

# Medicina de Familia Andalucía

Volumen 14, número 2, julio 2013

## Editorial

- 107 Medicina de Familia: ahora más que nunca

## El espacio del usuario

- 109 Listas de espera

## Originales

- 111 Prevalencia y factores asociados a la Obesidad Infantojuvenil en la población escolar de ámbito rural
- 129 Estudio cualitativo sobre las expectativas de las gestantes con respecto a un parto menos medicalizado
- 138 Actividad física en los adolescentes y su relación con características sociodemográficas y ciertos estilos de vida
- 161 Caracterización clínica-epidemiológica de la úlcera gastroduodenal por helicobacter pylori en el municipio Urdaneta

## Artículo de revisión

- 166 Mindfulness en medicina

## Artículo especial

- 180 Internet en el mapa de ruta del investigador sanitario joven
- 186 Gestión de recetas visadas en un centro de salud

## Cartas al director

- 191 Satisfacción con la nueva implantación de la radiología digital en atención primaria
- 193 Leishmaniasis en la Mancomunidad de la Campiña Sur Cordobesa

## ¿Cuál es su diagnóstico?

- 196 Disfagia y pérdida de peso en una mujer joven con epigastralgia

- 198 Respuesta al caso clínico

- 200 Publicaciones de interés

- 218 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

- 227 Información para los autores





SAMFYC

Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria

# 9<sup>as</sup> Jornadas Andaluzas para Tutores de MFYC. SAMFYC

7 y 8 de Noviembre de 2013  
Córdoba



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

## **Presidenta**

*Paloma Porrás Martín*

## **Vicepresidente**

*Francisco José Guerrero García*

## **Vicepresidenta**

*Eloísa Fernández Santiago*

## **Secretaria**

*Herminia M. Moreno Martos*

## **Vicepresidente Económico**

*Jesús Sepúlveda Muñoz*

## **Coordinadora General Grupos de Trabajo SAMFyC**

*Amparo Ortega del Moral*

## **Vocal de Relaciones Externas**

*Eloísa Fernández Santiago*

## **Vocal de Docencia**

*Herminia M. Moreno Martos*

## **Vocal de Investigación**

*Alejandro Pérez Milena*

## **Vocal de Residentes**

*Ignacio Merino de Haro*

## **Vocal de Jóvenes Médicos de Familia**

*F. Javier Castro Martínez*

<b>Vocal provincial de Almería:</b>	M <sup>a</sup> . Pilar Delgado Pérez	<i>pdelgadomedico@hotmail.com</i>
<b>Vocal provincial de Cádiz:</b>	M <sup>a</sup> . José Serrano Muñoz	<i>majsemu@hotmail.com</i>
<b>Vocal provincial de Córdoba:</b>	Juan Manuel Parras Rejano	<i>juanprj@gmail.com</i>
<b>Vocal provincial de Huelva:</b>	Jesús E. Pardo Álvarez	<i>jeparedes10@teleline.es</i>
<b>Vocal provincial de Jaén:</b>	Justa Zafra Alcántara	<i>justazafra@hotmail.com</i>
<b>Vocal provincial de Málaga:</b>	Rocío E. Moreno Moreno	<i>roemomo@hotmail.com</i>
<b>Vocal provincial de Granada:</b>	Francisco José Guerrero García	<i>franguerrero72@yahoo.com</i>
<b>Vocal provincial de Sevilla:</b>	Leonor Marín Pérez	<i>leonorj104@yahoo.es</i>

## **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](mailto: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:

Juan de Dios Alcántara Bellón. *Sevilla*  
José Manuel Aranda Regules. *Málaga*  
Luis Ávila Lachica. *Málaga*  
Emilia Bailón Muñoz. *Granada*  
Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*  
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba*  
Pilar Barroso García. *Almería*  
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla*  
M<sup>a</sup> Ángeles Bonillo García. *Granada*  
Rafael Castillo Castillo. *Jaén*  
José Antonio Castro Gómez. *Granada*  
José M<sup>a</sup> de la Higuera González. *Sevilla*  
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla*  
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*  
Pablo García López. *Granada*  
José Lapetra Peralta. *Sevilla*  
Francisca Leiva Fernández. *Málaga*  
José Gerardo López Castillo. *Granada*  
Luis Andrés López Fernández. *Granada*  
Fernando López Verde. *Málaga*  
Manuel Lubián López. *Cádiz*  
Joaquín Maeso Villafaña. *Granada*  
Rafael Montoro Ruiz. *Granada*  
Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*  
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz*  
Herminia M<sup>a</sup>. Moreno Martos. *Almería*  
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*

Beatriz Pascual de la Pisa. *Sevilla*  
Alejandro Pérez Milena. *Jaén*  
Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*  
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada*  
J. Daniel Prados Torres. *Málaga*  
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*  
Pedro Schwartz Calero. *Sevilla*  
Jesús Torio Durantez. *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

*Incluida en el Índice Médico Español*  
*Incluida en el Latindex*

**Título clave:** Med fam Andal.

### Para Correspondencia

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

Disponible en formato electrónico en la web de la SAMFyC:

<http://www.samfyc.es/Revista/portada.html>

E-mail: [revista@samfyc.es](mailto:revista@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 copyright.

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

**Printed in Spain**

**Maqueta:** Antonio J. García Cruz

**Imprime:** Etc [...] Ediciones Turísticas y Culturales, S.L.



## Sumario

---

### Editorial

- 107 Medicina de Familia: ahora más que nunca

### El espacio del usuario

- 109 Listas de espera

### Originales

- 111 Prevalencia y factores asociados a la Obesidad Infantojuvenil en la población escolar de ámbito rural
- 129 Estudio cualitativo sobre las expectativas de las gestantes con respecto a un parto menos medicalizado
- 138 Actividad física en los adolescentes y su relación con características sociodemográficas y ciertos estilos de vida
- 161 Caracterización clínica-epidemiológica de la ulcera gastroduodenal por helicobacter pylori en el municipio Urdaneta

### Artículo de revisión

- 166 Mindfulness en medicina

### Artículo especial

- 180 Internet en el mapa de ruta del investigador sanitario joven
- 186 Gestión de recetas visadas en un centro de salud

### Cartas al director

- 191 Satisfacción con la nueva implantación de la radiología digital en atención primaria
- 193 Leishmaniasis en la Mancomunidad de la Campiña Sur Cordobesa

### ¿Cuál es su diagnóstico?

- 196 Disfagia y pérdida de peso en una mujer joven con epigastralgia

- 198 Respuesta al caso clínico

- 200 Publicaciones de interés

- 218 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

- 227 Información para los autores
-

# MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Official Publication of the Andalusian Society of Family and Community Medicine

Med fam Andal Vol.14, Nº.2, July 2013

---

## Summary

---

### Editorial

- 107 General Practice: Now More than Ever

### The Consumer's Corner

- 109 Waiting Lists

### Original Articles

- 111 Prevalence and Factors Related to Obesity among Infants and Youth in a Rural School Population
- 129 A Qualitative Study on the Expectations of Mothers Regarding the De-Medicalization of Childbirth
- 138 Physical Activity in Adolescents and its Relationship to Socio-demographic Characteristics and Certain Lifestyles
- 161 Clinical-epidemiological Characterization of Gastric and Duodenal Ulcers by helicobacter pylori in the Municipality of Urdaneta (Venezuela)

