4 posibles respuestas). La muestra (por conglomerados) se eligió de los cursos de 3º de ESO de tres institutos de Lleida, 60 adolescentes en total de entre 14-15 años de edad. Los valores obtenidos fueron comparados con los resultados del test DIT de James Rest y una valoración de la capacidad cognitiva y la madurez de cada alumno realizadas por el tutor / a del curso, empleando el coeficiente de correlación de Spearman.

#### Hallazgos

Según el test DIT, la mayor parte de los estudiantes de 14 y 15 años están dentro del nivel convencional de Kohlberg. Los resultados de la EVC no se correlacionan con el DIT, aunque sí con la valoración cognitiva y de madurez realizada por el tutor, donde un 60% se sitúan en las puntuaciones más altas. A su vez, ésta valoración presenta una correlación con el DIT. Los hombres adolescentes presentaron un mayor número de respuestas preconvencionales que mujeres.

#### Comentario

La EVC es comparada con un gold standard validado en el ámbito de la psicología evolutiva y en el contexto educativo, siendo propuesto por los autores como referente de medida del constructo "madurez del menor"<sup>1</sup>. Sin embargo, existe menos experiencia de su uso en la atención sanitaria, con un alto coste en tiempo y necesidad de personal entrenado para su interpretación. La muestra de adolescentes es pequeña y se escoge un rango de edad demasiado estrecho (14-15 años) lo que provoca la disminución de la potencia estadística del trabajo; los propios autores reconocen que es la posible causa de la mínima dispersión de los valores encontrados. También se desconoce en qué consiste la valoración realizada por los tutores, que parece aportar una información sobre el adolescente subjetiva y no reproducible. No se indica si se realizó una evaluación ciega de los resultados y no son calculables los cocientes de probabilidad.

El presente trabajo es un loable esfuerzo para poder cuantificar la capacidad moral del adolescente en temas que afectan a su salud, pero no aporta por el momento más evidencias en este campo. La EVC se ha diseñado como un instrumento de cribado que detectaría el cambio de pensamiento de más preconvencional a convencional, lo que sugeriría más bien hacer comparaciones entre los resultados de determinados subgrupos de un mismo grupo o entre dos momentos diferentes de una misma población. Además, el escenario de realización del estudio (centro educativo) es diferente de su posible lugar de aplicación (centro sanitario) y el tiempo que debe emplearse para administrar la prueba y para su corrección supera ampliamente el tiempo propio de la atención en consulta, sobre todo en Atención Primaria. Volvemos a revisitar el problema, que no consiste en determinar si el menor es maduro o no, sino en la voluntad del profesional sanitario en reconocer la madurez y la autonomía que hay en él<sup>2</sup>.

#### Bibliografía

- 1. Esquerda M, Pifarre J, Gabaldón S. Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad. FMC Form Med Contin Aten Prim. 2009; 16: 547-53.
- 2. Gracia D, Jarabo Y, Martín Espíldora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med Clin (Barc). 2001;117:179-90.

2

#### **Apartado**

Tratamiento.

#### Tipo de estudio

Metanálisis.

#### Título de la revisión

¿Son útiles los aparatos ortopédicos para el tratamiento de la escoliosis idiopática en adolescentes? El uso permanente y durante años de los aparatos ortopédicos para la reducción de la curvatura escoliótica tiene unos resultados controvertidos.

#### Autora

Sara María Palenzuela Paniagua.

#### Cita bibliográfica del artículo

Negrini S, Minozzi S, Bettany-Saltikov J, Zaina F, Chockalingam N, Grivas TB, et al. Aparatos ortopédicos para la escoliosis idiopática en adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.

URL: http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD006850

#### Contexto

En pacientes adolescentes diagnosticados de escoliosis idiopática, ¿es útil el uso de ortesis?

#### Métodos

Se realiza una amplia búsqueda bibliográfica sobre una pregunta claramente definida hasta julio 20008 sin restricciones de idioma en Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, EMBASE, CINHAL y en listas de referencias de artículos así como una extensa búsqueda manual de la literatura gris. Se incluyeron Ensayos controlados aleatorios y estudios de cohortes prospectivos que compararan aparatos ortopédicos frente a ningún tratamiento, otro tratamiento o cirugía.

#### Hallazgos

Se encuentran sólo dos estudios: un estudio de cohortes multicentrico internacional con 286 niñas que concluye que las ortesis frenan en un 74% la progresión de la curvatura frente al 34% de la abstención terapéutica y, otro ensayo controlado aleatorio con 43 niñas en el que determinan que los aparatos ortopédicos rígidos son más efectivos que los elásticos. Ambos estudios proporciona pruebas de muy baja calidad.

#### Comentarios

La revisión se realizó sobre una pregunta claramente definida como es si los aparatos ortopédicos son efectivos para la reducción de la curvatura escoliótica en pacientes adolescentes. A pesar del esfuerzo de los autores, la revisión se encuentra muy limitada por la escasez de datos y estudios, y por el hecho de que sólo se incluyeran a niñas, lo cual dificulta la generalización de los resultados a los varones. Los pacientes y sus padres deben ser informados que, hasta el momento, los estudios que recomiendan el uso de ortesis para el tratamiento de la escoliosis son escasos y de baja calidad.

#### Bibliografía

- 1. Weiss HR, Goodall D. The treatment of adolescent idiopathic scoliosis (AIS) according to present evidence. A systematic review. Eur J Phys Rehabil Med. 2008; 44: 177-93.
- 2. Weiss HR, Weiss GM. Brace treatment during pubertal growth spurt in girls with idiopathic scoliosis (IS): a prospective trial comparing two different concepts. Pediatr Rehabil. 2005; 8:199-206.
- 3. Asher MA, Burton DC. Adolescent idiopathic scoliosis: natural history and long term treatment effects. Scoliosis. 2006; 1:2.

3

#### **Apartado**

Diagnóstico-

#### Tipo de estudio

Descriptivo transversal-

#### Título de la revisión

Violencia y acoso escolar. Factores relacionados.

#### Autor

Rocío Martínez Pérez-

#### Cita bibliográfica del artículo

García J, Pérez A, Nebot M. Factores relacionados con el acoso escolar (bullying) en los adolescentes de Barcelona. Gac. Sanit. 2010; 24 (2): 103-108-

#### Contexto

El estudio aborda la problemática del acoso y violencia en la población escolar, entendiendo el acoso tanto físico, verbal, social, sexual y la nueva forma que se está considerando, que es el "ciberacoso" a través de las nuevas tecnologías. Ya este fenómeno empezó a interesar a la comunidad científica por la alarma social que suscitaba, a principios de los 80 y los autores de este artículo ponen énfasis en la prevalencia en cualquier centro escolar así como los problemas de salud que conlleva.

Así mismo el objeto del estudio fue describir el acoso escolar experimentado por la población escolar de Barcelona y detectar los factores relacionados.

#### Métodos

Se realizó un estudio transversal con datos obtenidos en la encuesta FRESC (Factores de Riesgo

en Escolares de Barcelona) 2004, auto contestadas. Aborda diversos temas como el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas, alimentación, sexualidad, comportamientos relacionados con accidentes, tiempo libre y salud mental y relaciones con los demás.

El acoso escolar se definió a partir de una pregunta con tres items. Las respuestas tenían cinco opciones. Se definió la variable "acoso escolar" como categóríca dicotómica. "Se definió «acoso escolar» como haber sido objeto de burla, golpeado o marginado cuatro o más veces, o al menos una vez en cada uno de los ítems, en los últimos 12 meses".

El universo del estudio eran aproximadamente 25.200 estudiantes de 2° y 4° de ESO, 9.244 de 2° de bachillerato y 3.1085 de 2° curso de ciclos formativos de grado medio, matriculados en escuelas públicas, concertadas o privadas de la ciudad, en el curso 2003-2004. La muestra se estableció en 1000 alumnos por curso (10% de la población de estudio). Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por tipo de escuela, curso académico, tamaño de la escuela y nivel socioeconómico del distrito.

Variables de estudio: El acoso escolar se definió a partir de una pregunta con tres itens. La respuestas tenían cinco opciones. Se definió la variable "acoso escolar" como categórica dicotómica. Análisis estadístico: Todos los datos se analizaron mediante los paquetes estadísticos STATA.v 9 y SPSS v. 13.0.

#### Hallazgos

Los resultados reflejan una elevada prevalencia de acoso escolar (10,7%) entre los estudiantes de Barcelona. Los chicos presentaban unos porcentajes ligeramente más elevados que las chicas y se observa una tendencia descendente en cursos superiores. Hay asociación significativa entre ser víctima de acoso escolar y tener un estado de ánimo negativo y existe una estrecha relación entre el acoso y problemas de salud mental entre jóvenes.

Se observa una menor probabilidad de padecer acoso en chicas y chicos consumidores de riesgo de alcohol. El análisis de regresión logística realizado en el estudio no mostró una asociación significativa entre el acoso escolar y el consumo regular de tabaco. Entre los chicos que iban a bares y discotecas (actividades de ocio nocturno) al menos una vez por semana, se observó una menor probabilidad de sufrir acoso.

#### Comentario

Estamos ante un estudio donde queda claro cuál es su objetivo: ¿existe o no acoso escolar entre los estudiantes de la ciudad de Barcelona y cuáles son los factores relacionados? Queda justificada la relevancia al poder extrapolarse a otra población.

La metodología es congruente pues se exploran las conductas y actitudes de los participantes del estudio respecto al fenómeno estudiado y es apropiada para dar respuesta a los objetivos de la investigación. En cuanto al método de investigación se considera adecuado pues los investigadores lo hacen explícito y lo justifican, adecuando la encuesta y adaptándola de diferentes cuestionarios internacionales, que a su vez había sido validada anteriormente.

La estrategia de selección de participantes parece congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado. Nos da datos del universo a estudiar aunque no indica cómo se seleccionó el tamaño muestral. Se seleccionó aleatoriamente alumnos de 2°-4° de ESO, 2°de bachillerato y 2°de CFGM sin justificar por qué se seleccionó estos cursos y no otros y sin concretar si estos eran los más adecuados para el estudio.

Los investigadores sí explican cómo, dónde y que fechas se llevó a cabo el estudio y qué personal las realizó. La técnica de recogida de datos está basada en la auto- declaración de conductas y consumos, por lo que la validez de la respuesta es limitada, pudiendo dar lugar a cierto sesgo de información, que se podría compensar por el anonimato. Se llevó a cabo por personal entrenado del propio equipo investigador, de forma anónima y en presencia del tutor de los alumnos. El cuestionario es apropiado pues aborda los diversos temas que trata la investigación: consumo de tabaco, alcohol, sustancias adictivas, alimentación, etc.

La encuesta utilizada ha introducido nuevos ítems siendo validada, aunque se explicita que no había sido diseñada específicamente para estudiar el acoso escolar.

Los investigadores reflejan el motivo de no colaboración de algunos centros y justifican como fueron sustituidos por otros de características similares.

No especifican los autores los aspectos éticos del estudio. No sabemos nada acerca del

Consentimiento informado de los padres o los propios alumnos, aunque justifican la presencia

del tutor a la hora de rellenar la encuesta. Tampoco sabemos si ha habido un comité ético y si ha dado su aprobación.

El análisis de los datos ha sido riguroso, mediante STATA v.9 y SPSS v.13.0. Para determinar la relación entre los factores asociados y el acoso escolar, se realizó el análisis de regresión logística bivariada y un posterior análisis multivariado usando aquellas variables en que se observó una asociación significativa en el análisis bivariado.

En cuanto a los resultados contestan a la pregunta de la investigación. Los autores nos presentan tres tablas de resultados donde vemos con claridad la relación de los factores asociados y el acoso escolar.

Los autores reflexionan acerca de las limitaciones del estudio (comentadas anteriormente), aunque manifiestan que este es el primer estudio que muestra datos descriptivos del fenómeno del acoso escolar y de sus principales factores relacionados en la ciudad de Barcelona, aunque el estudio no permitió establecer una relación causal entre el acoso escolar y los diferentes factores asociados. En cambio en otros estudios encontrados si se ha documentado ampliamente la relación entre la violencia escolar y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. (3) Si explican la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica y como a través de un análisis descriptivo será posible diseñar futuros estudios longitudinales que indicarán el sentido de la asocia-

El estudio refleja por tanto la magnitud del acoso escolar en nuestro medio y la necesidad de diseñar programas preventivos y seguir investigando el tema.

#### Bibliografía

- 1. Serrano Sarmiento A, Iborra Marmolejo I. Informe "violencia entre compañeros en la escuela". Madrid: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia; 2005. Serie de documentos: 9.
- 2. Díaz-Aguado Jalón MJ. La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. Psicothema. 2005; 17: 549-58
- 3. Pérez Milena A, Jiménez Pulido I, Leal Helmling FJ, Pérez Milena R, Martínez Fernández MªL, Álvarez Nieto C. Relación entre violencia escolar y el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales durante la adolescencia. Med fam Andal. 2010, 11: 21-29.

### PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de Octubre a 31 de Diciembre de 2010)

#### Manteca González A

Médico de Familia, Centro de Salud El Palo

- Los artículos publicados entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre 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 SA-

LUD. Incluye: APS/bases conceptuales, medicina de familia/profesión, ejercicio profesional, enfermería, trabajo social, trabajo en equipo, relaciones interniveles, psicología, sociología, antropología.

- The CLOTS (Clots in Legs Or sTockings after Stroke) Trial Collaboration. Thigh-length versus below-knee stockings for deep venous thrombosis prophylaxis after stroke: a randomized trial. Ann Intern Med. 2010; 153: 553-562 [EC,I]
- 20855784
- Alvarez S. Crisis en la medicina de familia: una perspectiva bioética desde la práctica diaria. Aten Primaria. 2010; 42: 528-533 [AO,I]
- Salisbury C, Wallace M, Montgomery AA. Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. BMJ. 2010; 341: c5004 [T,II] 20940212
- Jiwa M. Referral from primary to secondary care. BMJ. 2010; 341: c6175 [AO,I] 21118872
- McBride D, Hardoon S, Walters K, Gilmour S, Raine R. Explaining variation in referral from primary to secondary care: cohort study. BMJ. 2010; 341: c6267 [S,I] 21118873
- Russell G, Dahrouge S, Tuna M, Hogg W, Geneau R, Gebremichael G. Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. Fam Pract. 2010; 27: 535-541 [T,I] 20534791
- Van Steenkiste B, Knevel MF, van den Akker M, Metsemakers JF. Increased attendance rate: BMI matters, lifestyles don't. Results from the Dutch SMILE study. Fam Pract. 2010; 27: 632-637 [T,I]
- Szatkowski L, Lewis S, McNeill A, Coleman T. Is smoking status routinely recorded when patients register with a new GP? Fam Pract. 2010; 27: 673-675 [T,I]
- 20624749

20696755

- Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen B. Attachment in the doctor–patient relationship in general practice: A qualitative study. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 185-190 [C,I]
- 20642396
- Aaraas IJ, Hetlevik I, Roksund G, Steinert S. "Caring for people where they are": Addressing the double challenge of general practice at the 17th Nordic Congress of General Practice in Tromsø 2011. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 194-196 [AO,I] 21080838
- Johansen ML, Holtedahl KA, Rudebeck CE. A doctor close at hand: How GPs view their role in cancer care. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 249-255 [C,II] 20950124

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

Weitz H, Merli G. Invasive dental treatment and risk for vascular events: have we bitten off more than we can chew? Ann Intern Med. 2010; 153: 542-543 [AO,I]

20956711

Kearon C, O'Donnell M. Should patients with stroke wear compression stockings to prevent venous thromboembolism? Ann Intern Med. 2010; 153: 610-611 [R,I]

20855785

Lin JS, O'Connor E, Whitlock EP, Beil TL. Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: a systematic review for the u.s. Preventive services task force. Ann Intern Med. 2010; 153: 736-750 [M,II]

21135297

Look AHEAD Research Group, Wing RR. Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus: four-year results of the Look AHEAD trial. Arch Intern Med. 2010; 170: 1566-1575 [EC,II]

20876408

Deedwania PC. Risk of diabetes and cardiovascular disease: best to return back to the basics: comment on "Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus". Arch Intern Med. 2010; 170: 1575-1577 [AO,II]

20876409

Clarke R, Halsey J, Lewington S, Lonn E, Armitage J, Manson JE, et al; B-Vitamin Treatment Trialists' Collaboration. Effects of lowering homocysteine levels with B vitamins on cardiovascular disease, cancer, and cause-specific mortality: Metaanalysis of 8 randomized trials involving 37 485 individuals. Arch Intern Med. 2010; 170: 1622-1631 [M,II]

20937919

Marcus GM. Predicting incident atrial fibrillation: an important step toward primary prevention. Arch Intern Med. 2010; 170: 1874-1875 [AO,I]

21098344

Schnabel RB, Aspelund T, Li G, Sullivan LM, Suchy-Dicey A, Harris TB, et al. Validation of an atrial fibrillation risk algorithm in whites and african americans. Arch Intern Med. 2010; 170: 1909-1917 [T,II]

21098350

Raju NC, Hankey GJ. Dabigatran etexilate in people with atrial fibrillation. BMJ. 2010; 341: c3784 [AO,I] 20671015

Schürks M, Glynn RJ, Rist PM, Tzourio C, Kurth T. Effects of vitamin E on stroke subtypes: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2010; 341: c5702 [M,I]

Derex L. Intravenous thrombolysis for stroke. BMJ. 2010; 341: c5891 [AO,I]

21098612

Ruidavets JB, Ducimetière P, Evans A, Montaye M, Haas B, Bingham A, et al. Patterns of alcohol consumption and ischaemic heart disease in culturally divergent countries: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME). BMJ. 2010; 341: c6077 [S,I]

Lawlor DA, Benfield L, Logue J, Tilling K, Howe LD, Fraser A, et al. Association between general and central adiposity in childhood, and change in these, with cardiovascular risk factors in adolescence: prospective cohort study. BMJ. 2010; 341: c6224 [S,I]

21109577

Fagerström K, Gilljam H, Metcalfe M, Tonstad S, Messig M. Stopping smokeless tobacco with varenicline: randomised double blind placebo controlled trial. BMJ. 2010; 341: c6549 [EC,I]

21134997

Lancaster T, Stead L. Drug treatment for users of smokeless tobacco. BMJ. 2010; 341: c6598 [AO,I]

21134998

Jollis JG. Moving care forward: prehospital emergency cardiac systems. Circulation. 2010; 122: 1443-1445 [AO,I] 20876431

Mahoney EM. Targeting Patients for Statin Therapy for the Primary Prevention of Vascular Events: What is the Best Approach? Circulation. 2010; 122: 1446-1448 [AO,I] 20876432

Lee KK, Cipriano LE, Owens DK, Go AS, Hlatky MA. Costeffectiveness of using high-sensitivity C-reactive protein to identify intermediate- and low-cardiovascular-risk individuals for statin therapy. Circulation. 2010; 122: 1478-1487 [CE,I] 20876434

Blankstein R, Devore AD. Selecting a noninvasive imaging study after an inconclusive exercise test. Circulation. 2010; 122: 1514-1518 [AO,I]

20937987

Piano MR, Benowitz NL, Fitzgerald GA, Corbridge S, Heath J, Hahn E, et al; on behalf of the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing. Impact of Smokeless Tobacco Products on Cardiovascular Disease: Implications for Policy, Prevention, and Treatment: A Policy Statement From the American Heart Association. Circulation. 2010; 122: 1520-1544 [M,II]

20837898

Velagaleti RS, Gona P, Larson MG, Wang TJ, Levy D, Benjamin EJ, et al. Multimarker approach for the prediction of heart failure incidence in the community. Circulation. 2010; 122: 1700-1706 [T,II]

20937976

White WB, Campbell P. Blood pressure destabilization on nonsteroidal antiinflammatory agents: acetaminophen exposed? Circulation. 2010; 122: 1779-1781 [AO,II] 20956214

Sudano I, Flammer AJ, Périat D, Enseleit F, Hermann M, Wolfrum M, et al. Acetaminophen increases blood pressure in patients with coronary artery disease. Circulation. 2010; 122: 1789-1796 [EC,II]

20956208

Eckel RH. The fish oil story remains fishy. Circulation. 2010; 122: 2110-2112 [AO,I] 21060074

Mazzone T. Intensive glucose lowering and cardiovascular disease prevention in diabetes: reconciling the recent clinical trial data. Circulation. 2010; 122: 2201-2211 [AO,I] 21098460

Thanassoulis G, Vasan RS. Genetic cardiovascular risk prediction: will we get there? Circulation. 2010; 122: 2323-2334 [R,I]

Van Horn L, Johnson RK, Flickinger BD, Vafiadis DK, Yin-Piazza S; on behalf of the Added Sugars Conference Planning Group. Translation and Implementation of Added Sugars Consumption Recommendations: A Conference Report From the American Heart Association Added Sugars Conference 2010. Circulation. 2010; 122: 2470-2490 [M,II] 21060079

Gidding SS. Assembling evidence to justify prevention of atherosclerosis beginning in youth. Circulation. 2010; 122: 2493-2494 [AO,I]

21126975

Greenland P, Alpert JS, Beller GA, Benjamin EJ, Budoff MJ, Fayad ZA, et al; Writing Committee Members. 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2010; 122: 2748-2764 [M,III]

21098427

Greenland P, Alpert JS, Beller GA, Benjamin EJ, Budoff MJ, Fayad ZA, et al; Writing Committee Members. 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2010; 122: e584e636 [M,III]

21098428

Hazinski MF, Nolan JP, Billi JE, Böttiger BW, Bossaert L, de Caen AR, et al. Part 1: executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S250-S275 [M,II] 20956249

Sayre MR, Koster RW, Botha M, Cave DM, Cudnik MT, Handley AJ, et al; Adult Basic Life Support Chapter Collaborators. Part 5: adult basic life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S298-S324 [M,II]

20956253

Jacobs I, Sunde K, Deakin CD, Hazinski MF, Kerber RE, Koster RW, et al; Defibrillation Chapter Collaborators. Part 6: defibrillation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S325-S337 [M,II]

20956254

Morrison LJ, Deakin CD, Morley PT, Callaway CW, Kerber RE, Kronick SL, et al; Advanced Life Support Chapter Collaborators. Part 8: advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S345-S421. [M,II] 20956256

O'Connor RE, Bossaert L, Arntz HR, Brooks SC, Diercks D, Feitosa-Filho G, et; Acute Coronary Syndrome Chapter Collaborators. Part 9: acute coronary syndromes: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S422-S465 [M,II] 20956257

Kleinman ME, de Caen AR, Chameides L, Atkins DL, Berg RA, Berg MD, et al; Pediatric Basic and Advanced Life Support Chapter Collaborators. Part 10: pediatric basic and advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S466-S515 [M,II]

20956258

Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Atkins DL, Chameides L, Goldsmith JP, et al; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Part 11: neonatal resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S516-S538 [M,II]

20956259

McAlister FA, Herman RJ, Khan NA, Rabkin SW, Campbell N; Canadian Hypertension Education Program. Putting ACCOMPLISH into context: management of hypertension in 2010. CMAJ. 2010; 182: 1600-1601 [R,II]

20837685

Siriwardena AN, Gwini SM, Coupland CA. Influenza vaccination, pneumococcal vaccination and risk of acute myocardial infarction: matched case-control study. CMAJ. 2010; 182: 1617-1623 [CC,II]

20855479

Akbaraly TN, Singh-Manoux A, Tabak AG, Jokela M, Virtanen M, Ferrie JE, et al. Overall diet history and reversibility of the metabolic syndrome over 5 years: the Whitehall II prospective cohort study. Diabetes Care. 2010; 33: 2339-2341 [S,I] 20671094

Duggan ST, Chwieduk CM, Curran MP. Aliskiren: a review of its use as monotherapy and as combination therapy in the management of hypertension. Drugs. 2010; 70: 2011-2049

20883056

Biasucci LM, Porto I. Has atorvastatin more than a DUAAL face? Eur Heart J. 2010; 31: 2567-2568 [AO,I]

Heiss C, Keen CL, Kelm M. Flavanols and cardiovascular disease prevention. Eur Heart J. 2010; 31: 2583-2592 [AO,I] 20852295

Deanfield JE, Sellier P, Thaulow E, Bultas J, Yunis C, Shi H, et al. Potent anti-ischaemic effects of statins in chronic stable angina: incremental benefit beyond lipid lowering? Eur Heart J. 2010; 31: 2650-2659 [EC,I]

20494902

Zanchetti A. Blood pressure targets of antihypertensive treatment: up and down the J-shaped curve. Eur Heart J. 2010; 31: 2837-2840 [AO,I]

20980328

Nordestgaard BG, Chapman MJ, Ray K, Borén J, Andreotti F, Watts GF, et al; for the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Lipoprotein(a) as a cardiovascular risk factor: current status. Eur Heart J. 2010; 31: 2844-2853 [T,II]

Bangalore S, Messerli FH, Wun CC, Zuckerman AL, Demicco D, Kostis JB, et al; for the Treating to New Targets Steering Committee and Investigators. J-curve revisited: an analysis of blood pressure and cardiovascular events in the Treating to New Targets (TNT) Trial. Eur Heart J. 2010; 31: 2897-2908 [5.1]

20846991

Daniels LB, Maisel AS. Multiple marker approach to risk stratification in patients with stable coronary artery disease: to have or have not. Eur Heart J. 2010; 31: 2980-2983 [AO,I] 20864490

Falaschetti E, Hingorani AD, Jones A, Charakida M, Finer N, Whincup P, et al. Adiposity and cardiovascular risk factors in a large contemporary population of pre-pubertal children. Eur Heart J. 2010; 31: 3063-3072. [T,II]

Cone DC. Compression-only CPR: pushing the science forward. JAMA. 2010; 304: 1493-1495 [AO,I] 20924019

Capewell S, Lloyd-Jones DM. Optimal cardiovascular prevention strategies for the 21st century. JAMA. 2010; 304: 2057-2058 [AO,I] 21063015

Lubitz SA, Yin X, Fontes JD, Magnani JW, Rienstra M, Pai M, et al. Association between familial atrial fibrillation and risk of new-onset atrial fibrillation. JAMA. 2010; 304: 2263-2269 [S,II] 21076174

Kowey PR, Reiffel JA, Ellenbogen KA, Naccarelli GV, Pratt CM. Efficacy and safety of prescription omega-3 fatty acids for the prevention of recurrent symptomatic atrial fibrillation: a randomized controlled trial. JAMA. 2010; 304: 2363-2372 [EC,I]

21078810

Prochaska JJ. Integrating tobacco treatment into mental health settings. JAMA. 2010; 304: 2534-2535 [AO,I] 21139117

Amarenco P, Labreuche J, Mazighi M. Lessons from carotid endarterectomy and stenting trials. Lancet. 2010; 376: 1028-1031 [AO,I]

20870079

Bonati LH, Dobson J, Algra A, Branchereau A, Chatellier G, Fraedrich G, et al; Carotid Stenting Trialists' Collaboration. Short-term outcome after stenting versus endarterectomy for symptomatic carotid stenosis: a preplanned meta-analysis of individual patient data. Lancet. 2010; 376: 1062-1073 [M,I] 20832852

Halliday A, Harrison M, Hayter E, Kong X, Mansfield A, Marro J, et al; Asymptomatic Carotid Surgery Trial (ACST) Collaborative Group. 10-year stroke prevention after successful carotid endarterectomy for asymptomatic stenosis (ACST-1): a multicentre randomised trial. Lancet. 2010; 376: 1074-1084 [EC,I]

20870099

Ripatti S, Tikkanen E, Orho-Melander M, Havulinna AS, Silander K, Sharma A, et al. A multilocus genetic risk score for

coronary heart disease: case-control and prospective cohort analyses. Lancet. 2010; 376: 1393-1400 [S,II]

Hüpfl M, Selig HF, Nagele P. Chest-compression-only versus standard cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. Lancet. 2010; 376: 1552-1557 [M,II] 20951422

Esler MD, Krum H, Sobotka PA, Schlaich MP, Schmieder RE, Böhm M; Symplicity HTN-2 Investigators. Renal sympathetic denervation in patients with treatment-resistant hypertension (The Symplicity HTN-2 Trial): a randomised controlled trial. Lancet. 2010; 376: 1903-1909 [EC,I]

21093036

Bayes-Genis A. Péptidos natriuréticos: ¿nuevas indicaciones? Med Clin (Barc). 2010; 135: 450-451 [AO,I]

Anguita M, Esteban F, Castillo JC, Mazuelos F, López-Granados A, Arizón JM, et al. Utilidad de los valores del péptido natriurético cerebral frente al control clínico habitual para la monitorización del tratamiento en pacientes con insuficiencia cardiaca. Med Clin (Barc). 2010; 135: 435-440 [EC,I]

20673678

Barrios V, Calderón A. Índice de masa corporal como factor pronóstico en pacientes tras un primer infarto de miocardio. Med Clin(Barc). 2010; 135: 647-649 [AO,I]

20696444

Matchar DB, Jacobson A, Dolor R, Edson R, Uyeda L, Phibbs CS, et al; THINRS Executive Committee and Site Investigators. Effect of home testing of international normalized ratio on clinical events. N Engl J Med. 2010; 363: 1608-1620 [EC,I] 20961244

Bhatt DL, Cryer BL, Contant CF, Cohen M, Lanas A, Schnitzer TJ, et al; COGENT Investigators. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary artery disease. N Engl J Med. 2010; 363: 1909-1917 [EC,II]

20925534

Chaudhry SI, Mattera JA, Curtis JP, Spertus JA, Herrin J, Lin Z, et al. Telemonitoring in patients with heart failure. N Engl J Med. 2010; 363: 2301-2309 [EC,II] 21080835

Tang AS, Wells GA, Talajic M, Arnold MO, Sheldon R, Connolly S, et al; Resynchronization-Defibrillation for Ambulatory Heart Failure Trial Investigators. Cardiac-resynchronization therapy for mild-to-moderate heart failure. N Engl J Med. 2010; 363: 2385-2395 [EC,I]

21073365

Moss AJ. Preventing heart failure and improving survival. N Engl J Med. 2010; 363: 2456-2457 [AO,I] 21073362

García-García C, Sanz G, Valle V, Molina L, Sala J, Subirana I, et al. Evolución de la mortalidad intrahospitalaria y el pronóstico a seis meses de los pacientes con un primer infarto agudo de miocardio. Cambios en la última década. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1136-1144 [S,I]

20875353

Andreotti F, Pafundi T. Los nuevos anticoagulantes y el futuro de la cardiología. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1223-1229 [AO,II] 21070716 García-Ortiz L, Grandes G, Sánchez-Pérez A, Montoya I, Iglesias-Valiente JA, Recio-Rodríguez JI, et al; PEPAF group. Efecto en el riesgo cardiovascular de una intervención para la promoción del ejercicio físico en sujetos sedentarios por el médico de familia. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1244-1252 [EC.I]

21070720

Baena-Díez JM, Vidal-Solsona M, Byram AO, González-Casafont I, Ledesma-Ulloa G, Martí-Sans N. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en atención primaria. Estudio Cohorte Zona Franca de Barcelona. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1261-1269 [S,I]

21070722

Romero T, Romero CX. Prevención cardiovascular estancada: tendencias alarmantes y barreras socioeconómicas persistentes. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1340-1348 [R,II] 21070729

Camm AJ. Calidad de vida en pacientes con fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1393-1395 [AO,I] 21144397