### Review Article

- 166 Mindfulness in medicine

### Special Article

- 180 Internet in the young health researcher's roadmap
- 186 Managing prescriptions issued in a health center

### Letters to the Editor

- 191 Satisfaction with the new implementation of digitalized X-rays in primary care
- 193 Leishmaniasis in Towns Located in a Southern Region of Cordoba

### Which is your Diagnosis?

- 196 Dysphagia and Weight Loss in a Young Woman with Upper Abdominal Pain

### Answer to a Clinical Case

### Publications of Interest

- 218 Knowledge in microdoses @pontealdiaAP

### Information for Authors

## EDITORIAL

**Medicina de familia: ahora más que nunca**

Guerrero García FJ

*Vicepresidente SAMFyC*

“Medicina de Familia: ahora más que nunca” ha sido el lema del XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria celebrado en Junio en Granada y, aunque pudiera parecer sólo una frase bonita, expresa la auténtica realidad del sistema sanitario de salud público andaluz.

La Medicina de Familia, en cualquiera de los ámbitos en los que ha desarrollado y desarrolla su ejercicio profesional: atención primaria, urgencias extrahospitalarias o urgencias hospitalarias, siempre ha ejercido su liderazgo en la búsqueda de la excelencia científico técnica y en la atención a los pacientes y así se ha visto reflejado año tras año en las encuestas de satisfacción de los ciudadanos.

Pero esto, al parecer, no ha sido suficiente para transformar nuestro sistema sanitario en un sistema eficiente, en el que el paciente sea tratado de forma integral e integrada, evitando iatrogenias y basándonos en la mejor evidencia científica disponible para justificar nuestras actuaciones.

En ocasiones, se ha acusado a la Atención Primaria y por extensión a los Médicos de Familia de falta de liderazgo en el proceso de transformación en el que siempre se encuentra inmersa la atención de salud en nuestro país.

Y no puedo estar más en desacuerdo. Estamos en crisis y crisis significa cambio. Pero ¿cuándo no ha estado en proceso de cambio la Atención Primaria? y ¿cuándo no han estado los Médicos de Familia adaptándose a los cambios continuos en la atención a los pacientes?: NUNCA.

Los Médicos de Familia siempre hemos gestionado la crisis; siempre hemos gestionado la incertidumbre. Y siempre lo hemos hecho porque somos los profesionales con más alta capacidad

de resolución y de gestión de recursos y porque estamos convencidos de que un sistema sanitario público es lo mejor para los pacientes. Los Médicos de Familia andaluces debemos sentirnos orgullosos de contribuir a un Sistema Sanitario Andaluz de calidad y eficiente, porque llevamos años trabajando en el uso adecuado del medicamento y en el uso responsable de pruebas diagnósticas. Sin esta contribución de los Médicos de Familia el Sistema no sería sostenible.

La Medicina de Familia se caracteriza por la atención integral a la persona. Esto se consigue a través de 5 pilares básicos que definen el perfil del Médico de Familia. El primero lo constituye el conjunto de las competencias esenciales, en las cuales se incluyen la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión y la bioética. El segundo pilar es la Atención al Individuo, en cualquier punto del sistema sanitario en el que se encuentre el Médico de Familia. El tercer pilar es la Atención a la Familia, al ser ésta origen y destino de la enfermedad del paciente. El cuarto pilar y muy relacionado con el anterior es la Atención a la Comunidad. Por último y no menos importante, encontraríamos la Formación e Investigación que todo Médico de Familia debería hacer de forma constante, para mejorar su praxis diaria y con ello mejorar la atención a los pacientes.

Es por todo esto que en estos momentos de crisis social, política, de valores..., el profesional más capacitado para liderar los cambios necesarios en el sistema de salud que hemos conocido hasta ahora y que debe adaptarse al envejecimiento poblacional y a un aumento de la cronicidad es el Médico de Familia.

El Médico de Familia es el especialista en personas. En ocasiones hemos escuchado que el Médico de Familia es el profesional que sabe

un poco de muchas patologías, pero nada más lejos de la realidad. El Médico de Familia es el profesional que sabe mucho de la patología más frecuente, y es por esto que es capaz de resolver cerca del 90 % de las necesidades de salud de la población. Y todo esto basándose

en la mejor evidencia disponible y de forma eficiente.

No deben pues quedar dudas en que en estos momentos, *Más que nunca*, hay que apostar por la Medicina de Familia.

---

Fe de erratas:

En la sección **SIN BIBLIOGRAFÍA**, del volumen 14, número 1: Padilla del Campo C, Fernández Martín E, Ruiz Ortiz M<sup>a</sup>S, Andrade Juárez JA. De dolor abdominal. Med fam Andal. 2013; 1: 47-49, por error de edición no figura correctamente la fecha de aceptación del trabajo, siendo la correcta 13-12-2012.

## EL ESPACIO DEL USUARIO

### Listas de espera

Ranea Díaz S

*Gabinete Técnico-Jurídico FACUA Andalucía*

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, desde la entrada en virtud del Decreto 209/2001, existe una garantía de tiempos de respuesta para intervenciones quirúrgicas. Esta norma establecía un tiempo máximo de espera de 180 días para un total de 700 técnicas quirúrgicas. Posteriormente, mediante una Orden de 20 de diciembre de 2006, se produjo una reducción a 120 días como plazo máximo para los 11 procesos asistenciales más comunes, que incluyen 71 técnicas quirúrgicas.

Asimismo, en el Decreto 96/2004 se estipularon plazos máximos de respuesta en primera consulta de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos. Los plazos garantizados son 60 días para atender la primera consulta especializada y 30 días para la realización de una prueba diagnóstica.

Con la finalidad de gestionar y contralar la demanda de los distintos procedimientos para los que se establecieron los plazos de garantías detallados más arriba, se crearon sendos registros de demanda quirúrgica; y de demanda de procesos asistenciales, de demanda de primera consulta de asistencia especializada y de demanda de procedimientos diagnósticos.

Como es sabido, la distribución competencial en materia de sanidad recae sobre las comunidades autónomas, lo que supone una configuración descentralizada del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de lo anterior, existen mecanismos que garantizan la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad en el conjunto del sistema.

En este sentido se establecieron los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones que el sistema debe ofrecer como mínimo en todos los servicios de salud. En este ámbito, se atribuye a la administración General del Estado el establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas de interés general

supracomunitaria, la elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria, y el establecimiento de medios y de sistemas de relación que garanticen la información y la comunicación recíprocas entre la Administración sanitaria del Estado y la de las comunidades autónomas.

Para la consecución de los fines indicados más arriba se establecieron unos criterios y requisitos mínimos comunes en materia de listas de espera para dar un tratamiento homogéneo en la información de éstas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, a fin de que el Ministerio de Sanidad mantenga un sistema de información sobre listas de espera de la totalidad del Sistema Nacional de Salud, a tal efecto recibe información de las comunidades autónomas. El Ministerio de Sanidad hará pública esa información cada seis meses, referida a los datos existentes a 30 de junio y 31 de diciembre de cada año.