Branch WT, Higgins S. Inercia clínica: la dificultad de superarla. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1399-1401 [AO,I] 21144399

Peinado R, Arribas F, Ormaetxe JM, Badía X. Diferencias en la calidad de vida según el tipo de fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1402-1409 [T,I] 21144400

Lázaro P, Murga N, Aguilar D, Hernández-Presa MA. Inercia terapéutica en el manejo extrahospitalario de la dislipemia en pacientes con cardiopatía isquémica. Estudio Inercia. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1428-1437 [T,I] 21144403

Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación

auricular. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: e1-e83 [M,III]

Guassora AD, Baarts C. Smoking cessation advice in consultations with health problems not related to smoking? Relevance criteria in Danish general practice consultations. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 221-228 [C,I] 20704522

Barroso LC, Muro EC, Herrera ND, Ochoa GF, Hueros JI, Buitrago F. Performance of the Framingham and SCORE cardiovascular risk prediction functions in a non-diabetic population of a Spanish health care centre: a validation study. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 242-248 [S,I] 20873973

#### DIABETES

Look AHEAD Research Group, Wing RR. Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus: four-year results of the Look AHEAD trial. Arch Intern Med. 2010; 170: 1566-1575 [EC,II]

20876408

Deedwania PC. Risk of diabetes and cardiovascular disease: best to return back to the basics: comment on "Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus". Arch Intern Med. 2010; 170: 1575-1577 [AO,II]

20876409

Sigal RJ, Kenny GP. New evidence for the value of supervised exercise training in type 2 diabetes mellitus. Arch Intern Med. 2010; 170: 1790-1791 [AO,I]

21059969

Llanes R. Glicada para el diagnóstico de la diabetes, ¿un estándar universal? Aten Primaria. 2010; 42: 571-576 [R,II] 20378203

Mazzone T. Intensive glucose lowering and cardiovascular disease prevention in diabetes: reconciling the recent clinical trial data. Circulation. 2010; 122: 2201-2211 [AO,I] 21098460

Van Horn L, Johnson RK, Flickinger BD, Vafiadis DK, Yin-Piazza S; on behalf of the Added Sugars Conference Planning Group. Translation and Implementation of Added Sugars Consumption Recommendations: A Conference Report From the American Heart Association Added Sugars Conference 2010. Circulation. 2010; 122: 2470-2490 [M,II] 21060079

Brisson D, Perron P, Guay SP, Gaudet D, Bouchard L. The "hypertriglyceridemic waist" phenotype and glucose intolerance in pregnancy. CMAJ. 2010; 182: E722-E725 [T,I] 20855478

Saaristo T, Moilanen L, Korpi-Hyövälti E, Vanhala M, Saltevo J, Niskanen L, et al. Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care: one-year follow-up of the Finnish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D). Diabetes Care. 2010; 33: 2146-2151 [S,II]

20664020

Jenkins N, Hallowell N, Farmer AJ, Holman RR, Lawton J. Initiating insulin as part of the Treating To Target in Type 2 Diabetes (4-T) trial: an interview study of patients' and health professionals' experiences. Diabetes Care. 2010; 33: 2178-2180 [T,I]

20592050

Olson DE, Rhee MK, Herrick K, Ziemer DC, Twombly JG, Phillips LS. Screening for diabetes and pre-diabetes with proposed A1C-based diagnostic criteria. Diabetes Care. 2010; 33: 2184-2189 [T,II]

20639452

Mann DM, Carson AP, Shimbo D, Fonseca V, Fox CS, Muntner P. Impact of A1C screening criterion on the diagnosis of prediabetes among U.S. adults. Diabetes Care. 2010; 33: 2190-2195 [T,II]

20628087

Krysiak R, Gdula-Dymek A, Bachowski R, Okopien B. Pleiotropic effects of atorvastatin and fenofibrate in metabolic syndrome and different types of pre-diabetes. Diabetes Care. 2010; 33: 2266-2270 [EC,I]

20587704

Tesfaye S, Boulton AJ, Dyck PJ, Freeman R, Horowitz M, Kempler P, et al; Toronto Diabetic Neuropathy Expert Group. Diabetic neuropathies: update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treatments. Diabetes Care. 2010; 33: 2285-2293 [M,II]

20876709

Negri C, Bacchi E, Morgante S, Soave D, Marques A, Menghini E, et al. Supervised walking groups to increase physical activity in type 2 diabetic patients. Diabetes Care. 2010; 33: 2333-2335 [EC,I] 20980426

Akbaraly TN, Singh-Manoux A, Tabak AG, Jokela M, Virtanen M, Ferrie JE, et al. Overall diet history and reversibility of the metabolic syndrome over 5 years: the Whitehall II prospective cohort study. Diabetes Care. 2010; 33: 2339-2341 [S,I] 20671094

Karve A, Hayward RA. Prevalence, diagnosis, and treatment of impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance in nondiabetic U.S. adults. Diabetes Care. 2010; 33: 2355-2359 [T,I] 20724649

Massin P, Bandello F, Garweg JG, Hansen LL, Harding SP, Larsen M, et al. Safety and efficacy of ranibizumab in diabetic macular edema (RESOLVE Study): a 12-month, randomized, controlled, double-masked, multicenter phase II study. Diabetes Care. 2010; 33: 2399-2405 [EC,II]

20980427

Najafi B, Crews RT, Wrobel JS. Importance of time spent standing for those at risk of diabetic foot ulceration. Diabetes Care. 2010; 33: 2448-2450 [T,I]

20682681

Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care. 2010; 33: 2477-2483 [M,II]

20693348

Bomback AS, Rekhtman Y, Whaley-Connell AT, Kshirsagar AV, Sowers JR, Chen SC, et al. Gestational diabetes mellitus alone in the absence of subsequent diabetes is associated with microalbuminuria: results from the Kidney Early Evaluation Program (KEEP). Diabetes Care. 2010; 33: 2586-2591 [T,I] 20807871

Kivimäki M, Hamer M, Batty GD, Geddes JR, Tabak AG, Pentti J, et al. Antidepressant medication use, weight gain, and risk of type 2 diabetes: a population-based study. Diabetes Care. 2010; 33: 2611-2616 [S,I]

20823343

Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR, et al. Exercise and Type 2 Diabetes: The American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. Diabetes Care. 2010; 33: e147-e167 [M,II]

21115758

Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR, et al. Exercise and Type 2 Diabetes: The American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement executive summary. Diabetes Care. 2010; 33: 2692-2696 [M,II]

21115771

Eleftheriadou I, Tentolouris N, Argiana V, Jude E, Boulton AJ. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus in diabetic foot infections. Drugs. 2010; 70: 1785-1797 [R,I] 20836573

Derosa G. Efficacy and tolerability of pioglitazone in patients with type 2 diabetes mellitus: comparison with other oral antihyperglycaemic agents. Drugs. 2010; 70: 1945-1961 [R,I] 20883052

Scott LJ. Alogliptin: a review of its use in the management of type 2 diabetes mellitus. Drugs. 2010; 70: 2051-2072 [R,I] 20883057

Keating GM. Vildagliptin: a review of its use in type 2 diabetes mellitus. Drugs. 2010; 70: 2089-2112 [R,I]

20964454

Mattila TK, de Boer A. Influence of intensive versus conventional glucose control on microvascular and macrovascular complications in type 1 and 2 diabetes mellitus. Drugs. 2010; 70: 2229-2245 [R,II]

21080740

Heerspink HJ, Ninomiya T, Perkovic V, Woodward M, Zoungas S; for the ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease. Eur Heart J. 2010; 31: 2888-2896 [EC,I]

20501479

Church TS, Blair SN, Cocreham S, Johannsen N, Johnson W, Kramer K, et al. Effects of aerobic and resistance training on hemoglobin A1c levels in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. JAMA. 2010; 304: 2253-2262 [EC,I]

21098771

Sigal RJ, Kenny GP. Combined aerobic and resistance exercise for patients with type 2 diabetes. JAMA. 2010; 304: 2298-2299 [AO,I]

21098777

Franch J, Artola S, Diez J, Mata M; en representación de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996–2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Med Clin(Barc). 2010; 135: 600-607 [S,II]

19765772

Sánchez FJ, Téllez T, Gijón A. Instrumentos específicos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la diabetes mellitus tipo 2 disponibles en España. Med Clin(Barc). 2010; 135: 658-664 [M,II]

19560173

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

Chou R, Dana T. Screening adults for bladder cancer: a review of the evidence for the U.S. preventive services task force. Ann Intern Med. 2010; 153: 461-468 [M,II]

20921545

Kroenke K, Zhong X, Theobald D, Wu J, Tu W, Carpenter JS. Somatic symptoms in patients with cancer experiencing pain or depression: prevalence, disability, and health care use. Arch Intern Med. 2010; 170: 1686-1694 [T,I] 20937930

McTiernan A. Physical activity, weight, diet, and breast cancer risk reduction; comment on "physical activity and risk of breast cancer among postmenopausal women". Arch Intern Med. 2010; 170: 1792-1793 [AO,I]

21059970

Smith SK, Trevena L, Simpson JM, Barratt A, Nutbeam D, McCaffery KJ. A decision aid to support informed choices

about bowel cancer screening among adults with low education: randomised controlled trial. BMJ. 2010; 341: c5370 [EC.I]

20978060

Kirkegaard H, Johnsen NF, Christensen J, Frederiksen K, Overvad K, TjÃ, nneland A. Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: a prospective Danish cohort study. BMJ. 2010; 341: c5504 [S,I] 20978063

Steele RJ, Kostourou I, McClements P, Watling C, Libby G, Weller D, et al. Effect of repeated invitations on uptake of colorectal cancer screening using faecal occult blood testing: analysis of prevalence and incidence screening. BMJ. 2010; 341: c5531 [T,I]

20980376

Lagergren J, Lagergren P. Oesophageal cancer. BMJ. 2010; 341: c6280 [rR,I]

21112905

Chwieduk CM, McKeage K. Fentanyl sublingual: in breakthrough pain in opioid-tolerant adults with cancer. Drugs. 2010; 70: 2281-2288 [R,I]

21080744

Croxtall JD, McKeage K. Trastuzumab: in HER2-positive metastatic gastric cancer. Drugs. 2010; 70: 2259-2267 [R,I] 21080742

Adán L, Álvarez-Castro A, Castells A. Aproximación al cáncer colorrectal familiar. Gastroenterol Hepatol 2010; 33: 652-659 [R,II] 20106551

Ayuso C, Rimola J, Forner A. Técnicas de imagen en el carcinoma hepatocelular: diagnóstico, extensión y evaluación de la respuesta terapéutica. Gastroenterol Hepatol. 2010; 33: 721-726 [R,I]

20447736

Bardou M, Barkun A, Martel M. Effect of statin therapy on colorectal cancer. Gut. 2010; 59: 1572-1585 [R,I] 20660702

Din FV, Theodoratou E, Farrington SM, Tenesa A, Barnetson RA, Cetnarskyj R, et al. Effect of aspirin and NSAIDs on risk and survival from colorectal cancer. Gut. 2010; 59: 1670-1679 [CC,II]

20844293

Chlebowski RT, Anderson GL, Gass M, Lane DS, Aragaki AK, Kuller LH, et al; WHI Investigators. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. JAMA. 2010; 304: 1684-1692 [EC,II] 20959578

Bach PB. Postmenopausal hormone therapy and breast cancer: an uncertain trade-off. JAMA. 2010; 304: 1719-1720 [AO,II] 20959586

Hayes JH, Ollendorf DA, Pearson SD, Barry MJ, Kantoff PW, Stewart ST, et al. Active surveillance compared with initial treatment for men with low-risk prostate cancer: a decision analysis. JAMA. 2010; 304: 2373-2380 [T,I]

21119084

Thompson IM, Klotz L. Active surveillance for prostate cancer. JAMA. 2010; 304: 2411-2412 [AO,I] 21119090

Keen JD. Promoting screening mammography: insight or uptake? J Am Board Fam Med. 2010; 23: 775-782 [AO,I] 21057074

Svendsen RP, Støvring H, Hansen BL, Kragstrup J, Søndergaard J, Jarbøl DE. Prevalence of cancer alarm symptoms: a population-based cross-sectional study. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 132-137 [T,I]

20698729

Johansen ML, Holtedahl KA, Rudebeck CE. A doctor close at hand: How GPs view their role in cancer care. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 249-255 [C,II] 20950124

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

Menéndez R, Torres A, Aspa J, Capelastegui A, Prat C, Rodríguez de Castro F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) Arch Bronconeumol. 2010; 46: 543-558 [R,II] 20832928

Albertí C, Orriols R, Manzanera R, Jardí J. Gripe y otras infecciones respiratorias agudas en la población trabajadora. Impacto del brote de gripe A (H1N1) Arch Bronconeumol. 2010; 46: 634-639 [T,1]

20970236

Gervas J. El abordaje de la pandemia de gripe A desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Aten Primaria. 2010; 42: 541-542 [AO,I]

20570014

Ramin B, Macpherson P. Human brucellosis. BMJ. 2010; 341: c4545 [R,I] 20833741

Siriwardena AN, Gwini SM, Coupland CA. Influenza vaccination, pneumococcal vaccination and risk of acute myocardial infarction: matched case-control study. CMAJ. 2010; 182: 1617-1623 [CC,II]

20855479

Watson CP. Herpes zoster and postherpetic neuralgia. CMAJ. 2010; 182: 1713-1714 [AO,I] 20921245

Skowronski DM, Hottes TS, Janjua NZ, Purych D, Sabaiduc S, Chan T, et al. Prevalence of seroprotection against the pandemic (H1N1) virus after the 2009 pandemic. CMAJ. 2010; 182: 1851-1856 [T,I]

20956500

Low DE, McGeer A. Pandemic (H1N1) 2009: assessing the response. CMAJ. 2010; 182: 1874-1878 [AO,I] 20956501

Eleftheriadou I, Tentolouris N, Argiana V, Jude E, Boulton AJ. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus in diabetic foot infections. Drugs. 2010; 70: 1785-1797 [R,I] 20836573

Subissi A, Monti D, Togni G, Mailland F. Ciclopirox: recent nonclinical and clinical data relevant to its use as a topical antimycotic agent. Drugs. 2010; 70: 2133-2152 [R,I] 20964457 Ginsberg AM. Drugs in development for tuberculosis. Drugs. 2010; 70: 2201-2214 [R,I]

García P, Caylà JA. ¿Es posible disminuir el retraso diagnóstico en la infección por VIH? Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010; 28: 580-582 [AO,I]

20828881

Oliva J, Galindo S, Vives N, Arrillaga A, Izquierdo A, Nicolau A, et al. Retraso diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010; 28: 583-589 [T,I]

20541845

Navarro F, Miró E, Mirelis B. Lectura interpretada del antibiograma de enterobacterias. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010; 28: 638-645 [R,I]

20579780

Getahun H, Raviglione M. Active case-finding for TB in the community: time to act. Lancet. 2010; 376: 1205-1206 [AO,I] 20923714

McCormack S, Ramjee G, Kamali A, Rees H, Crook AM, Gafos M, et al. PRO2000 vaginal gel for prevention of HIV-1 infection (Microbicides Development Programme 301): a phase 3, randomised, double-blind, parallel-group trial. Lancet. 2010; 376: 1329-13237 [EC,I]

20851460

Thomas DL. Curing hepatitis C with pills: a step toward global control. Lancet. 2010; 376: 1441-1442 [AO,I] 20951421

Chi BH, Stringer JS. Mobile phones to improve HIV treatment adherence. Lancet. 2010; 376: 1807-1808 [AO,I]

Fowler RA, Jouvet P. Paediatric mortality related to H1N1 infection in England. Lancet. 2010; 376: 1808-1810 [AO,I]

Sachedina N, Donaldson LJ. Paediatric mortality related to pandemic influenza A H1N1 infection in England: an observational population-based study. Lancet. 2010; 376: 1846-1852 [T,I]

21030071

Tudela P, Lacoma A, Prat C, Mòdol JM, Giménez M, Barallat J, et al. Predicción de bacteriemia en los pacientes con sospecha de infección en urgencias. Med Clin(Barc). 2010; 135: 685-690 [T,I]

20557905

Workowski KA, Berman S; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep. 2010; 59: 1-110 [M,III]

21160459

Lallemant M, Jourdain G. Preventing mother-to-child transmission of HIV—protecting this generation and the next. N Engl J Med. 2010; 363: 1570-1572 [AO,I] 20942674

Harris KM, Maurer J, Kellermann AL. Influenza vaccine--safe, effective, and mistrusted. N Engl J Med. 2010; 363: 2183-2185 [AO,II]

21105831

Moellering RC Jr. NDM-1--a cause for worldwide concern. N Engl J Med. 2010; 363: 2377-2379 [AO,II]

21158655

Thickett DR, Griffiths M, Perkins GD, McAuley DF; UK and Ireland Acute Lung Injury Group. Hot off the breath: the 2009 H1N1 flu pandemic may be gone but should not be forgotten. Thorax. 2010; 65: 855-856 [AO,I]

20861289

Lalvani A, Sridhar S. BCG vaccination: 90 years on and still so much to learn ... Thorax. 2010; 65: 1036-1038 [AO,I] 20965924

Jeremiah K, Praygod G, Faurholt-Jepsen D, Range N, Andersen AB, Grewal HM, et al. BCG vaccination status may predict sputum conversion in patients with pulmonary tuberculosis: a new consideration for an old vaccine? Thorax. 2010; 65: 1072-1076 [S,I]

20889521

#### ASMA/BRONOUITIS CRÓNICA

Soriano JB, Miravitlles M, Borderías L, Duran-Tauleria E, García F, Martínez J, et al. Diferencias geográficas en la prevalencia de EPOC en España: relación con hábito tabáquico, tasas de mortalidad y otros determinantes. Arch Bronconeumol. 2010; 46: 522-530 [T,II]

20832926

Lopez-campos JL. Estrategias de tratamiento en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: una propuesta de sistematización. Arch Bronconeumol. 2010; 46: 617-620 [AO,I]

20624667

Lowe AJ, Carlin JB, Bennett CM, Hosking CS, Allen KJ, Robertson CF, et al. Paracetamol use in early life and asthma: prospective birth cohort study. BMJ. 2010; 341: c4616 [S,I]

20843914

O'Driscoll BR, Beasley R. Avoidance of high concentration oxygen in chronic obstructive pulmonary disease. BMJ. 2010; 341: c5549 [AO,I]

20959285

Moen MD. Indacaterol: in chronic obstructive pulmonary disease. Drugs. 2010; 70: 2269-2280 [AO,I]

Gruffydd-Jones K, Richman J, Jones RC, Wang X. A pilot study of identification and case management of high-risk COPD patients in a general practice. Fam Pract. 2010; 27: 494-498 [T,I]

20631057

Cabedo VR, Garcés CR, Cortes A, Oteo JT, Ballester FJ. Eficacia de la utilización correcta de los dispositivos de inhalación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: ensayo clínico aleatorizado. Med Clin(Barc). 2010; 135: 586-591 [EC,I]

20955872

Peters SP, Kunselman SJ, Icitovic N, Moore WC, Pascual R, Ameredes BT, et al; National Heart, Lung, and Blood Institute Asthma Clinical Research Network. Tiotropium bromide step-up therapy for adults with uncontrolled asthma. N Engl J Med. 2010; 363: 1715-1726 [EC,I]

20979471

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

Cuijpers P, Smit F, Penninx BW, de Graaf R, ten Have M, Beekman AT. Economic costs of neuroticism: a population-based study. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67:1086-1093 [S,I] 20921124

Kendler KS, Gardner CO. Dependent stressful life events and prior depressive episodes in the prediction of major depression: the problem of causal inference in psychiatric epidemiology. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67: 1120-1127 [T,I] 21041613

Fang X, Massetti GM, Ouyang L, Grosse SD, Mercy JA. Attentiondeficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and young adult intimate partner violence. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67:1179-1186 [T,I]

21041619

Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67:1265-1273 [T,II]

21135326

Kroenke K, Zhong X, Theobald D, Wu J, Tu W, Carpenter JS. Somatic symptoms in patients with cancer experiencing pain or depression: prevalence, disability, and health care use. Arch Intern Med. 2010; 170:1686-1694 [T,I]

20937930

Fernández A, Sánchez-Carracedo D, Navarro-Rubio MD, Pinto-Meza A, Moreno-Küstner B. Opiniones de médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos acerca de las guías de práctica clínica para la depresión. Un estudio cualitativo exploratorio. Aten Primaria. 2010; 42: 552-558 [C,I] 20554352

Richards M, Brayne C. What do we mean by Alzheimer's disease? BMJ. 2010; 341:c4670 [R,I] 20940218

Eyding D, Lelgemann M, Grouven U, Härter M, Kromp M, Kaiser T, et al. Reboxetine for acute treatment of major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials. BMJ. 2010; 341:c4737 [M,I]

20940209

Room R. Prohibition of cannabis. BMJ. 2010; 341: c5492 [AO,I] 20929918

Ruidavets JB, Ducimetière P, Evans A, Montaye M, Haas B, Bingham A, et al. Patterns of alcohol consumption and ischaemic heart disease in culturally divergent countries: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME). BMJ. 2010; 341: c6077 [S,I]

21098615

Harvey SB, Hotopf M, Overland S, Mykletun A. Physical activity and common mental disorders. Br J Psychiatry. 2010; 197: 357-364 [T,I]

21037212

Dubicka B, Elvins R, Roberts C, Chick G, Wilkinson P, Goodyer IM. Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. Br J Psychiatry 2010; 197: 433-440 [M,II]

21119148

Klug G, Hermann G, Fuchs-Nieder B, Panzer M, Haider-Stipacek A, Zapotoczky HG, et al. Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2010; 197: 463-467 [EC,II]

21119152

Frampton JE. Olanzapine long-acting injection: a review of its use in the treatment of schizophrenia. Drugs. 2010; 70:2289-2313 [R,I]

21080745

Poutanen O, Koivisto AM, Kääriä S, Salokangas RK. The validity of the Depression Scale (DEPS) to assess the severity of depression in primary care patients. Fam Pract. 2010; 27: 527-534 [T,I]

20554653

Bosmans JE, de Bruijne MC, de Boer MR, van Hout H, van Steenwijk P, van Tulder MW. Health care costs of depression in primary care patients in The Netherlands. Fam Pract. 2010; 27:542-548 [T,I]

20530527

O'Connor PG. Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges. JAMA. 2010; 304: 1612-1614 [AO,I]

20940391

Makrides M, Gibson RA, McPhee AJ, Yelland L, Quinlivan J, Ryan P; DOMInO Investigative Team Effect of DHA supplementation during pregnancy on maternal depression and neurodevelopment of young children: a randomized controlled trial. JAMA. 2010; 304:1675-1683 [EC,I]

20959577

Yaffe K. Treatment of Alzheimer disease and prognosis of dementia: time to translate research to results. JAMA. 2010; 304:1952-1953 [AO,I]

21045105

Prochaska JJ. Integrating tobacco treatment into mental health settings. JAMA. 2010; 304:2534-2535 [AO,I]

21139117

Reflections on ADHD. Lancet. 2010; 376:1364 [AO,I] 20971344

Gort AM, Mingot M, March J, Gómez X, Soler T, Nicolás F. Utilidad de la escala de Zarit reducida en demencias. Med Clin (Barc). 2010; 135: 447-449 [S,I]

20637482

#### SALUD LABORAL

Albertí C, Orriols R, Manzanera R, Jardí J. Gripe y otras infecciones respiratorias agudas en la población trabajadora. Impacto del brote de gripe A (H1N1) Arch Bronconeumol. 2010; 46: 634-639 [T,I]

20970236

Franco C. Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) Aten Primaria. 2010; 42: 564-570 [QE,I]

20129713

Burdorf A. Is early retirement good for your health? BMJ. 2010; 341: c6089 [AO,I]

21098616

Vicente-Herrero MT, Terradillos MJ, Capdevila LM, Ramirez MV, Aguilar E, Lopez-Gonzalez AA. Minusvalía, discapacidad e incapacidad. Una revisión desde la legislación española. Semergen. 2010; 36: 456-461 [R,I]

#### **ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES**

Nedeltcheva AV, Kilkus JM, Imperial J, Schoeller DA, Penev PD. Insufficient sleep undermines dietary efforts to reduce adiposity. Ann Intern Med. 2010; 153: 435-441 [QE,I] 20921542

Martínez-García MÁ, Amilibia J, Chiner E, Queipo C, Díaz de Atauri MJ, Carmona-Bernal C, et al. Apnea del sueño en individuos de edad avanzada. Actividad asistencial (2002–2008) en España. Arch Bronconeumol. 2010; 46: 502-507 [T,I]

20678851

Iorio A, Kearon C, Filippucci E, Marcucci M, Macura A, Pengo V, et al. Risk of recurrence after a first episode of symptomatic venous thromboembolism provoked by a transient risk factor: a systematic review. Arch Intern Med. 2010; 170: 1710-1716 [M,II]

20975016

Bolk N, Visser TJ, Nijman J, Jongste IJ, Tijssen JG, Berghout A. Effects of evening vs morning levothyroxine intake: a randomized double-blind crossover trial. Arch Intern Med. 2010; 170: 1996-2003 [EC,I]

21149757

De Felipe R, Cáceres C, Cimas M, Dávila G, Fernández S, Ruiz T. Características clínicas de los pacientes con tratamiento para la osteoporosis en un centro de Atención Primaria: ¿a quién tratamos en nuestras consultas? Aten Primaria. 2010; 42: 559-563 [T,I]

20129712

Wandel S, Jüni P, Tendal B, Nüesch E, Villiger PM, Welton NJ, et al. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis. BMJ. 2010; 341: c4675 [M,II]

20847017

Holroyd KA, Cottrell CK, O'Donnell FJ, Cordingley GE, Drew JB, Carlson BW, et al. Effect of preventive (beta blocker) treatment, behavioural migraine management, or their combination on outcomes of optimised acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. BMJ. 2010; 341: c4871 [EC,I]

20880898

Jackson JL, Shimeall W, Sessums L, Dezee KJ, Becher D, Diemer M, et al. Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2010; 341: c5222 [M,II] 20961988

Dodick DW. Prevention of migraine. BMJ. 2010; 341:c5229 [AO,I] 20880899

Holroyd KA, Bendtsen L. Tricyclic antidepressants for migraine and tension-type headaches. BMJ. 2010; 341: c5250 [AO,I]

20961989

Varghese GM, Trowbridge P, Doherty T. Investigating and managing pyrexia of unknown origin in adults. BMJ. 2010; 341: c5470 [R,I] Burden AD, Boon MH, Leman J, Wilson H, Richmond R, Ormerod AD; Guideline Development Group. Diagnosis and management of psoriasis and psoriatic arthritis in adults: summary of SIGN guidance. BMJ. 2010; 341: c5623 [M,II]

21036815

Van Gent WB, Wilschut ED, Wittens C. Management of venous ulcer disease. BMJ. 2010; 341: c6045 [R,I] 21075818

Cayley WE Jr. Gout. BMJ. 2010; 341: c6155 [AO,I] 21078757

Bruggink SC, Gussekloo J, Berger MY, Zaaijer K, Assendelft WJ, de Waal MW, et al. Cryotherapy with liquid nitrogen versus topical salicylic acid application for cutaneous warts in primary care: randomized controlled trial. CMAJ. 2010; 182: 1624-1630 [EC,I]

20837684

Watson CP. Herpes zoster and postherpetic neuralgia. CMAJ. 2010; 182: 1713-1714 [AO,I]

20921245

Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al; for the Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. CMAJ. 2010; 182: 1864-1873 [M,II]

20940232

MacGregor EA. Prevention and treatment of menstrual migraine. Drugs. 2010; 70: 1799-1818 [R,I]

20836574

White HJ, Bettiol SS, Perera R, Roberts NW, Javaid MK, Farmer AJ. A systematic review assessing the effectiveness of interventions to improve persistence with anti-resorptive therapy in women at high risk of clinical fracture. Fam Pract. 2010; 27: 593-603 [M,I]

20693238

Lønnberg F, Pedersen P, Siersma V. Early predictors of the longterm outcome of low back pain--results of a 22-year prospective cohort study. Fam Pract. 2010; 27: 609-614 [S,II] 20682561

Serra J. Levosulpirida en el manejo de la dispepsia funcional y la gastroparesia. Gastroenterol Hepatol. 2010; 33: 586-590 [AO,I]

20850200

Mearin F, Balboa A, Castells A, Domínguez JE, Esteve M, García-Erce JA et al. Anemia ferropénica y uso de hierro endovenoso en patología digestiva. Gastroenterol Hepatol. 2010; 33: 605-613 [R,I]

20850906

Koplan JP, Brownell KD. Response of the food and beverage industry to the obesity threat. JAMA. 2010; 304: 1487-1488 [AO,II]

20924016

Ryan DH, Kushner R. The state of obesity and obesity research. JAMA. 2010; 304: 1835-1836 [AO,I] 20935336

Wing RR. Treatment options for obesity: do commercial weight loss programs have a role? JAMA. 2010; 304: 1837-1838 [AO,I] 20935335

The NS, Suchindran C, North KE, Popkin BM, Gordon-Larsen P. Association of adolescent obesity with risk of severe obesity in adulthood. JAMA. 2010; 304:2042-2047 [S,I] 21063014

Wardlaw D, Van Meirhaeghe J. Another chapter for vertebral compression fractures. Lancet. 2010; 376: 1031-1033 [AO,I] 20701963

Kyrle PA, Rosendaal FR, Eichinger S. Risk assessment for recurrent venous thrombosis. Lancet. 2010; 376: 2032-2039 [R,I] 21131039

New obesity pill: new hopes, old fears. Lancet. 2010; 376: 2042 [AO,I] 21168038

López L, Audisio Y, Berra S. Efectividad de las intervenciones de base poblacional dirigidas a la prevención del sobrepeso en la población infantil y adolescente. Med Clin (Barc). 2010; 135: 462-469 [M,II]

19748633

Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A; en representación del Consenso sobre Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica. Primer consenso español sobre el tratamiento de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. Med Clin(Barc). 2010; 135: 608-616 [M,II]

20846695

Lane NE, Schnitzer TJ, Birbara CA, Mokhtarani M, Shelton DL, Smith MD, et al. Tanezumab for the treatment of pain from osteoarthritis of the knee. N Engl J Med. 2010; 363: 1521-1531 [EC,I] 20942668

Wood JN. Nerve growth factor and pain. N Engl J Med. 2010; 363: 1572-1573 [AO,I] 20942675

Larsen TM, Dalskov SM, van Baak M, Jebb SA, Papadaki A, Pfeiffer AF, et al; Diet, Obesity, and Genes (Diogenes) Project. Diets with high or low protein content and glycemic index for weightloss maintenance. N Engl J Med. 2010; 363: 2102-2113 [EC,I] 21105792

Ludwig DS, Ebbeling CB. Weight-loss maintenance--mind over matter? N Engl J Med. 2010; 363: 2159-2161 [AO,I] 21105799

Twardowski ZJ, Misra M. "Daily" dialysis--lessons from a randomized, controlled trial. N Engl J Med. 2010; 363: 2363-2364 [AO,I]

21091061

Sola K, Brekke N, Brekke M. An activity-based intervention for obese and physically inactive children organized in primary care: feasibility and impact on fitness and BMI A one-year followup study. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 199-204 [S,I] 20831452

Malterud K, Ulriksen K. Obesity in general practice A focus group study on patient experiences. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 205-210 [C,I]