Asimismo, se obliga a las comunidades autónomas y al Instituto de Nacional de Gestión Sanitaria, a informar sobre las garantías de tiempos máximos de demora en el acceso a los servicios de atención sanitaria.

De todo lo expuesto hasta ahora, resulta evidente que es fundamental para una adecuada gestión de los recursos públicos ordenar y estandarizar las listas de espera, pero también que los datos que arrojan sobre la demora en la asistencia sanitaria sean de conocimiento público. De esta forma, se constituye un derecho de información a la ciudadanía sobre el estado de las lista de espera, conocer el tiempo máximo de espera, poder acceder a la información sobre la demanda de asistencia propia, aquella de la que somos titulares, además, en la comunidad autónoma andaluza se reconoce el derecho a ser informado de los plazos de garantía de espera máxima para cada proceso asistencial.

Este derecho a la información de los ciudadanos no es otra cosa que exista transparencia en la gestión de los recursos destinados a la sanidad, conocer el estado de la asistencia sanitaria y si el sistema del que nos hemos dotado tiene capacidad para atender a la demanda existente.

En la actualidad se está denunciando por diversos sectores que el sistema carece de la debida transparencia en el tratamiento de las listas de espera. Esto deriva del hecho innegable de que los últimos datos publicados por la Consejería de Salud y Bienestar Social disponibles en su página web son de junio de 2012. Igualmente, los datos publicados por el Ministerio de Sanidad se refieren a junio de 2012, lo que supone que se ha incumplido, hasta el momento, la obligación de publicar semestralmente los datos.

La propia consejera de Salud de Andalucía informó que los datos habían sido comunicados al Ministerio para su publicación, pero lo cierto

es que la actualización de la información no está disponible al público a través de las páginas webs oficiales de cada organismo.

Esta falta de claridad en el tratamiento de la información lleva de forma inevitable a pensar que los datos que no se facilitan pueden ser negativos, significando un posible incremento del tiempo de espera para el acceso a la asistencia sanitaria objeto de registro y seguimiento.

Para evitar la desconfianza de esta falta de información general, lo deseable es que se proceda a la publicidad cuanto antes de los datos existentes, y se dé cumplimiento a la obligación de información y transparencia que compete a las administraciones públicas, y caso de existir problemas de incremento en los tiempos de espera de los pacientes, articular los medios necesarios para proporcionar a nuestra sistema de salud de la excelencia exigibles a tan delicada materia.

## ORIGINAL

# Prevalencia y factores asociados a la Obesidad Infantojuvenil en la población escolar de ámbito rural

Merino Cruz M<sup>1</sup>, Maestre Parejo R<sup>2</sup>, Sánchez Carrasco M<sup>a</sup>J<sup>2</sup>, Rivas Begines P<sup>3</sup>, Ramos Calero E<sup>4</sup>, Velázquez Salas A<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. CS Las Cabezas. Sevilla

<sup>2</sup>Enfermera. CS Las Cabezas. Sevilla

<sup>3</sup>Coordinador de Enfermería. CS Las Cabezas. Sevilla

<sup>4</sup>Unidad de Producción Asistencial del Distrito Sanitario Sevilla Sur

<sup>5</sup>Director de Cuidados. Distrito Sanitario Sevilla Sur

### RESUMEN

**Título:** prevalencia y factores asociados a la obesidad infantojuvenil en una población escolar rural en el curso escolar 2011-2012.

**Objetivo:** estudiar la prevalencia de Obesidad Infantojuvenil en una población rural y analizar los factores socio-demográficos y de hábitos de vida asociados a ella.

**Diseño:** estudio observacional transversal.

**Emplazamiento:** población rural de Las Cabezas de San Juan (Sevilla).

**Población y muestra:** se incluyeron 243 alumnos iniciales mediante muestreo aleatorio por conglomerados en una población escolar de 660 alumnos. Las pérdidas fueron un 10.3% (25 alumnos), realizando el análisis estadístico sobre 218 escolares. Los criterios de inclusión fueron la edad comprendida entre los 3 y los 14 años, escolarización y consentimiento informado de padres o tutores.

Se realizan análisis bivariantes con tablas de contingencia y estadísticos Chi-cuadrado para variables cualitativas.

**Resultados:** El porcentaje de Obesidad resultante fue del 9,5%, 13,2% en el caso de Sobrepeso. La prevalencia de Obesidad en ciclo escolar Infantil fue en torno al 3%, elevándose al 15,5% en Primaria siendo estadísticamente significativo, con un RR de 118 y 59% respectivamente con respecto al ciclo Infantil. El 80,3 y 78,3% no tienen antecedentes de obesidad en sus padres o hermanos. No existen relaciones estadísticamente significativas entre hábitos de vida y exceso de peso en este estudio.

**Conclusiones:** se corrobora la alta prevalencia de Obesidad Infantil en España, incluso en el ámbito rural, mayor cuanto mayor es la edad del niño, con un aumento del riesgo significativo según el ciclo escolar. Sería necesario ampliar el estudio e intentar corregir posibles sesgos y pérdidas de información debidas a la recogida de datos.

**Palabras claves:** prevalencia (Prevalence), Obesidad Infantil (Obesity), factores sociodemográficos (socio-demographic factors), rural (rural).

### SUMMARY

**Title:** Prevalence and Factors Related to Obesity Among Infants and Youth in a Rural School Population during the Academic Year 2011-2012.

**Goal:** To study obesity's prevalence among infants and youth in a rural population and to analyze its association with lifestyles and socio-demographics.

**Design:** Cross sectional observational study.

Correspondencia: Máximo Merino Cruz

Centro de Salud Las Cabezas

C/ Antonio Machado, s/n.

41730 Las Cabezas de San Juan (Sevilla)

E-mail: maximo.merino.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 09-10-2012; aceptado para publicación el 24-01-2013

Med fam Andal. 2013; 2: 111-128

**Setting:** a rural population in Las Cabezas de San Juan (Seville).

**Population and sample:** Initially, 243 students were included after randomly sampling a school population of 660 students. The loss rate was 10.3% (25 students). The statistical analysis was performed on 218 students. Inclusion criteria were: age between 3 and 14 years, registered in the school, and with the informed consent of parents or legal tutors. Bivariate analyses were performed with contingency tables and chi-squared statistics for the qualitative variables.

**Results:** Evidence showed that 9.5% of the students were obese and that 13.2% were overweight. The prevalence of obesity among pre-schoolers was approximately 3% and it increased to 15.5% at the elementary level. This is statistically significant, with an RR of 118 and 59%, respectively. 80.3% and 78.3% showed no history of obesity in parents, brothers or sisters. There were no statistically significant relationships between lifestyles and excess weight in this study.

**Conclusions:** This study corroborates the elevated prevalence of childhood obesity in Spain, including in rural areas - higher among older children and with a significant increase of risk depending on the child's educational cycle. The study needs to be broadened and attempts should be made to correct possible risks of bias and the loss of information due to information gathering.