20942741

#### MEDIOS DIAGNÓSTICOS

Lam LL, Cameron PA, Schneider HG, Abramson MJ, Müller C, Krum H. Meta-analysis: effect of B-type natriuretic peptide testing on clinical outcomes in patients with acute dyspnea in the emergency setting. Ann Intern Med. 2010; 153: 728-735 [M,II] 21135296

Orme NM, Fletcher JG, Siddiki HA, Harmsen WS, O'Byrne MM, Port JD, et al. Incidental findings in imaging research: evaluating incidence, benefit, and burden. Arch Intern Med. 2010; 170: 1525-1532 [T,I]

20876402

Leffler DA, Kheraj R, Garud S, Neeman N, Nathanson LA, Kelly CP, et al. The incidence and cost of unexpected hospital use after scheduled outpatient endoscopy. Arch Intern Med. 2010; 170: 1752-1757 [T,I]

20975024

Llanes R. Glicada para el diagnóstico de la diabetes, ¿un estándar universal? Aten Primaria. 2010; 42: 571-576 [R,II] 20378203

Kell MR. Magnetic resonance mammography. BMJ. 2010; 341: c5513 [AO,I]

20966020

Blankstein R, Devore AD. Selecting a noninvasive imaging study after an inconclusive exercise test. Circulation. 2010; 122: 1514-1518 [AO,I]

20937987

Velagaleti RS, Gona P, Larson MG, Wang TJ, Levy D, Benjamin EJ, et al. Multimarker approach for the prediction of heart failure incidence in the community. Circulation. 2010; 122: 1700-1706 [T,II]

20937976

Olson DE, Rhee MK, Herrick K, Ziemer DC, Twombly JG, Phillips LS. Screening for diabetes and pre-diabetes with proposed A1C-based diagnostic criteria. Diabetes Care. 2010; 33:2184-2189 [T,II]

20639452

Navarro F, Miró E, Mirelis B. Lectura interpretada del antibiograma de enterobacterias. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010; 28: 638-645 [R,I]

20579780

Ayuso C, Rimola J, Forner A. Técnicas de imagen en el carcinoma hepatocelular: diagnóstico, extensión y evaluación de la respuesta terapéutica. Gastroenterol Hepatol. 2010; 33: 721-726 [R,I] 20447736

Brenner H, Tao S, Haug U. Low-dose aspirin use and performance of immunochemical fecal occult blood tests. JAMA. 2010; 304: 2513-2520 [CC,I]

21139112

Anguita M, Esteban F, Castillo JC, Mazuelos F, López-Granados A, Arizón JM, et al. Utilidad de los valores del péptido natriurético cerebral frente al control clínico habitual para la monitorización del tratamiento en pacientes con insuficiencia cardiaca. Med Clin (Barc). 2010; 135: 435-440 [EC,I]

20673678

Bayes-Genis A. Péptidos natriuréticos: ¿nuevas indicaciones? Med Clin (Barc). 2010; 135: 450-451 [AO,I]

Gort AM, Mingot M, March J, Gómez X, Soler T, Nicolás F. Utilidad de la escala de Zarit reducida en demencias. Med Clin (Barc). 2010; 135: 447-449 [S,I]

20637482

Matchar DB, Jacobson A, Dolor R, Edson R, Uyeda L, Phibbs CS, et al; THINRS Executive Committee and Site Investigators. Effect of home testing of international normalized ratio on clinical events. N Engl J Med. 2010; 363: 1608-1620 [EC,I] 20961244

#### INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Lowe AJ, Carlin JB, Bennett CM, Hosking CS, Allen KJ, Robertson CF, et al. Paracetamol use in early life and asthma: prospective birth cohort study. BMJ. 2010; 341: c4616 [S,I] 20843914

Paneth N. Apgar score and risk of cerebral palsy. BMJ. 2010; 341: c5175 [AO,I] 20929921

Lawlor DA, Benfield L, Logue J, Tilling K, Howe LD, Fraser A, et al. Association between general and central adiposity in childhood, and change in these, with cardiovascular risk factors in adolescence: prospective cohort study. BMJ. 2010; 341: c6224 [S,I]

21109577

Dubicka B, Elvins R, Roberts C, Chick G, Wilkinson P, Goodyer IM. Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2010; 197: 433-440 [M,II]

21119148

Kleinman ME, de Caen AR, Chameides L, Atkins DL, Berg RA, Berg MD, et al; Pediatric Basic and Advanced Life Support Chapter Collaborators. Part 10: pediatric basic and advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S466-S515 [M,II]

20956258

Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Atkins DL, Chameides L, Goldsmith JP, et al; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Part 11: neonatal resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S516-S538 [M,II] 20956259

Macdonald N, Stanbrook M, Hébert PC. "Caffeinating" children and youth. CMAJ. 2010; 182: 1597 [AO,I] 20660575

Falaschetti E, Hingorani AD, Jones A, Charakida M, Finer N, Whincup P, et al. Adiposity and cardiovascular risk factors in a large contemporary population of pre-pubertal children. Eur Heart J. 2010; 31: 3063-3072. [T,II]

López-Amorós M, Schiaffino A, Moncada A, Pérez G. Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. Gac Sanit. 2010; 24: 404-409 [T,I]

20880611

Makrides M, Gibson RA, McPhee AJ, Yelland L, Quinlivan J, Ryan P; DOMInO Investigative Team Effect of DHA supplementation during pregnancy on maternal depression and neurodevelopment of young children: a randomized controlled trial. JAMA. 2010; 304: 1675-1683 [EC,I]

20959577

Korver AM, Konings S, Dekker FW, Beers M, Wever CC, Frijns JH, et al; DECIBEL Collaborative Study Group. Newborn hearing screening vs later hearing screening and developmental outcomes in children with permanent childhood hearing impairment. JAMA. 2010; 304: 1701-1708 [S,I]

20959580

The NS, Suchindran C, North KE, Popkin BM, Gordon-Larsen P. Association of adolescent obesity with risk of severe obesity in adulthood. JAMA. 2010; 304: 2042-2047 [S,I] 21063014

Fowler RA, Jouvet P. Paediatric mortality related to H1N1 infection in England. Lancet. 2010; 376: 1808-1810 [AO,I] 21030070

Sachedina N, Donaldson LJ. Paediatric mortality related to pandemic influenza A H1N1 infection in England: an observational population-based study. Lancet. 2010; 376: 1846-1852 [T,I]

21030071

López L, Audisio Y, Berra S. Efectividad de las intervenciones de base poblacional dirigidas a la prevención del sobrepeso en la población infantil y adolescente. Med Clin (Barc). 2010; 135: 462-469 [M,II]

19748633

Nuorti JP, Whitney CG; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of pneumococcal disease among infants and children - use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine - recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2010; 59(RR-11): 1-18 [M,III]

21150868

Lallemant M, Jourdain G. Preventing mother-to-child transmission of HIV—protecting this generation and the next. N Engl J Med. 2010; 363: 1570-1572 [AO,I]

20942674

Pasternak B, Hviid A. Use of proton-pump inhibitors in early pregnancy and the risk of birth defects. N Engl J Med. 2010; 363: 2114-2123 [S,II]

21105793

Mitchell AA. Proton-pump inhibitors and birth defects--some reassurance, but more needed. N Engl J Med. 2010; 363: 2161-2163 [AO,I]

21105800

Sola K, Brekke N, Brekke M. An activity-based intervention for obese and physically inactive children organized in primary care: feasibility and impact on fitness and BMI A one-year follow-up study. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 199-204 [S,I]

20831452

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

Moynihan R. Merging of marketing and medical science: female sexual dysfunction. BMJ. 2010; 341:c5050 [AO,I] 20884702

Knight M, Sullivan EA. Variation in caesarean delivery rates. BMJ. 2010; 341: c5255 [AO,I] 20926492

Goldbeck-Wood S. Commentary: Female sexual dysfunction is a real but complex problem. BMJ. 2010; 341: c5336 [AO,I] 20884703

Nulman I. Carbamazepine in pregnancy. BMJ. 2010; 341: c6582 [AO,I]

21127117

Brisson D, Perron P, Guay SP, Gaudet D, Bouchard L. The "hypertriglyceridemic waist" phenotype and glucose intolerance in pregnancy. CMAJ. 2010; 182: E722-E725 [T,I] 20855478

Bomback AS, Rekhtman Y, Whaley-Connell AT, Kshirsagar AV, Sowers JR, Chen SC, et al. Gestational diabetes mellitus alone in the absence of subsequent diabetes is associated with microalbuminuria: results from the Kidney Early Evaluation Program (KEEP). Diabetes Care. 2010; 33: 2586-2591 [T,I] 20807871

MacGregor EA. Prevention and treatment of menstrual migraine. Drugs. 2010; 70: 1799-1818 [R,I] 20836574

Makrides M, Gibson RA, McPhee AJ, Yelland L, Quinlivan J, Ryan P; DOMInO Investigative Team Effect of DHA supplementation during pregnancy on maternal depression and neurodevelopment of young children: a randomized controlled trial. JAMA. 2010; 304: 1675-1683 [EC,I] 20959577

Chlebowski RT, Anderson GL, Gass M, Lane DS, Aragaki AK, Kuller LH, et al; WHI Investigators. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. JAMA. 2010; 304: 1684-1692 [EC,II] 20959578

Oken E, Belfort MB. Fish, fish oil, and pregnancy. JAMA. 2010; 304: 1717-1718 [AO,I] 20959585

Bach PB. Postmenopausal hormone therapy and breast cancer: an uncertain trade-off. JAMA. 2010; 304: 1719-1720 [AO,II] 20959586

Niebyl JR. Clinical practice. Nausea and vomiting in pregnancy. N Engl J Med. 2010; 363: 1544-1550 [R,I] 20942670

Pasternak B, Hviid A. Use of proton-pump inhibitors in early pregnancy and the risk of birth defects. N Engl J Med. 2010; 363: 2114-2123 [S,II] 21105793

Mitchell AA. Proton-pump inhibitors and birth defects--some reassurance, but more needed. N Engl J Med. 2010; 363: 2161-2163 [AO,I] 21105800

## ANCIANOS

Hyde Z, Flicker L, Hankey GJ, Almeida OP, McCaul KA, Chubb SA, et al. Prevalence of sexual activity and associated factors in men aged 75 to 95 years: a cohort study. Ann Intern Med. 2010; 153: 693-702 [S,I]

21135292

Leipzig RM, Whitlock EP, Wolff TA, Barton MB, Michael YL, Harris R, et al; for the U.S. Preventive Services Task Force Geriatric Workgroup. Reconsidering the approach to prevention recommendations for older adults. Ann Intern Med. 2010; 153: 809-814 [AO,II]

21173415

Michael YL, Whitlock EP, Lin JS, Fu R, O'Connor EA, Gold R. Primary care-relevant interventions to prevent falling in older adults: a systematic evidence review for the u.s.. Preventive services task force. Ann Intern Med 2010; 153: 815-825 [M,II]

21173416

Tinetti ME. Making prevention recommendations relevant for an aging population. Ann Intern Med. 2010; 153: 843-844 [AO,I]

21173418

Martínez-García MÁ, Amilibia J, Chiner E, Queipo C, Díaz de Atauri MJ, Carmona-Bernal C, et al. Apnea del sueño en individuos de edad avanzada. Actividad asistencial (2002–2008) en España. Arch Bronconeumol. 2010; 46: 502-507 [T,I]

20678851

Korpelainen R, Keinänen-Kiukaanniemi S, Nieminen P, Heikkinen J, Väänänen K, Korpelainen J. Long-term outcomes of exercise: follow-up of a randomized trial in older women with osteopenia. Arch Intern Med. 2010; 170: 1548-1556 [S,I]

20876406

Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. Arch Intern Med. 2010; 170: 1648-1654 [S,II]

20937924

Wenger NS, Roth CP, Hall WJ, Ganz DA, Snow V, Byrkit J, et al. Practice redesign to improve care for falls and urinary incontinence: primary care intervention for older patients. Arch Intern Med. 2010; 170: 1765-1772 [EC,I]

20975026

Solomon DH, Rassen JA, Glynn RJ, Lee J, Levin R, Schneeweiss S. The comparative safety of analgesics in older adults with arthritis. Arch Intern Med. 2010; 170: 1968-1976 [T,I] 21149752

Solomon DH, Rassen JA, Glynn RJ, Garneau K, Levin R, Lee J, et al. The comparative safety of opioids for nonmalignant pain in older adults. Arch Intern Med. 2010; 170: 1979-1986 [S,I] 21149754

Castell MV, Otero A, Sanchez MT, Garrido A, Gonzalez JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. Aten Primaria. 2010; 42: 520– 527 [T,I]

Richards M, Brayne C. What do we mean by Alzheimer's disease? BMJ. 2010; 341: c4670 [R,I] 20940218

Mishra NK, Ahmed N, Andersen G, Egido JA, Lindsberg PJ, Ringleb PA, et al; VISTA collaborators; SITS collaborators. Thrombolysis in very elderly people: controlled comparison of SITS International Stroke Thrombolysis Registry and Virtual International Stroke Trials Archive. BMJ. 2010; 341:c6046 [T,I]

21098614

Klug G, Hermann G, Fuchs-Nieder B, Panzer M, Haider-Stipacek A, Zapotoczky HG, et al. Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2010; 197: 463-467 [EC,II] 21119152

Parraga I, Navarro B, Andres F, Denia JN, Elicegui RP, Lopez-Torres J. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. Gac Sanit. 2010; 24: 453-459 [T,I]

Avorn J. Medication use in older patients: better policy could encourage better practice. JAMA. 2010; 304: 1606-1607 [AO,I] 20940388

Gill TM, Allore HG, Gahbauer EA, Murphy TE. Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. JAMA. 2010; 304: 1919-1928 [S,I] 21045098

Boult C, Wieland GD. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: "Nobody rushes you through". JAMA. 2010; 304: 1936-1943 [R,II] 21045100

Yaffe K. Treatment of Alzheimer disease and prognosis of dementia: time to translate research to results. JAMA. 2010; 304:1952-1953 [AO,I]

21045105

Winker MA. Themes of aging: preserving function, improving care. JAMA. 2010; 304: 1954-1955 [AO,I] 21045106

Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. Med Clin(Barc). 2010; 135: 713-719 [R,II] 19592045

Rytter L, Jakobsen HN, Rønholt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A, et al. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 146-153 [EC,I]

#### URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Lam LL, Cameron PA, Schneider HG, Abramson MJ, Müller C, Krum H. Meta-analysis: effect of B-type natriuretic peptide testing on clinical outcomes in patients with acute dyspnea in the emergency setting. Ann Intern Med. 2010; 153: 728-735 [M,II] 21135296

Caballero A. Conferencia ILCOR 2010: el proceso hacia unas nuevas guías de resucitación cardiopulmonar. Aten Primaria. 2010; 42: 493-495 [AO,I]

20673691

20429738

Morley P. New international guidelines on resuscitation. BMJ. 2010; 341: c6051 [AO,I] 20980380

Jollis JG. Moving care forward: prehospital emergency cardiac systems. Circulation. 2010; 122: 1443-1445 [AO,I] 20876431

Hazinski MF, Nolan JP, Billi JE, Böttiger BW, Bossaert L, de Caen AR, et al. Part 1: executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S250-S275 [M,II]

20956249

Sayre MR, Koster RW, Botha M, Cave DM, Cudnik MT, Handley AJ, et al; Adult Basic Life Support Chapter Collaborators. Part 5: adult basic life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S298-S324 [M,II]

20956253

Jacobs I, Sunde K, Deakin CD, Hazinski MF, Kerber RE, Koster RW, et al; Defibrillation Chapter Collaborators. Part 6: defibrillation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S325-S337 [M,II]

20956254

Morrison LJ, Deakin CD, Morley PT, Callaway CW, Kerber RE, Kronick SL, et al; Advanced Life Support Chapter Collaborators. Part 8: advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S345-S421 [M,II]

20956256

O'Connor RE, Bossaert L, Arntz HR, Brooks SC, Diercks D, Feitosa-Filho G, Nolan JP, Vanden Hoek TL, Walters DL, Wong A, Welsford M, Woolfrey K; Acute Coronary Syndrome Chapter Collaborators. Part 9: acute coronary syndromes: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S422-S465 [M,II]

20956257

Kleinman ME, de Caen AR, Chameides L, Atkins DL, Berg RA, Berg MD, et al; Pediatric Basic and Advanced Life Support Chapter Collaborators. Part 10: pediatric basic and advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S466-S515 [M,II]

20956258

Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Atkins DL, Chameides L, Goldsmith JP, et al; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Part 11: neonatal resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S516-S538 [M,II]

20956259

Markenson D, Ferguson JD, Chameides L, Cassan P, Chung KL, Epstein JL, et al; First Aid Chapter Collaborators. Part 13: first aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross International Consensus on First Aid Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010; 122: S582-S605 [M,II]

20956261

Cone DC. Compression-only CPR: pushing the science forward. JAMA. 2010; 304: 1493-1495 [AO,I] 20924019 Hüpfl M, Selig HF, Nagele P. Chest-compression-only versus standard cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. Lancet. 2010; 376: 1552-1557 [M,II] 20951422

Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A; en representación del Consenso sobre Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica. Primer consenso español sobre el tratamiento de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. Med Clin(Barc). 2010; 135: 608-616 [M,II]

20846695

Tudela P, Lacoma A, Prat C, Mòdol JM, Giménez M, Barallat J, et al. Predicción de bacteriemia en los pacientes con sospecha de infección en urgencias. Med Clin(Barc). 2010; 135: 685-690 [T,I]

20557905

- **TERAPÉUTICA**: Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.
- Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. Arch Intern Med. 2010; 170: 1648-1654 [S,II]

20937924

- Shehab N, Sperling LS, Kegler SR, Budnitz DS. National estimates of emergency department visits for hemorrhage-related adverse events from clopidogrel plus aspirin and from warfarin. Arch Intern Med. 2010; 170: 1926-1933 [T,I] 21098354
- Solomon DH, Rassen JA, Glynn RJ, Lee J, Levin R, Schneeweiss S. The comparative safety of analgesics in older adults with arthritis. Arch Intern Med. 2010; 170: 1968-1976 [T,I] 21149752
- Solomon DH, Rassen JA, Glynn RJ, Garneau K, Levin R, Lee J, et al. The comparative safety of opioids for nonmalignant pain in older adults. Arch Intern Med. 2010; 170: 1979-1986 [S,I] 21149754
- Bolk N, Visser TJ, Nijman J, Jongste IJ, Tijssen JG, Berghout A. Effects of evening vs morning levothyroxine intake: a randomized double-blind crossover trial. Arch Intern Med. 2010; 170: 1996-2003 [EC,I]

21149757

Lunt M, Watson KD, Dixon WG; British Society for Rheumatology Biologics Register Control Centre Consortium, Symmons DP, Hyrich KL; British Society for Rheumatology Biologics Register. No evidence of association between anti-tumor necrosis factor treatment and mortality in patients with rheumatoid arthritis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. Arthritis Rheum. 2010; 62: 3145-3153 [S,I]

20662063

- Raju NC, Hankey GJ. Dabigatran etexilate in people with atrial fibrillation. BMJ. 2010; 341: c3784 [AO,I] 20671015
- Lowe AJ, Carlin JB, Bennett CM, Hosking CS, Allen KJ, Robertson CF, et al. Paracetamol use in early life and asthma: prospective birth cohort study. BMJ. 2010; 341: c4616 [S,I] 20843914

Wandel S, Jüni P, Tendal B, Nüesch E, Villiger PM, Welton NJ, et al. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis. BMJ. 2010; 341: c4675 [M,II]

20847017

- Eyding D, Lelgemann M, Grouven U, Härter M, Kromp M, Kaiser T, et al. Reboxetine for acute treatment of major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials. BMJ. 2010; 341: c4737 [M,I] 20940209
- Jackson JL, Shimeall W, Sessums L, Dezee KJ, Becher D, Diemer M, et al. Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2010; 341: c5222 [M,II] 20961988
- Holroyd KA, Bendtsen L. Tricyclic antidepressants for migraine and tension-type headaches. BMJ. 2010; 341: c5250 [AO,I] 20961989
- Magin P, Sullivan J. Suicide attempts in people taking isotretinoin for acne. BMJ. 2010; 341: c5866 [R,I] 21071485
- Lamont T, Cousins D, Rosario C. Safer treatment doses for low molecular weight heparins: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. BMJ. 2010; 341: c5884 [R,I] 21045026
- Derex L. Intravenous thrombolysis for stroke. BMJ. 2010; 341: c5891 [AO,I] 21098612
- Mishra NK, Ahmed N, Andersen G, Egido JA, Lindsberg PJ, Ringleb PA, et al; VISTA collaborators; SITS collaborators. Thrombolysis in very elderly people: controlled comparison of SITS International Stroke Thrombolysis Registry and Virtual International Stroke Trials Archive. BMJ. 2010; 341: c6046 [T,I] 21098614
- Ferner RE, Hughes DA. The problem of orphan drugs. BMJ. 2010; 341: c6456 [AO,I] 21081597
- Fagerström K, Gilljam H, Metcalfe M, Tonstad S, Messig M.
   Stopping smokeless tobacco with varenicline: randomised double blind placebo controlled trial. BMJ. 2010; 341: c6549 [EC,I]
   21134997
- Nulman I. Carbamazepine in pregnancy. BMJ. 2010; 341: c6582 [AO,I] 21127117

Lancaster T, Stead L. Drug treatment for users of smokeless tobacco. BMJ. 2010; 341: c6598 [AO,I] 21134998

Claridge LC, Eksteen B, Smith A, Shah T, Holt AP. Acute liver failure after administration of paracetamol at the maximum recommended daily dose in adults. BMJ. 2010; 341: c6764 [T,I] 21127120

McQuay HJ. More evidence cannabis can help in neuropathic pain. CMAJ. 2010; 182: 1494-1495 [AO,I] 20805209 Ware MA, Wang T, Shapiro S, Robinson A, Ducruet T, Huynh T, et al. Smoked cannabis for chronic neuropathic pain: a randomized controlled trial. CMAJ. 2010; 182: E694-E701 [EC,I]

20805210

White WB, Campbell P. Blood pressure destabilization on nonsteroidal antiinflammatory agents: acetaminophen exposed? Circulation. 2010; 122: 1779-1781 [AO,II] 20956214

Sudano I, Flammer AJ, Périat D, Enseleit F, Hermann M, Wolfrum M, et al. Acetaminophen increases blood pressure in patients with coronary artery disease. Circulation. 2010; 122: 1789-1796 [EC,II]

20956208

Massin P, Bandello F, Garweg JG, Hansen LL, Harding SP, Larsen M, et al. Safety and efficacy of ranibizumab in diabetic macular edema (RESOLVE Study): a 12-month, randomized, controlled, double-masked, multicenter phase II study. Diabetes Care. 2010; 33: 2399-2405 [EC,II]

20980427

Kivimäki M, Hamer M, Batty GD, Geddes JR, Tabak AG, Pentti J, et al. Antidepressant medication use, weight gain, and risk of type 2 diabetes: a population-based study. Diabetes Care. 2010; 33: 2611-2616 [S,I]

20823343

McCormack PL. Capsaicin dermal patch: in non-diabetic peripheral neuropathic pain. Drugs. 2010; 70: 1831-1842 [R,I] 20836576

Derosa G. Efficacy and tolerability of pioglitazone in patients with type 2 diabetes mellitus: comparison with other oral antihyperglycaemic agents. Drugs. 2010; 70: 1945-1961 [R,I]

20883052

Duggan ST, Chwieduk CM, Curran MP. Aliskiren: a review of its use as monotherapy and as combination therapy in the management of hypertension. Drugs. 2010; 70: 2011-2049 [R,I]

20883056

Scott LJ. Alogliptin: a review of its use in the management of type 2 diabetes mellitus. Drugs. 2010; 70: 2051-2072 [R,I] 20883057

Keating GM. Vildagliptin: a review of its use in type 2 diabetes mellitus. Drugs. 2010; 70: 2089-2112 [R,I] 20964454

Subissi A, Monti D, Togni G, Mailland F. Ciclopirox: recent nonclinical and clinical data relevant to its use as a topical antimycotic agent. Drugs. 2010; 70: 2133-2152 [R,I] 20964457

Ginsberg AM. Drugs in development for tuberculosis. Drugs. 2010; 70: 2201-2214 [R,I] 21080738

Sadeghi R, Ondo WG. Pharmacological management of essential tremor. Drugs. 2010; 70: 2215-2228 [R,I]

Croxtall JD, McKeage K. Trastuzumab: in HER2-positive metastatic gastric cancer. Drugs. 2010; 70: 2259-2267 [R,I] 21080742

Moen MD. Indacaterol: in chronic obstructive pulmonary disease.

Drugs. 2010; 70: 2269-2280 [AO,I]

Chwieduk CM, McKeage K. Fentanyl sublingual: in breakthrough pain in opioid-tolerant adults with cancer. Drugs. 2010; 70: 2281-2288 [R,I]

21080744

Frampton JE. Olanzapine long-acting injection: a review of its use in the treatment of schizophrenia. Drugs. 2010; 70: 2289-2313 [R,I]

21080745

Karst M, Wippermann S, Ahrens J. Role of cannabinoids in the treatment of pain and (painful) spasticity. Drugs. 2010; 70: 2409-2438 [R,I]

21142261

McCormack PL, Joura EA. Quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine (Gardasil®): a review of its use in the prevention of premalignant genital lesions, genital cancer and genital warts in women. Drugs. 2010; 70: 2449-2474 [R,II]

21142263

Biasucci LM, Porto I. Has atorvastatin more than a DUAAL face? Eur Heart J. 2010; 31: 2567-2568 [AO,I] 20616096

Deanfield JE, Sellier P, Thaulow E, Bultas J, Yunis C, Shi H, et al. Potent anti-ischaemic effects of statins in chronic stable angina: incremental benefit beyond lipid lowering? Eur Heart J. 2010; 31: 2650-2659 [EC,I]

20494902

Nordestgaard BG, Chapman MJ, Ray K, Borén J, Andreotti F, Watts GF, et al; for the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Lipoprotein (a) as a cardiovascular risk factor: current status. Eur Heart J. 2010; 31: 2844-2853 [T,II] 20965889

Heerspink HJ, Ninomiya T, Perkovic V, Woodward M, Zoungas S, et al; for the ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease. Eur Heart J. 2010; 31: 2888-2896 [EC,I]

20501479

Kermen R, Hickner J, Brody H, Hasham I. Family physicians believe the placebo effect is therapeutic but often use real drugs as placebos. Fam Med. 2010; 42: 636-642 [T,I] 20927672

Azagra MJ, Echauri M, Pérez-Jarauta MJ, Marín P. Financiación pública de los fármacos para dejar de fumar: utilización y coste en Navarra (1995–2007) Gac Sanit. 2010; 24: 428-430 [T,I] 20619509

Sicras A, Navarro R. Influencia de la sustitución de medicamentos de marca por genéricos en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial y la dislipidemia. Gac Sanit. 2010; 24: 473-482 [QE,I]

Serra J. Levosulpirida en el manejo de la dispepsia funcional y la gastroparesia. Gastroenterol Hepatol. 2010; 33: 586-590 [AO,I] 20850200

Mearin F, Balboa A, Castells A, Domínguez JE, Esteve M, García-Erce JA et al. Anemia ferropénica y uso de hierro endovenoso en patología digestiva. Gastroenterol Hepatol. 2010; 33: 605-613 [R,I]

20850906

Bardou M, Barkun A, Martel M. Effect of statin therapy on colorectal cancer. Gut. 2010; 59: 1572-1585 [R,I]

- Alejandre G, Moreno F. Corticosteroides tópicos. Inf Ter Sist Nac Salud. 2010: 34; 83-88 [R,I]
- Garcia A, Hernandez C, Avendaño C. Regulación de los medicamentos genéricos: evidencias y mitos. Inf Ter Sist Nac Salud. 2010: 34; 71-82 [R,I]
- Ling W, Casadonte P, Bigelow G, Kampman KM, Patkar A, Bailey GL, et al. Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. JAMA. 2010; 304: 1576-1583 [EC,I]

20940383

- Avorn J. Medication use in older patients: better policy could encourage better practice. JAMA. 2010; 304: 1606-1607 [AO,I] 20940388
- O'Connor PG. Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges. JAMA. 2010; 304: 1612-1614 [AO,I] 20940391
- Chlebowski RT, Anderson GL, Gass M, Lane DS, Aragaki AK, Kuller LH, et al; WHI Investigators. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. JAMA. 2010; 304: 1684-1692 [EC,II] 20959578
- Bach PB. Postmenopausal hormone therapy and breast cancer: an uncertain trade-off. JAMA. 2010; 304: 1719-1720 [AO,II]

20959586

- Chi BH, Stringer JS. Mobile phones to improve HIV treatment adherence. Lancet. 2010; 376: 1807-1808 [AO,I] 21071073
- Bader T. Liver tests are irrelevant when prescribing statins. Lancet. 2010; 376: 1882-1883 [AO,I] 21109303
- Esler MD, Krum H, Sobotka PA, Schlaich MP, Schmieder RE, Böhm M; Symplicity HTN-2 Investigators. Renal sympathetic denervation in patients with treatment-resistant hypertension (The Symplicity HTN-2 Trial): a randomised controlled trial. Lancet. 2010; 376: 1903-1909 [EC,I] 21093036

New obesity pill: new hopes, old fears. Lancet. 2010; 376: 2042 [AO,I] 21168038

Espinosa J, Gomez-Batiste X, Picaza JM, Limon E. Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. Med

Clin (Barc). 2010; 135: 470-475 [R,I]

Cabedo VR, Garcés CR, Cortes A, Oteo JT, Ballester FJ. Eficacia de la utilización correcta de los dispositivos de inhalación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: ensayo clínico aleatorizado. Med Clin (Barc). 2010; 135: 586-591 [EC,I]

20955872

González-Barboteo J, Trelis-Navarro J, Tuca-Rodríguez A, Gómez-Batiste X. Rotación de opioides: una alternativa en el tratamiento del dolor refractario en pacientes con cáncer. Med Clin (Barc). 2010; 135: 617-622 [R,I]

Woodcock J, Sharfstein JM, Hamburg M. Regulatory action on rosiglitazone by the U.S. Food and Drug Administration. N Engl J Med. 2010; 363: 1489-1491 [AO,II]

Lane NE, Schnitzer TJ, Birbara CA, Mokhtarani M, Shelton DL, Smith MD, et al. Tanezumab for the treatment of pain from osteoarthritis of the knee. N Engl J Med. 2010; 363: 1521-1531 [EC,I] 20942668

Wood JN. Nerve growth factor and pain. N Engl J Med. 2010; 363: 1572-1573 [AO,I]

20942675

Folk JC, Stone EM. Ranibizumab therapy for neovascular agerelated macular degeneration. N Engl J Med. 2010; 363: 1648-1655 [R,I]

20961248

Peters SP, Kunselman SJ, Icitovic N, Moore WC, Pascual R, Ameredes BT, et al; National Heart, Lung, and Blood Institute Asthma Clinical Research Network. Tiotropium bromide step-up therapy for adults with uncontrolled asthma. N Engl J Med. 2010; 363: 1715-1726 [EC,I]

20979471

Bhatt DL, Cryer BL, Contant CF, Cohen M, Lanas A, Schnitzer TJ, et al; COGENT Investigators. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary artery disease. N Engl J Med. 2010; 363: 1909-1917 [EC,II]