**Key words:** Prevalence, Obesity, Scio-demographic factors, Rural.

## INTRODUCCIÓN

La Obesidad es una enfermedad multifactorial, crónica, en la que están implicados factores genéticos, socio-ambientales y familiares (1).

Actualmente la Obesidad y el Sobrepeso se ha convertido en una de las clasificadas como "enfermedades emergentes del siglo XXI" o "Epidemia Global del siglo XXI" (2), con especial relevancia en la edad infantil, detectándose en los últimos estudios un incremento alarmante de su prevalencia a nivel europeo y nacional (3), así como por sus posibles consecuencias a nivel socioeconómico y sanitario. En 2005, la International Obesity Task Force (IOTF) recogió datos recientes de distintos estudios y países (4), llegando a la conclusión que existe una tendencia al incremento en las cifras de prevalencia y una distribución desigual en el conjunto del mundo (33% en la región de las Américas, alrededor del 20% en Europa). España se encuentra en el tercer puesto de países con mayor prevalencia de Obesidad y Sobrepeso en escolares de 7 a 11 años.

En la infancia y adolescencia, el padecimiento de esta "epidemia" conlleva un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta así como un aumento de morbi-mortalidad por aumento del riesgo cardiovascular y los trastornos metabólicos asociados a ella.

De acuerdo a ello, y como forma de objetivar el problema ante la inexistencia de cifras de prevalencia de Obesidad Infantil en España, se han realizados diversos estudios epidemiológicos tanto a nivel regional como nacional (enKid, PADOS, RICARDIN, ALADINO, SEEDO) (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) que corroboran el gran problema de salud pública que conlleva la Obesidad Infantil (a partir de ahora OI).

Por todos estos datos epidemiológicos, es un objetivo prioritario del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y, más en concreto, de todos los Centros de Atención Primaria (AP) el abordar este problema de forma multidisciplinar, creándose para ello el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (12). Este plan tiene como finalidad sensibilizar a la población sobre la necesidad de mantener un peso adecuado en todas las edades mediante el equilibrio entre una alimentación saludable y la práctica de actividad

física regular, y así conseguir disminuir las cifras de incidencia y prevalencia de esta enfermedad en Andalucía.

Este estudio tiene como objetivo analizar la prevalencia de la OI en una población en concreto, de carácter rural, con características alimenticias y de hábitos de vida propias, así como analizar los factores asociados a ella y su relación. De esta forma se ayuda a la Administración sanitaria para que pueda actuar en consecuencia según diversos Planes Sanitarios adaptados a la realidad específica del área.

## SUJETOS Y MÉTODO

### *Diseño*

Estudio Observacional Transversal.

### *Ámbito de estudio*

Población perteneciente a la UGC Las Cabezas de San Juan y ámbito rural adscrito (Las Marismillas).

### *Población diana*

Niños escolarizados de 3 hasta 14 años en el curso escolar 2011-2012

### *Criterios de Inclusión:*

- Participación voluntaria y autorizada por escrito de los padres o tutores legales del escolar.
- Niños comprendidos entre la edad de 3 a 14 años.

### *Criterios de Exclusión:*

- Niños en rango de edad encamados o discapacitados físicos a los que no se les puede determinar el IMC.
- Inasistencia al centro los días concertados para entregar autorización o medida del peso y talla.

### *Variables*

#### *Dependientes:*

- IMC: Variable ordinal que se calcula con PESO (Kg) /TALLA<sup>2</sup> (m)

Para la medición del peso corporal el niño debió estar descalzo en ambiente tranquilo, con un mí-

nimo de ropa, determinándose el peso en kilos con un decimal. Todos los niños de la muestra fueron pesados durante el periodo matinal, entre las ocho y las trece horas. Se utilizó un peso electrónico calibrado.

La talla se determinó con el niño en posición erecta, utilizando tallímetros portátiles, con la cabeza en el plano de Frankfurt (horizontal nariz-trago). Se codificó en metros junto con dos decimales.

Se pueden apreciar los valores de referencia en la tabla 3.

#### *Independientes:*

- Género: Variable nominal categorizada en Hombre/Mujer.

- Edad: Variable ordinal medida en años.

- Número de hermanos: se valorará el número de hermanos, sin incluir el escolar estudiado, que conviven en el mismo domicilio. Categorizada en Ninguno/1/+1.

- País de procedencia de la familia: Variable nominal.

- Nivel de Estudios de los progenitores: grado de formación académica/escolaridad. Variable nominal ordinal categorizada en E. Primaria/E. Secundaria

- Ocupación Laboral: sector laboral al que el/los tutores legales desarrollan su actividad económica. Se distribuye a los sujetos en grupos: Agricultura, oficios manuales como Carpinteros y Mecánicos, Construcción, Transportes, Turismo, Restauración y por último sectores sanitarios, educativos y similares. Se le asignó una opción a ocupaciones no definidas con anterioridad.

- AF de Obesidad: se consideró si existe algún progenitor con Obesidad diagnosticada previamente o en el momento del estudio. Nominal categorizada en Padre/Madre/Ambos/Ninguno.

- Hermanos con Obesidad: Ordinal categorizada en Ninguno/1/más de 1/Hijo único.

- Ejercicio Habitual: práctica de algún tipo de ejercicio deportivo habitualmente. Variable or-

dinal categorizada en Habitualmente (más de 3 veces a la semana)/De vez en cuando (menos de 3 veces a la semana)/Nunca.

- Dieta habitual: se valorará el consumo de alimentos de forma habitual (más de 3 veces a la semana) en base a la Dieta Mediterránea. Se divide este apartado en varias cuestiones para facilitar el entendimiento y el posterior tratamiento de los datos recogidos: frecuencia de consumo de frutas/verduras, Carne o pescado, leche/productos lácteos, cereales o legumbres, dulces o bollería, alimentos tipo hamburguesas y pizzas, categorizándolas todas en Todos los días/Habitualmente (más de 3 veces en semana)/De vez en cuando (menos de 3 veces en semana)/Nunca.

- Frecuencia de consumo de alimentos como hamburguesas/pizzas/comidas precongeladas: variable ordinal categorizada en Nunca/ 1 vez a la semana/Más de 1 vez a la semana/ Todos los días.

- Comida entre horas: se preguntará por el hábito del niño de comer entre las comidas principales. Nominal dicotómica categorizada en Si/No (se otorgará el 1 y 2 respectivamente para el análisis estadístico de los datos).

- Uso de nuevas tecnologías: uso de forma habitual de videoconsolas, portátiles o fijas, ordenadores, teléfonos de última generación... Variable ordinal categorizada en Todos los días/Habitualmente (más de 3 veces en semana)/De vez en cuando (menos de 3 veces en semana)/Nunca.

- Valoración subjetiva del peso del niño: se pregunta a los padres cómo consideran de forma subjetiva el peso del niño. Nominal categorizada en Adecuado/Excesivo/Insuficiente.