20925534

Pasternak B, Hviid A. Use of proton-pump inhibitors in early pregnancy and the risk of birth defects. N Engl J Med. 2010; 363: 2114-2123 [S,II]

21105793

Mitchell AA. Proton-pump inhibitors and birth defects--some reassurance, but more needed. N Engl J Med. 2010; 363: 2161-2163 [AO,I]

21105800

Twardowski ZJ, Misra M. "Daily" dialysis--lessons from a randomized, controlled trial. N Engl J Med. 2010; 363: 2363-2364 [AO,I]

21091061

Tang AS, Wells GA, Talajic M, Arnold MO, Sheldon R, Connolly S, et al; Resynchronization-Defibrillation for Ambulatory Heart Failure Trial Investigators. Cardiac-resynchronization therapy for mild-to-moderate heart failure. N Engl J Med. 2010; 363: 2385-2395 [EC,I]

21073365

Andreotti F, Pafundi T. Los nuevos anticoagulantes y el futuro de la cardiología. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1223-1229 [AO,II] 21070716

Branch WT, Higgins S. Inercia clínica: la dificultad de superarla. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1399-1401 [AO,I] 21144399

Lázaro P, Murga N, Aguilar D, Hernández-Presa MA. Inercia terapéutica en el manejo extrahospitalario de la dislipemia

en pacientes con cardiopatía isquémica. Estudio Inercia. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1428-1437 [T,I] 21144403

#### ENTREVISTA CLINICA

Noordman J, Verhaak P, van Beljouw I, van Dulmen S. Consulting room computers and their effect on general practitionerpatient communication. Fam Pract. 2010; 27: 644-651 [T,I] 20660530

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

Cook DA, Erwin PJ, Triola MM. Computerized virtual patients in health professions education: a systematic review and meta-analysis. Acad Med. 2010; 85: 1589-1602 [M,I] 20703150

Paniagua D, Perula LA, Ruiz R, Gavilan E. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. Aten Primaria. 2010; 42: 514-519 [T,I]

Sandars J. Continuing medical education across Europe. BMJ. 2010; 341: c5214 [AO,I]

20870701

Salisbury C, Wallace M, Montgomery AA. Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. BMJ. 2010; 341: c5004 [T,II] 20940212

Yang L, Sahlqvist S, McMinn A, Griffin SJ, Ogilvie D. Interventions to promote cycling: systematic review. BMJ. 2010; 341: c5293 [M,I]

20959282

Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. Lancet. 2010; 376: 1261-1271 [R,II]

20933263

Ruiz V, Cabello JB. Clubes de lectura en el siglo xxi. Med Clin (Barc). 2010; 135: 556-560 [R,I]

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

Davis K. Commentary: What happens when a combined entity is lesser than the sum of its parts? Acad Med. 2010; 85: 1815-1816 [AO,I]

20856098

Grossman RI, Berne R. Commentary: Less is better: lessons from the New York University-Mount Sinai merger. Acad Med. 2010; 85: 1817-1818 [AO,I]

20856097

Wartman SA. Commentary: Academic health centers: the compelling need for recalibration. Acad Med. 2010; 85: 1821-1822 [AO,I]

21107031

Zink T, Power DV, Finstad D, Brooks KD. Is there equivalency between students in a longitudinal, rural clerkship and a

traditional urban-based program? Fam Med. 2010; 42: 702-706 [T,I] 21061201

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Bellón JÁ. Grandes bases de datos poblacionales para la investigación en atención primaria: «jugamos con ventaja». Aten Primaria. 2010; 42: 549-551 [AO,I] 20828879

 $Lilford\ RJ,\ Chilton\ PJ,\ Hemming\ K,\ Girling\ AJ,\ Taylor\ CA,\ Barach$ P. Evaluating policy and service interventions: framework to guide selection and interpretation of study end points. BMJ. 2010; 341: c4413 [R,II]

20802000

Groves T. Is open peer review the fairest system? Yes. BMJ. 2010; 341: c6424 [AO,I] 21081602

Khan K. Is open peer review the fairest system? No. BMJ. 2010; 341: c6425 [AO,I] 21081603

Jelercic S, Lingard H, Spiegel W, Pichlhöfer O, Maier M. Assessment of publication output in the field of general practice and family medicine and by general practitioners and general practice institutions. Fam Pract. 2010; 27: 582-589 [T,II] 20554654

Fletcher K, Mant J, Roalfe A, Hobbs F. Impact of study design on recruitment of patients to a primary care trial: an observational time series analysis of the birmingham atrial fibrillation treatment of the aged (BAFTA) study. Fam Pract. 2010; 27: 691-697 [T,I]

20610490

Gomez A, Magan P, Perez Fj, Pastor A ¿Qué pretenden estimar los estudios de pronóstico? Revisión de la metodología en la investigación pronóstica. Med Clin (Barc). 2010; 135: 456-461 [T,I]

Moher D, Liberati A. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: la responsabilidad de los autores, revisores, editores y patrocinadores. Med Clin (Barc). 2010; 135: 505-506 [AO,I]

Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Med Clin (Barc). 2010; 135: 507-511 [R,I]

Ruiz V, Cabello JB. Clubes de lectura en el siglo xxi. Med Clin (Barc). 2010; 135: 556-560 [R,I]

Baerheim A. Limits of medical research - some considerations. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 197-198 [AO,I] 21080839

#### **PREVENCIÓN**

Chou R, Dana T. Screening adults for bladder cancer: a review of the evidence for the U.S. preventive services task force. Ann Intern Med. 2010; 153: 461-468 [M,II]

Taheri S, Mignot E. Sleep well and stay slim: dream or reality? Ann Intern Med. 2010; 153: 475-476 [AO,I] 20921547

The CLOTS (Clots in Legs Or sTockings after Stroke) Trial Collaboration. Thigh-length versus below-knee stockings for deep venous thrombosis prophylaxis after stroke: a randomized trial. Ann Intern Med. 2010; 153: 553-562 [EC,I]

20855784

Kearon C, O'Donnell M. Should patients with stroke wear compression stockings to prevent venous thromboembolism? Ann Intern Med. 2010; 153:610-611 [R,I]

Lin JS, O'Connor E, Whitlock EP, Beil TL. Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: a systematic review for the u.s. Preventive services task force. Ann Intern Med. 2010; 153: 736-750 [M,II]

21135297

Leipzig RM, Whitlock EP, Wolff TA, Barton MB, Michael YL, Harris R, et al; for the U.S. Preventive Services Task Force Geriatric Workgroup. Reconsidering the approach to prevention recommendations for older adults. Ann Intern Med. 2010; 153: 809-814 [AO,II]

21173415

Michael YL, Whitlock EP, Lin JS, Fu R, O'Connor EA, Gold R. Primary care-relevant interventions to prevent falling in older adults: a systematic evidence review for the u.s. Preventive services task force. Ann Intern Med. 2010; 153: 815-825 [M,II]

21173416

Tinetti ME. Making prevention recommendations relevant for an aging population. Ann Intern Med. 2010; 153: 843-844 [AO,I]

21173418

Soriano JB, Miravitlles M, Borderías L, Duran-Tauleria E, García F, Martínez J, et al. Diferencias geográficas en la prevalencia de EPOC en España: relación con hábito tabáquico, tasas de mortalidad y otros determinantes. Arch Bronconeumol. 2010; 46: 522-530 [T,II]

20832926

Korpelainen R, Keinänen-Kiukaanniemi S, Nieminen P, Heikkinen J, Väänänen K, Korpelainen J. Long-term outcomes of exercise: follow-up of a randomized trial in older women with osteopenia. Arch Intern Med. 2010; 170: 1548-1556 [S,I]

20876406

Look AHEAD Research Group, Wing RR. Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus: four-year results of the Look AHEAD trial. Arch Intern Med. 2010; 170: 1566-1575 [EC,II]

20876408

Deedwania PC. Risk of diabetes and cardiovascular disease: best to return back to the basics: comment on "Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus". Arch Intern Med. 2010; 170: 1575-1577 [AO,II]

20876409

Clarke R, Halsey J, Lewington S, Lonn E, Armitage J, Manson JE, et al; B-Vitamin Treatment Trialists' Collaboration. Effects of lowering homocysteine levels with B vitamins on cardiovascular disease, cancer, and cause-specific mortality: Meta-analysis of 8 randomized trials involving

37 485 individuals. Arch Intern Med. 2010; 170: 1622-1631 [M,II]

20937919

McTiernan A. Physical activity, weight, diet, and breast cancer risk reduction; comment on "physical activity and risk of breast cancer among postmenopausal women". Arch Intern Med. 2010; 170: 1792-1793 [AO,I]

21059970

Marcus GM. Predicting incident atrial fibrillation: an important step toward primary prevention. Arch Intern Med. 2010; 170: 1874-1875 [AO,I]

21098344

Schnabel RB, Aspelund T, Li G, Sullivan LM, Suchy-Dicey A, Harris TB, et al. Validation of an atrial fibrillation risk algorithm in whites and african americans. Arch Intern Med. 2010; 170: 1909-1917 [T,II]

21098350

Paniagua D, Perula LA, Ruiz R, Gavilan E. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. Aten Primaria. 2010; 42: 514-519 [T,I]

Gervas J. El abordaje de la pandemia de gripe A desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Aten Primaria. 2010; 42: 541-542 [AO,I]

20570014

Lilford RJ, Chilton PJ, Hemming K, Girling AJ, Taylor CA, Barach P. Evaluating policy and service interventions: framework to guide selection and interpretation of study end points. BMJ. 2010; 341: c4413 [R,II]

20802000

Holroyd KA, Cottrell CK, O'Donnell FJ, Cordingley GE, Drew JB, Carlson BW, et al. Effect of preventive (beta blocker) treatment, behavioural migraine management, or their combination on outcomes of optimised acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. BMJ. 2010; 341: c4871 [EC,I]

20880898

Bahr R. Can electrocardiographic screening prevent sudden death in athletes? No. BMJ. 2010; 341:c4914 [AO,I] 20841393

Pelliccia A, Corrado D. Can electrocardiographic screening prevent sudden death in athletes? Yes. BMJ. 2010; 341: c4923 [AO,I]

20841394

Dodick DW. Prevention of migraine. BMJ. 2010; 341: c5229 [AO,I] 20880899

Yang L, Sahlqvist S, McMinn A, Griffin SJ, Ogilvie D. Interventions to promote cycling: systematic review. BMJ. 2010; 341: c5293 [M,I]

20959282

Mutrie N, Crawford F. Promotion of cycling and health. BMJ 2010; 341: c5405 [AO,I] 20959283

Smith SK, Trevena L, Simpson JM, Barratt A, Nutbeam D, McCaffery KJ. A decision aid to support informed choices about bowel cancer screening among adults with low edu-

cation: randomised controlled trial. BMJ. 2010; 341: c5370  $\left[\mathrm{EC,I}\right]$ 

20978060

Kirkegaard H, Johnsen NF, Christensen J, Frederiksen K, Overvad K, TjÃ, nneland A. Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: a prospective Danish cohort study. BMJ. 2010; 341: c5504 [S,I] 20978063

Steele RJ, Kostourou I, McClements P, Watling C, Libby G, Weller D, et al. Effect of repeated invitations on uptake of colorectal cancer screening using faecal occult blood testing: analysis of prevalence and incidence screening. BMJ. 2010; 341: c5531 [T,I] 20980376

Schürks M, Glynn RJ, Rist PM, Tzourio C, Kurth T. Effects of vitamin E on stroke subtypes: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2010; 341: c5702 [M,I] 21051774

Kiberd B. Screening for chronic kidney disease. BMJ. 2010; 341: c5734 [AO,I] 21059725

Manns B, Hemmelgarn B, Tonelli M, Au F, Chiasson TC, Dong J, et al; on behalf of the Alberta Kidney Disease Network. Population based screening for chronic kidney disease: cost effectiveness study. BMJ. 2010; 341: c5869 [CE,I] 21059726

Coggon D, Palmer KT. Assessing fitness for work and writing a "fit note". BMJ. 2010; 341: c6305 [AO,I]

Harvey SB, Hotopf M, Overland S, Mykletun A. Physical activity and common mental disorders. Br J Psychiatry 2010; 197: 357-364 [T,I]

21037212

Mahoney EM. Targeting Patients for Statin Therapy for the Primary Prevention of Vascular Events: What is the Best Approach? Circulation. 2010; 122: 1446-1448 [AO,I] 20876432

Kokkinos P, Myers J. Exercise and physical activity: clinical outcomes and applications. Circulation. 2010; 122: 1637-1648 [R,I]

20956238

Velagaleti RS, Gona P, Larson MG, Wang TJ, Levy D, Benjamin EJ, et al. Multimarker approach for the prediction of heart failure incidence in the community. Circulation. 2010; 122: 1700-1706 [T,II]

20937976

Eckel RH. The fish oil story remains fishy. Circulation. 2010; 122: 2110-2112 [AO,I] 21060074

Van Horn L, Johnson RK, Flickinger BD, Vafiadis DK, Yin-Piazza S; on behalf of the Added Sugars

Conference Planning Group. Translation and Implementation of Added Sugars Consumption Recommendations: A Conference Report From the American Heart Association Added Sugars Conference 2010. Circulation. 2010; 122: 2470-2490 [M,II]

21060079

Gidding SS. Assembling evidence to justify prevention of atherosclerosis beginning in youth. Circulation. 2010; 122: 2493-2494 [AO.I]

21126975

Greenland P, Alpert JS, Beller GA, Benjamin EJ, Budoff MJ, Fayad ZA, et al; Writing Committee Members. 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2010; 122: 2748-2764 [M,III]

21098427

Greenland P, Alpert JS, Beller GA, Benjamin EJ, Budoff MJ, Fayad ZA, et al; Writing Committee Members. 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2010; 122: e584-e636 [M,III] 21098428

Siriwardena AN, Gwini SM, Coupland CA. Influenza vaccination, pneumococcal vaccination and risk of acute myocardial infarction: matched case-control study. CMAJ. 2010; 182: 1617-1623 [CC,II]

20855479

Skowronski DM, Hottes TS, Janjua NZ, Purych D, Sabaiduc S, Chan T, et al. Prevalence of seroprotection against the pandemic (H1N1) virus after the 2009 pandemic. CMAJ. 2010; 182: 1851-1856 [T,I]

20956500

Saaristo T, Moilanen L, Korpi-Hyövälti E, Vanhala M, Saltevo J, Niskanen L, et al. Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care: one-year follow-up of the Finnish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D). Diabetes Care. 2010; 33: 2146-2151 [S,II]

20664020

Olson DE, Rhee MK, Herrick K, Ziemer DC, Twombly JG, Phillips LS. Screening for diabetes and pre-diabetes with proposed A1C-based diagnostic criteria. Diabetes Care. 2010; 33: 2184-2189 [T,II]

20639452

Mann DM, Carson AP, Shimbo D, Fonseca V, Fox CS, Muntner P. Impact of A1C screening criterion on the diagnosis of prediabetes among U.S. adults. Diabetes Care. 2010; 33: 2190-2195 [T,II]

20628087

Krysiak R, Gdula-Dymek A, Bachowski R, Okopien B. Pleiotropic effects of atorvastatin and fenofibrate in metabolic syndrome and different types of pre-diabetes. Diabetes Care. 2010; 33: 2266-2270 [EC,I]

20587704

Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care. 2010; 33: 2477-2483 [M,II]

20693348

Kivimäki M, Hamer M, Batty GD, Geddes JR, Tabak AG, Pentti J, et al. Antidepressant medication use, weight gain, and risk of type 2 diabetes: a population-based study. Diabetes Care. 2010; 33: 2611-2616 [S,I]

20823343

McCormack PL, Joura EA. Quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine (Gardasil®): a review of its use in the prevention of premalignant genital lesions, genital cancer and genital warts in women. Drugs. 2010; 70: 2449-2474 [R,II]

21142263

Heiss C, Keen CL, Kelm M. Flavanols and cardiovascular disease prevention. Eur Heart J. 2010; 31: 2583-2592 [AO,I] 20852295

White HJ, Bettiol SS, Perera R, Roberts NW, Javaid MK, Farmer AJ. A systematic review assessing the effectiveness of interventions to improve persistence with anti-resorptive therapy in women at high risk of clinical fracture. Fam Pract. 2010; 27: 593-603 [M,I]

20693238

Villalbí JR, Casas C, Bartoll X, Artazcoz L, Ballestín M, Borrell C, et al. Indicadores para la gestión de los servicios de salud pública. Gac Sanit. 2010; 24: 378-384 [C,I]

20554080

Llorca E, Amor MT, Merino B, Márquez FJ, Gómez F, Ramírez R. Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. Gac Sanit. 2010; 24: 435-436 [AO,I]

20934782

Din FV, Theodoratou E, Farrington SM, Tenesa A, Barnetson RA, Cetnarskyj R, et al. Effect of aspirin and NSAIDs on risk and survival from colorectal cancer. Gut. 2010; 59: 1670-1679 [CC,II]

20844293

Koplan JP, Brownell KD. Response of the food and beverage industry to the obesity threat. JAMA. 2010; 304: 1487-1488 [AO,II]

20924016

Korver AM, Konings S, Dekker FW, Beers M, Wever CC, Frijns JH, et al; DECIBEL Collaborative Study Group. Newborn hearing screening vs later hearing screening and developmental outcomes in children with permanent childhood hearing impairment. JAMA. 2010; 304: 1701-1708 [S,I] 20959580

Oken E, Belfort MB. Fish, fish oil, and pregnancy. JAMA. 2010; 304: 1717-1718 [AO,I]

20959585

Capewell S, Lloyd-Jones DM. Optimal cardiovascular prevention strategies for the 21st century. JAMA. 2010; 304: 2057-2058 [AO,I]

21063015

Kowey PR, Reiffel JA, Ellenbogen KA, Naccarelli GV, Pratt CM. Efficacy and safety of prescription omega-3 fatty acids for the prevention of recurrent symptomatic atrial fibrillation: a randomized controlled trial. JAMA. 2010; 304: 2363-2372 [EC,I]

21078810

Brenner H, Tao S, Haug U. Low-dose aspirin use and performance of immunochemical fecal occult blood tests. JAMA. 2010; 304: 2513-2520 [CC.I]

21139112

Hankinson AL, Daviglus ML, Bouchard C, Carnethon M, Lewis CE, Schreiner PJ, et al. Maintaining a high physical activity

level over 20 years and weight gain. JAMA. 2010; 304: 2603-2610 [S,II]

21156948

Keen JD. Promoting screening mammography: insight or uptake? J Am Board Fam Med. 2010; 23: 775-782 [AO,I] 21057074

Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. Lancet. 2010; 376: 1261-1271 [R,II]

2093326

McCormack S, Ramjee G, Kamali A, Rees H, Crook AM, Gafos M, et al. PRO2000 vaginal gel for prevention of HIV-1 infection (Microbicides Development Programme 301): a phase 3, randomised, double-blind, parallel-group trial. Lancet. 2010; 376: 1329-13237 [EC,I]

20851460

Ripatti S, Tikkanen E, Orho-Melander M, Havulinna AS, Silander K, Sharma A, et al. A multilocus genetic risk score for coronary heart disease: case-control and prospective cohort analyses. Lancet. 2010; 376: 1393-1400 [S,II]

20971364

Kyrle PA, Rosendaal FR, Eichinger S. Risk assessment for recurrent venous thrombosis. Lancet. 2010; 376:2032-2039 [R,I]

21131039

López L, Audisio Y, Berra S. Efectividad de las intervenciones de base poblacional dirigidas a la prevención del sobrepeso en la población infantil y adolescente. Med Clin (Barc). 2010; 135: 462-469 [M,II]

19748633

Alvarez FJ, Gonzalez-Luque JC. Drogas ilegales y conducción de vehículos. Med Clin (Barc). 2010; 135: 549-551 [AO,I]

Dierssen-Sotos T, Cal-López MD, Navarro-Córdoba M, Rebollo-Rodrigo H, Antolín-Juarez FM, Llorca J. Factores asociados a la técnica correcta en la higiene de manos. Med Clin (Barc). 2010; 135: 592-595 [T,I]

20701932

Dierssen-Sotos T, Cal-López MD, Navarro-Córdoba M, Rebollo-Rodrigo H, Antolín-Juarez FM, Llorca J. Factores asociados a la técnica correcta en la higiene de manos. Med Clin(Barc). 2010; 135: 592-595 [T,I]

20701932

Nuorti JP, Whitney CG; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of pneumococcal disease among infants and children - use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine - recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2010; 59(RR-11): 1-18 [M,III]

21150868

Lallemant M, Jourdain G. Preventing mother-to-child transmission of HIV—protecting this generation and the next. N Engl J Med. 2010; 363: 1570-1572 [AO,I]

20942674

Harris KM, Maurer J, Kellermann AL. Influenza vaccine--safe, effective, and mistrusted. N Engl J Med. 2010; 363: 2183-2185 [AO,II]

21105831

Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR, Flint AJ, Hannan L, MacInnis RJ, et al. Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. N Engl J Med. 2010; 363: 2211-2219 [M,II] 21121834

Moellering RC Jr. NDM-1—a cause for worldwide concern. N Engl J Med. 2010; 363: 2377-2379 [AO,II]

21136033

Moss AJ. Preventing heart failure and improving survival. N Engl J Med. 2010; 363: 2456-2457 [AO,I]

García-Ortiz L, Grandes G, Sánchez-Pérez A, Montoya I, Iglesias-Valiente JA, Recio-Rodríguez JI, et al; PEPAF group. Efecto en el riesgo cardiovascular de una intervención para la promoción del ejercicio físico en sujetos sedentarios por el médico de familia. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1244-1252 [EC,I] 21070720

Romero T, Romero CX. Prevención cardiovascular estancada: tendencias alarmantes y barreras socioeconómicas persistentes. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1340-1348 [R,II] 21070729

Liira H. How to promote exercise in primary care. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 130-131 [AO,I]

Svendsen RP, Støvring H, Hansen BL, Kragstrup J, Søndergaard J, Jarbøl DE. Prevalence of cancer alarm symptoms: a population-based cross-sectional study. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 132-137 [T,I]

20698729

Sola K, Brekke N, Brekke M. An activity-based intervention for obese and physically inactive children organized in primary care: feasibility and impact on fitness and BMI A one-year follow-up study. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 199-204 [S,I]

20831452

Thickett DR, Griffiths M, Perkins GD, McAuley DF; UK and Ireland Acute Lung Injury Group. Hot off the breath: the 2009 H1N1 flu pandemic may be gone but should not be forgotten. Thorax. 2010; 65: 855-856 [AO,I]

Lalvani A, Sridhar S. BCG vaccination: 90 years on and still so much to learn ... Thorax. 2010; 65: 1036-1038 [AO,I] 20965924

Eriksen J, Chow JY, Mellis V, Whipp B, Walters S, Abrahamson E, et al. Protective effect of BCG vaccination in a nursery outbreak in 2009: time to reconsider the vaccination threshold? Thorax. 2010; 65: 1067-1071 [T,I] 21030395

Jeremiah K, Praygod G, Faurholt-Jepsen D, Range N, Andersen AB, Grewal HM, et al. BCG vaccination status may predict sputum conversion in patients with pulmonary tuberculosis: a new consideration for an old vaccine? Thorax. 2010; 65: 1072-1076 [S,I]

20889521

#### EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD

Franch J, Artola S, Diez J, Mata M; en representación de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996–2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Med Clin (Barc). 2010; 135: 600-607 [S,II]

19765772

#### **BIOÉTICA**

Álvarez S. Crisis en la medicina de familia: una perspectiva bioética desde la práctica diaria. Aten Primaria. 2010; 42: 528-533 [AO,I]

Nebot C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. Gac Sanit. 2010; 24: 437-445 [T,I] 21051116

#### PLANIFICACION/GESTIÓN

Lilford RJ, Chilton PJ, Hemming K, Girling AJ, Taylor CA, Barach P. Evaluating policy and service interventions: framework to guide selection and interpretation of study end points. BMJ. 2010; 341: c4413 [R,II]

20802000

McBride D, Hardoon S, Walters K, Gilmour S, Raine R. Explaining variation in referral from primary to secondary care: cohort study. BMJ. 2010; 341: c6267 [S,I] 21118873

Simoens S. Use of economic evaluation in decision making: evidence and recommendations for improvement. Drugs. 2010; 70: 1917-1926 [R,II]

Russell G, Dahrouge S, Tuna M, Hogg W, Geneau R, Gebremichael G. Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. Fam Pract. 2010; 27: 535-

541 [T,I] 20534791

20883050

Villalbí JR, Casas C, Bartoll X, Artazcoz L, Ballestín M, Borrell C, et al. Indicadores para la gestión de los servicios de salud pública. Gac Sanit. 2010; 24: 378-384 [C,I] 20554080

Azagra MJ, Echauri M, Pérez-Jarauta MJ, Marín P. Financiación pública de los fármacos para dejar de fumar: utilización y coste en Navarra (1995–2007) Gac Sanit. 2010; 24: 428-430 [T.I]

20619509

Llorca E, Amor MT, Merino B, Márquez FJ, Gómez F, Ramírez R. Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. Gac Sanit. 2010; 24: 435-436 [AO,I]

20934782

Pons JM. Innovación en el sector salud. Med Clin (Barc). 2010; 135: 697-699 [R,I]

20036400

Aaraas IJ, Hetlevik I, Roksund G, Steinert S. "Caring for people where they are": Addressing the double challenge of general practice at the 17th Nordic Congress of General Practice in Tromsø 2011. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 194-196 [AO,I] 21080838

Johansen ML, Holtedahl KA, Rudebeck CE. A doctor close at hand: How GPs view their role in cancer care. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 249-255 [C,II] 20950124

#### INFORMÁTICA

Greenhalgh T, Hinder S, Stramer K, Bratan T, Russell J. Adoption, non-adoption, and abandonment of a personal electronic health record: case study of HealthSpace. BMJ. 2010; 341: c5814 [T,I] 21081595

Chaudhry SI, Mattera JA, Curtis JP, Spertus JA, Herrin J, Lin Z, et al. Telemonitoring in patients with heart failure. N Engl J Med. 2010; 363: 2301-2309 [EC,II] 21080835

#### **OTRAS**

Rodríguez-Trigo G, Zock JP, Pozo-Rodríguez F, Gómez FP, Monyarch G, Bouso L, et al; SEPAR-Prestige Study Group. Health changes in fishermen 2 years after clean-up of the Prestige oil spill. Ann Intern Med. 2010; 153: 489-498 [T,I] 20733177

Lunt M, Watson KD, Dixon WG; British Society for Rheumatology Biologics Register Control Centre Consortium, Symmons DP, Hyrich KL; British Society for Rheumatology Biologics Register. No evidence of association between anti-tumor necrosis factor treatment and mortality in patients with rheumatoid arthritis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. Arthritis Rheum. 2010; 62: 3145-3153 [S,I] 20662063

Shokrollahi K, Whitaker IS, Manning SR, Mannasiev D, Hiew LY, Cooper MA. Macromastia (large breasts): request for breast reduction. BMJ. 2010; 341: c5408 [R,I] 20943725

Room R. Prohibition of cannabis. BMJ. 2010; 341: c5492 [AO,I] 20929918

Sadeghi R, Ondo WG. Pharmacological management of essential tremor. Drugs. 2010; 70: 2215-2228 [R,I] 21080739

McGorm K, Burton C, Weller D, Murray G, Sharpe M. Patients repeatedly referred to secondary care with symptoms unexplained by organic disease: prevalence, characteristics and referral pattern. Fam Pract. 2010; 27: 479-486 [CC,I]

20679139

López-Amorós M, Schiaffino A, Moncada A, Pérez G. Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. Gac Sanit. 2010; 24: 404-409 [T,I]

20880611

Ruiz-Irastorza G, Crowther M, Branch W, Khamashta MA. Antiphospholipid syndrome. Lancet. 2010; 376: 1498-1509 [R.I]

20822807

Folk JC, Stone EM. Ranibizumab therapy for neovascular agerelated macular degeneration. N Engl J Med. 2010; 363: 1648-1655 [R,I]

20961248

Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. N Engl J Med. 2010; 363: 2124-2134 [S,II]

21105794

Wong TY, Scott IU. Clinical practice. Retinal-vein occlusion. N Engl J Med. 2010; 363: 2135-2144 [R,I] 21105795

# ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

#### · XXI Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria. SAMFyC

Córdoba, 5-8 octubre 2011 Secretaría técnica: ACM Telf.: 958 523 299

Fax: 958 203 550

www.samfyccordoba2011.com

#### · XXXI Congreso semFYC

Zaragoza, 8-10 Junio 2011 Auditorio - Palacio de Congresos de Zaragoza Secretaría técnica: semFYC congresos C/ del Pi, 11, 2ª PL. Of. 13 - 08002 Barcelona Telf. 00 34 93 317 71 29 - Fax. 00 34 93 318 69 02 http://www.semfyc2011.com

#### · X Jornadas SAMFyC para R3 de MFyC

Puerto de Sta. María (Cádiz), 28-29 abril, 2011 Hotel Monasterio de San Miguel Secretaría técnica: ACM

Telf.: 958 523 299 Fax: 958 203 550

www.jornadasr3samfyc2011.com

#### · IV Jornada de mejora de seguridad del paciente en AP

Barcelona, 25 marzo 2011 Secretaría técnica: Azul Congresos Telf. 984 051 671 / 04 http://www.seguridadpaciente.com/

#### · Jornadas de Actualización semFYC Novartis

Sevilla, 27-28 octubre, 2011 Secretaría técnica: semFYC congresos C/ del Pi, 11, 2ª PL. Of. 13 - 08002 Barcelona Telf. 00 34 93 317 71 29 - Fax. 00 34 93 318 69 02

#### · IV Congreso Clínico semFYC en Cardiovascular

Alicante, 1-2 diciembre, 2011 Secretaría técnica: semFYC congresos C/ del Pi, 11, 2ª PL. Of. 13 - 08002 Barcelona Telf. 00 34 93 317 71 29 - Fax. 00 34 93 318 69 02

# 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 tres 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.



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

(ALTA) Nuevo socio Revisión datos BAJA	Fecha / /	
APELLIDOS:		
NOMBRE:DNI:		
DOMICILIO:		
MUNICIPIO: PROVINCIA: TELEFONOS: e-mail:	C.P.:	
TELEFONOS.		
ESPECIALISTA M.F.yC.: SI NO (Si negativo, indicar especialidad)		
RESIDENTE M.F.yC. : SI NO FECHA INICIO RESID	ENCIA//	
DOCTORADO: SI NO TEMA:		
DOCTORADO.		
LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:		
PROVINCIA:		
CARGO QUE OCUPA:		
Es imprescindible la cumplimentación de <u>todos</u> los datos que a continuación solicitamos, incluyendo el <u>domic</u> entidad bancaria. Envíen este formulario <b>sin</b> recortar la orden de pago. Gracias.	ilio completo de la sucursal de la	
ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BA	NCARIA	
Ruego se sirvan domiciliar el cobro del Recibo de la Sociedad Andaluza de Medicina Fa	amiliar y Comunitaria (SAMFyC)	
ENTIDAD:SUCURSAL		
CALLE:		
MUNICIPIO: PROVINCIA.		
Nº CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO: (hay que rellenar todas la	as casillas)	
Entidad Oficina D.C. No	C/C	
NOMBRE y APELLIDOS:		
Firma:		

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