### **Estrategia de estudio**

Considerando el objetivo de este estudio, se diseña un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. La población a estudiar se engloba en un entorno rural en la provincia de Sevilla, de unos 16.500 habitantes, y está constituida por escolares de Educación Infantil, Primaria y Secundaria hasta 14 años, de ambos sexos. Con el objetivo de obtener una muestra representativa de la población, se ha realizado un muestreo

aleatorio por conglomerados partiendo de la base de un tamaño muestral para una prevalencia esperada del 50%, una precisión del 5%, el nivel de confianza del 95% y un universo muestral de 660 alumnos, distribuidos en conglomerados de 30 alumnos por clase. Con estas premisas son necesarios 243 alumnos seleccionados mediante muestreo aleatorio simple: se le asignaron números aleatorios a las clases de Infantil, Primaria y Secundaria de los 7 centros educativos repartidos entre Las Cabezas de San Juan y Las Marismillas, seleccionándose 9 de ellas, sin conocimiento de la asignación numérica de cada clase ni el objetivo que tenía la selección de tales números por parte del seleccionador.

De esta forma fueron seleccionadas las clases A y B del Colegio Público Educación Infantil y Primaria San Juan Bautista, 3ºB y 5ºA del Colegio Público Educación Infantil y Primaria Maestro Juan Marín de Vargas, 2ºB y 6ºB del Colegio Público Educación Infantil y Primaria Luis Valladares, 2ºB y 2ºC del Instituto de Educación Secundaria Las Cabezas y 2ºB del Delgado Brackembury.

El sobrepeso y la obesidad se definieron mediante el índice de masa corporal (IMC), índice utilizado por la mayoría de estudios epidemiológicos y recomendado por sociedades médicas y organizaciones internacionales de salud para el uso clínico (buena reproducibilidad y facilidad de utilización) (13). Se tomó el peso del niño y se dividió por el cuadrado de su talla según método especificado en la descripción de la variable. Los valores obtenidos de IMC se compararon con tablas estandarizadas.

En la población infantil y juvenil se utilizan los percentiles 85 y 97 específicos para edad y sexo del IMC para definir el sobrepeso y la obesidad respectivamente (14), empleando las tablas de Cole et al.

Estas variables fueron recogidas por Enfermería, previa presentación de una autorización para el estudio al Director del centro y/o Profesor encargado de la clase, así como el Consentimiento Informado y aceptación firmada por los padres o Tutor Legal del niño. Las profesionales de Enfermería están formadas para la medición antropométrica para así evitar la variabilidad inter-observacional, y son encargadas del pro-

grama sanitario integral de Obesidad infantil (PIOBIN) en el ámbito sanitario a estudio.

Se entregará en el mismo día de la medida del peso y la talla una encuesta socio-demográfica y de hábitos de vida que será recogida posteriormente en el Centro Escolar. En este cuestionario, se recogió información sobre hábitos alimentarios en base a las recomendaciones de la dieta mediterránea y cuestionarios previamente aceptados y validados (15), valoración de inadecuados hábitos a la hora de comer, así como de la práctica de ejercicio físico. De forma complementaria se recogieron datos de antecedentes familiares de Obesidad y datos socio-demográficos para completar el estudio.

Este proceso de recogida de información se realizó entre los meses de Octubre de 2011 y Enero de 2012.

Las distintas opciones de respuesta se codificaron en variables cuantitativas de forma transitoria para facilitar el tratamiento de los datos mediante el programa estadístico SPSS 17.0

Como limitación del estudio nos encontramos a los alumnos que no entregaron autorización o no estaban presentes en el momento de la recogida de datos: se clasificaron como 0 en los datos y pasaron a formar parte de las pérdidas del estudio (producidas por la no entrega de la autorización para las medidas antropométricas o la no asistencia al centro educativo los días concertados para ello).

Los niños que aún estando en 1º de Infantil no habían llegado a cumplir los 3 años por falta de pocos meses (3 casos del total), se asignaron al grupo de edad de 3 años por técnica de redondeo.

### Análisis estadístico

#### Análisis Descriptivo

Primero se realizó una exploración de los datos para identificar valores extremos y diferencias entre subgrupos de individuos.

Las variables cualitativas se resumieron con tablas de frecuencia y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas con Medias y Desviaciones.

#### Análisis Inferencial

El análisis de los datos se realizó con el software estadístico SPSS 17.0 para Windows.

Se realizaron análisis bivariantes con tablas de contingencia y estadísticos Chi-cuadrado para variables cualitativas.

**MUCHOS PACIENTES SIENTEN QUE LA EPOC LES QUITA EL AIRE POR LAS MAÑANAS.<sup>1</sup>**

**› Rapidez de acción y eficacia sostenida con Seebri® Breezhaler® 1 vez/día<sup>2</sup>**

Anticolinérgico de larga duración administrado una vez al día para el tratamiento de mantenimiento de la EPOC<sup>3</sup>

**Seebri® Breezhaler®**  
La nueva forma de liberar rápidamente a los pacientes con EPOC.

**NOVARTIS PHARMACEUTICALS**

Una vez al día **seebri® breezhaler®** 44mcg bromuro de glicopirronio

NUEVO

1304022591

**REFERENCIAS:** 1. Partridge MR, Karlsson N, Small IR. Patient insight into the impact of chronic obstructive pulmonary disease in the morning: an internet survey. *Current medical research and opinion*. Aug 2009;25(8):2043-2048. 2. Karvin E, et al. Efficacy and safety of MNA237 versus placebo and tiotropium in patients with COPD: the GLOW2 study. *Eur Respir J* 2012;40: 1106-1114. 3. Ficha Técnica de Seebri Breezhaler, septiembre de 2012. **NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Seebri Breezhaler 44 microgramos polvo para inhalación (cápsula dura). **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** cada cápsula contiene 63 microgramos de bromuro de glicopirronio equivalente a 50 microgramos de glicopirronio. Cada dosis liberada (la dosis que libera la boquilla del inhalador) contiene 55 microgramos de bromuro de glicopirronio equivalentes a 44 microgramos de glicopirronio. **Excipientes con efecto conocido:** cada cápsula contiene 23,6 mg de lactosa (como monohidrato). Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA:** polvo para inhalación (cápsula dura). Cápsulas transparentes de color naranja que contienen un polvo blanco, con el código del producto «GFL50» impreso en negro por encima de una línea negra y el logo de la compañía (L) impreso en negro por debajo de la misma. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas.** Seebri Breezhaler está indicado para el tratamiento broncodilatador de mantenimiento, para el alivio de los síntomas en pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). **Posología y forma de administración.** **Posología:** la dosis recomendada consiste en la inhalación del contenido de una cápsula una vez al día, utilizando el Inhalador de Seebri Breezhaler. Se recomienda que Seebri Breezhaler se administre a la misma hora cada día. Si se olvida una dosis, la próxima dosis debe administrarse tan pronto como sea posible. Se debe indicar a los pacientes que no se administren más de una dosis al día. **Poblaciones especiales: Población de edad avanzada.** Seebri Breezhaler puede utilizarse a la dosis recomendada en pacientes de edad avanzada (a partir de 75 años de edad) (ver sección "Reacciones adversas"). **Insuficiencia renal:** Seebri Breezhaler puede utilizarse a la dosis recomendada en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. En pacientes con insuficiencia renal grave o enfermedad renal terminal que requieren diálisis, Seebri Breezhaler debe utilizarse únicamente si el beneficio esperado supera el riesgo potencial (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Insuficiencia hepática:** no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia hepática. El glicopirronio se elimina principalmente por vía renal, por lo tanto no se espera un aumento importante de la exposición en pacientes con insuficiencia hepática. **Población pediátrica:** no existe una recomendación de uso específica para Seebri Breezhaler en la población pediátrica (menores de 18 años) en la indicación de EPOC. **Forma de administración:** para vía inhalatoria exclusivamente. Las cápsulas deben administrarse únicamente con la ayuda del Inhalador de Seebri Breezhaler (ver sección "Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones"). Las cápsulas no deben tragarse. Se debe instruir a los pacientes sobre cómo administrar el medicamento correctamente. Para consultar las instrucciones de uso del medicamento antes de la administración, ver sección "Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones". **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección "Lista de excipientes". **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** No para uso agudo: Seebri Breezhaler está indicado para el tratamiento de mantenimiento a largo plazo, una vez al día y no está indicado para el tratamiento inicial de episodios agudos de broncoespasmo, es decir, como tratamiento de rescate. **Broncoespasmo paradójico:** no se ha observado broncoespasmo paradójico en los ensayos clínicos realizados con Seebri Breezhaler. Sin embargo, se ha observado broncoespasmo paradójico con otros tratamientos inhalatorios y puede ser potencialmente mortal. Si esto ocurre, se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento con Seebri Breezhaler e instaurar una terapia alternativa. **Efecto anticolinérgico:** Seebri Breezhaler debe utilizarse con precaución en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho o retención urinaria. Se debe informar a los pacientes acerca de los signos y síntomas del glaucoma de ángulo estrecho agudo y de que deben interrumpir el uso de Seebri Breezhaler y contactar con su médico inmediatamente si se desarrolla alguno de estos signos o síntomas. **Pacientes con insuficiencia renal grave:** en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada se observó un aumento promedio moderado en la exposición sistémica total (AUC<sub>0-24</sub>) de hasta 1,4 veces y de hasta 2,2 veces en pacientes con insuficiencia renal grave y enfermedad renal terminal. En pacientes con insuficiencia renal grave (tasa de filtración glomerular estimada inferior a 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), incluyendo los de enfermedad renal terminal, que requieren diálisis, Seebri Breezhaler debe utilizarse únicamente si el beneficio esperado supera el riesgo potencial. Se debe monitorizar estrechamente a estos pacientes por la posible aparición de reacciones adversas. **Pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular:** los pacientes con cardiopatía isquémica inestable, insuficiencia ventricular izquierda, antecedentes de infarto de miocardio, arritmia (excluyendo fibrilación atrial estable crónica), antecedentes de síndrome de QT largo o aquellos con prolongación del intervalo QTc (> 450 ms para hombres o >470 ms para mujeres) (método Friedricia), se excluyeron de los ensayos clínicos y, por lo tanto, la experiencia en este grupo de pacientes es limitada. Seebri Breezhaler debe utilizarse con precaución en este grupo de pacientes. **Excipientes:** Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o problemas de absorción

de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se ha estudiado la administración concomitante de Seebri Breezhaler con otros medicamentos que contienen anticolinérgicos, por lo tanto, no está recomendada. En un ensayo clínico en voluntarios sanos, la cimetiđina, un inhibidor del transportador de cationes orgánicos, la cual se cree que contribuye a la excreción renal del glicopirronio, incrementó la exposición total (AUC) a glicopirronio en un 22% y disminuyó el aclaramiento renal en un 23%. En base a la magnitud de estos cambios, no se espera una interacción de los fármacos clínicamente relevante cuando el glicopirronio se administra conjuntamente con cimetiđina u otros inhibidores del transportador de cationes orgánicos. La administración concomitante de Seebri Breezhaler e indacaterol inhalado vía oral, un agonista beta<sub>2</sub>-adrenérgico, en condiciones de estado estacionario de ambas sustancias activas, no afectó la farmacocinética de ninguno de los medicamentos. **Estilidad, embarazo y lactancia.** **Embarazo:** no hay datos relativos al uso de Seebri Breezhaler en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. El glicopirronio debe utilizarse únicamente durante el embarazo si el beneficio esperado para el paciente justifica el riesgo potencial para el feto. **Lactancia:** se desconoce si el bromuro de glicopirronio se excreta en la leche materna. Sin embargo, el bromuro de glicopirronio (incluyendo sus metabolitos) se excretó en la leche de ratas lactantes. Únicamente se debe considerar el uso del glicopirronio por mujeres en periodo de lactancia, si el beneficio esperado para la mujer es mayor que cualquier posible riesgo para el lactante. **Fertilidad:** los estudios de reproducción y otros datos en animales no indican ningún problema con respecto a la fertilidad en machos o hembras. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia del glicopirronio sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas. Resumen del perfil de seguridad:** la reacción adversa más frecuente de los anticolinérgicos fue sequedad bucal (2,4%). La mayoría de las notificaciones de sequedad bucal fueron sospechosas de estar relacionadas con el medicamento y fueron leves, sin que ninguna de ellas llegase a ser grave. El perfil de seguridad está además caracterizado por otros síntomas relacionados con los efectos anticolinérgicos, incluyendo signos de retención urinaria, los cuales fueron poco frecuentes. También se observaron efectos gastrointestinales incluyendo gastroenteritis y dispepsia. Las reacciones adversas relacionadas con la tolerabilidad total incluyeron irritación de garganta, rinofaringitis, rinitis y sinusitis. **Resumen tabulado de las reacciones adversas:** las reacciones adversas notificadas durante los seis primeros meses de dos ensayos clínicos pivote de fase III de 6 y 12 meses de duración se enumeran según la clasificación de órganos del sistema MedDRA (Tabla 1). Dentro de cada clase de órganos del sistema, las reacciones adversas se clasifican por frecuencias, incluyendo primero las más frecuentes. Dentro de cada grupo de frecuencias, las reacciones adversas se especifican por orden decreciente de gravedad. Además, la correspondiente categoría de frecuencia para cada reacción adversa se basa en la siguiente convención: muy frecuentes (> 1/10); frecuentes (> 1/100 a < 1/10); poco frecuentes (> 1/1.000 a < 1/100); raras (> 1/10.000 a < 1/1.000); muy raras (< 1/10.000); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Tabla 1: Reacciones adversas notificadas en la base de datos en agrupación de 6 meses.** 1) Más frecuente para glicopirronio que para placebo en la base de datos de 12 meses únicamente. 2) Observado más frecuentemente para glicopirronio que para placebo en pacientes de edad avanzada > 75 años únicamente. Descripción de reacciones adversas seleccionadas: En la base de datos que reúne los datos de 6 meses, se recogen las reacciones adversas y frecuencias para Seebri Breezhaler y placebo, que fueron del 2,4% versus 1,1% para sequedad bucal, del 1,0% versus 0,8% para insomnio y del 1,4% versus 0,9% para gastroenteritis, respectivamente. La sequedad bucal se notificó principalmente durante las 4 primeras semanas de tratamiento con una duración media de cuatro semanas en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, en el 40% de los casos los síntomas continuaron durante el período completo de 6 meses. No se notificaron nuevos casos de sequedad bucal en los meses 7-12. **Sobredosis.** Dosis elevadas de glicopirronio pueden conducir a signos y síntomas anticolinérgicos para los cuales puede estar indicado un tratamiento sintomático. No es probable que se produzca intoxicación aguda por la ingestión oral involuntaria de las cápsulas de Seebri Breezhaler debido a que la biodisponibilidad oral es reducida (5% aproximadamente). La concentración plasmática máxima y la exposición sistémica total tras la administración intravenosa de 150 microgramos de bromuro de glicopirronio (equivalente a 120 microgramos de glicopirronio) a voluntarios sanos fueron unas 50 y 6 veces mayores, respectivamente, que las obtenidas en el estado estacionario con la dosis recomendada (44 microgramos una vez al día) de Seebri Breezhaler y fueron bien toleradas. **DATOS FARMACÉUTICOS: lista de excipientes.** Contenido de la cápsula: lactosa monohidrato. Estearato de magnesio. **Incompatibilidades.** No procede. **Período de validez:** 2 años. Se debe desechar cada inhalador después de 30 días de uso. **Precauciones especiales de conservación:** no conservar a temperatura superior a 25 °C. Las cápsulas deben conservarse siempre en el blíster para protegerlas de la humedad y extraerlas sólo inmediatamente antes de usar. **Naturaleza y contenido del envase.** El Inhalador de Seebri Breezhaler es de dosis única. El cuerpo del inhalador y el capuchón están fabricados con acrilonitrilo butadieno estireno, los pulsadores están fabricados con metal metacrilato acrilonitrilo butadieno estireno. Las agujas y muelles son de acero inoxidable. Blíster unidosis perforado de PA/Al/PVC - Alu. Envase unitario conteniendo 6 x 1, 12 x 1 o 30 x 1 cápsulas duras, junto con un inhalador. Envase múltiple conteniendo 90 (3 envases de 30 x 1) cápsulas duras y 3 inhaladores. Envase múltiple conteniendo 96 (4 envases de 24 x 1) cápsulas duras y 4 inhaladores. Envase múltiple conteniendo 150 (25 envases de 6 x 1) cápsulas duras y 25 inhaladores. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** debe utilizarse el inhalador que se proporciona con cada nueva prescripción. Se debe desechar cada inhalador después de 30 días de uso. **Instrucciones de uso y manipulación: cómo usar su inhalador:** 1. Retire el capuchón. 2. Abra el inhalador: sujete firmemente la base del inhalador e incline la boquilla. De esta manera se abrirá el inhalador. 3. Prepare la cápsula: separe uno de los blísters de la tira de blíster rasgando por la línea de perforación. Coja un blíster y despegue la lámina protectora para exponer la cápsula. No presione la cápsula a través de la lámina. 4. Extraiga una cápsula: las cápsulas deben conservarse siempre en el blíster y extraerlas sólo inmediatamente antes de usar. Con las manos secas, extraiga una cápsula del blíster. No trague la cápsula. 5. Introduzca la cápsula: introduzca la cápsula en el compartimiento para la cápsula. No coloque nunca una cápsula directamente en la boquilla. 6. Cierre el inhalador: cierre el inhalador hasta que oiga un «clic». 7. Perfore la cápsula: sujete el inhalador en posición vertical con la boquilla hacia arriba. Perfore la cápsula presionando firmemente ambos pulsadores al mismo tiempo. Realice esta operación sólo una vez. Deberá oír un «clic» en el momento en que se perfora la cápsula. 8. Suelte completamente los pulsadores. 9. Espire: antes de introducir la boquilla en su boca, espire completamente. No soplo dentro de la boquilla. 10. Inhale el medicamento: para inhalar el medicamento profundamente en sus vías respiratorias; sujete el inhalador como se muestra en la figura. Los pulsadores deben quedar situados a la derecha e izquierda. No presione los pulsadores. Introduzca la boquilla en su boca y cierre los labios firmemente en torno a ella. Inspire de forma rápida y constante y tan profundamente como pueda. No presione los pulsadores. 11. Nota: cuando inspire a través del inhalador, la cápsula girará en la cámara y usted deberá oír un zumbido. Notará un gusto dulce cuando el medicamento penetra en sus pulmones. Si no oye un zumbido: la cápsula puede estar atascada en el compartimiento. Si esto ocurre, abra el inhalador y libere la cápsula con cuidado dando golpecitos en la base del mismo. No presione los pulsadores. Inhale el medicamento de nuevo repitiendo los pasos 9 y 10. 12. Contenga la respiración: después de que haya inhalado el medicamento, contenga la respiración durante un mínimo de 5-10 segundos o todo lo posible mientras no le resulte incómodo, al tiempo que extrae el inhalador de la boca. Seguidamente espire. Abra el inhalador para comprobar si queda polvo en la cápsula. Si queda polvo en la cápsula: cierre el inhalador. Repita los pasos 9 a 12. La mayoría de las personas son capaces de vaciar la cápsula en una o dos inhalaciones. **Información adicional:** algunas personas ocasionalmente pueden tener al poco de inhalar un medicamento. En caso de que le ocurra, no se preocupe. Si la cápsula está vacía, es que ha recibido suficiente cantidad de su medicamento. 13. Después de que haya acabado de tomar su dosis diaria de Seebri Breezhaler: abra de nuevo la boquilla, y elimine la cápsula vacía extrayéndola del compartimiento para la cápsula. Coloque la cápsula vacía en la basura de su casa. Cierre el inhalador y coloque de nuevo el capuchón. No conserve las cápsulas en el inhalador de Seebri Breezhaler. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Novartis Europharm Limited Wimbleshurst Road Horsham West Sussex, RH12 5AB Reino Unido. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** EU/112/788/001-006. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** 28.09.2012. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>. **PRECIO Y CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Seebri Breezhaler 44 microgramos (30 cápsulas + inhalador) PVP IVA: 47,61 euros. Medicamento sujeto a prescripción médica. Reembolsado por el Sistema Nacional de Salud con aportación reducida.

Tabla 1: Reacciones adversas notificadas en la base de datos en agrupación de 6 meses

Reacciones adversas	Frecuencia
<b>Infecciones e infestaciones</b>	
Rinofaringitis <sup>1</sup>	Frecuente
Rinitis	Poco frecuente
Cistitis	Poco frecuente
<b>Trastornos del metabolismo y de la nutrición</b>	
Hiperglucemia	Poco frecuente
<b>Trastornos psiquiátricos</b>	
Insomnio	Frecuente
<b>Trastornos del sistema nervioso</b>	
Cefalea <sup>2</sup>	Frecuente
Hipoestesia	Poco frecuente
<b>Trastornos cardíacos</b>	
Fibrilación auricular	Poco frecuente
Palpitaciones	Poco frecuente
<b>Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos</b>	
Congestión sinusal	Poco frecuente
Tos productiva	Poco frecuente
Irritación de garganta	Poco frecuente
Epistaxis	Poco frecuente
<b>Trastornos gastrointestinales</b>	
Sequedad bucal	Frecuente
Gastroenteritis	Frecuente
Dispepsia	Poco frecuente
Caries dental	Poco frecuente
<b>Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo</b>	
Erupción cutánea	Poco frecuente
<b>Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo</b>	
Dolor en las extremidades	Poco frecuente
Dolor torácico musculoesquelético	Poco frecuente
<b>Trastornos renales y urinarios</b>	
Infección del tracto urinario <sup>2</sup>	Frecuente
Disuria	Poco frecuente
Retención urinaria	Poco frecuente
<b>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración</b>	
Fatiga	Poco frecuente
Astenia	Poco frecuente

Posteriormente se hizo un análisis multivariante mediante la técnica de regresión lineal.

## RESULTADOS

De una muestra teórica inicial de 243 escolares, se realizó el estudio estadístico con 218 sujetos, lo que supone un 89,7% del tamaño muestral inicial (10,3% de pérdidas, lo que equivale a 25 alumnos). Los valores estadísticos se basaron en todos los casos en datos válidos. Se utiliza para definir el sobrepeso y la obesidad las tablas estandarizadas de Cole, que se pueden consultar en el Anexo 3.

De forma global para todos los centros escolares, la Media del peso fue de 39,14Kg. Según los ciclos escolares, encontramos variaciones en las medias del IMC, siguiendo éstas una progresión ascendente de sus valores según aumentamos en edad o periodo, pasando del 15,16 en Infantil al 21,16 en Secundaria, como se aprecia en la tabla 1.

Con respecto al Riesgo Relativo de los grupos Primaria y Secundaria y con un intervalo de confianza (IC) del 95%, nos encontramos con valores de 15.45 (2.18-109.33) para el primero y 11.45 (1.59-82.6) para el segundo, comparándolo con el grupo infantil. Teniendo en cuenta el intervalo de confianza, como mínimo tienen entre el 118% y el 59% de más riesgo los niños de primaria y secundaria respectivamente tomando como referencia el estado en infantil. Estos valores quedan reflejados en las tablas 6 y 7.

Los factores socio-demográficos de la población se pueden apreciar en la tabla 2. El porcentaje de Obesidad resultante es del 9,5%, 13,2% en el caso de Sobrepeso, con lo que el 22,7% de los escolares estudiados presentan exceso de peso (Figura 1). La prevalencia de sobrepeso en la edad infantil está en torno al 3%, que sumado a la obesidad suma una prevalencia total del 4,5%. En el caso de la suma de obesidad y sobrepeso en Primaria la prevalencia es del 32,8%.

Si nos centramos en los factores asociados a la obesidad estudiados mediante la encuesta (cuyos datos se pueden consultar en la tabla 2), se ha llegado a la conclusión que el 80,3 y el 78,3% de los escolares no tiene antecedentes familiares

de Obesidad entre sus progenitores o hermanos respectivamente.

En la tabla 3 se pueden apreciar los resultados por porcentajes y frecuencia de la realización de ejercicio físico y hábitos alimenticios y de vida de los escolares a estudio. Se aprecia que la realización de ejercicio físico no es algo habitual, llegando a un 48% los que declaran que sólo de vez en cuando (menos de 3 veces a la semana) o nunca lo realizan. Sin embargo la mayoría acepta tener una dieta mediterránea, con un consumo de dulces, bollería, pizzas o hamburguesas esporádico (entre el 62,3 y el 85% lo hacen sólo de vez en cuando).

Un factor estudiado y que se refleja en esta misma tabla, ha sido el uso de aparatos tecnológicos por parte del niño (videoconsolas, ordenadores, televisión), como indicador de sedentarismo y de las nuevas tendencias sociales en el ámbito social de los niños y jóvenes, objetivando un 68,8% de porcentaje en los que los niños declaran no usarlos nunca o de vez en cuando.

Con respecto a la prevalencia de Obesidad y Sobrepeso de los niños incluidos en el estudio, la percepción subjetiva de los padres del peso del niño va en consonancia con estos datos objetivos, pues el 82,4% de los padres cree adecuado el peso del niño estando el mismo en normopeso (Figura 2).

Por último, en la tabla 4 se pueden analizar la relación de Sobrepeso/Obesidad con algunos factores estudiados.

## DISCUSIÓN

Los datos de obesidad y sobrepeso encontrados en este estudio avalan la alta prevalencia de exceso de peso que existe en España, ya sea a nivel nacional, regional o rural, como constatan diversos estudios: El más importante es el Estudio enKid, que evaluó los hábitos alimenticios y el estado nutricional de la población infantojuvenil española (8), siendo un referente actual para el estudio de la Obesidad Infantil, y como tal se utiliza en este estudio. En el estudio enKid se detecta una prevalencia global de Obesidad Infantil y Sobrepeso del 26,3%, del Sobrepeso aislado del

12,4% y de la Obesidad del 5,8% si se utiliza como referencia las tablas internacionales usados por Cole (que son las utilizadas en este estudio). Esta prevalencia es superior en niños que en niñas y en las regiones de Canarias y Andalucía, dato que se intentará corroborar en una población rural de esta última región y que ya fue corroborado en la Encuesta Nacional de Salud de 2003.

Otros estudios basados y centrados en este problema de salud global han sido el estudio PAIDOS, el realizado por Moreno y cols., el RICARDIN(9) o más recientemente el ALADINO-Estrategia NAOS (10)(11)(estudio de prevalencia de OI en España incluidas Ceuta y Melilla realizado por el Ministerio de Sanidad, que objetiva un 45,2% de exceso de peso en escolares de 6 a 9 años, con un 5% más en niños que en niñas) o el realizado por el grupo colaborativo español para el estudio de la Obesidad (SEEDO)(12) con un 24,5% de prevalencia si sumamos sobrepeso y obesidad y edad escolar.

A nivel regional la fuente más importante de información actual es la Encuesta Andaluza de Salud 2003, pero no incluye medidas antropométricas objetivas. Cifras objetivas en Andalucía nos lo da una revisión que pone de manifiesto que el 9,1% de las niñas y el 11,7% de los niños están por encima del percentil 95 del IMC, y de forma más cercana para los objetivos de este estudio el estudio Carmona, realizado en esta localidad (prevalencia de obesidad del 8,8% y 6% en niños y niñas respectivamente, según criterios de Cole).

Comparando el presente estudio con los anteriormente descritos, vemos una disminución del porcentaje tanto de la obesidad y el sobrepeso en su conjunto (22,7 frente al 26,3 del estudio enKid a nivel nacional o 29,4 a nivel regional, o del ALADINO con un porcentaje de exceso de peso del 45,2% en niños entre 6 y 9 años frente al 32,8% en escolares entre 4 y 10 años en nuestro estudio). Por género tenemos una prevalencia de Obesidad y Sobrepeso del 16,7% en chicas y 27,7% en chicos.

Estos datos no son completamente extrapolables al centrarse este estudio en la prevalencia según ciclo escolar y no por la edad del escolar como los estudios antes referenciados, pero nos hace tener una visión global del problema por regiones y planificar planes de actuación integrales.

A destacar en nuestro estudio estaría la nula prevalencia de obesidad en niños en el ciclo escolar Infantil (niños de 3 años), con una baja prevalencia de sobrepeso en torno al 3%, y una bastante elevada prevalencia de obesidad en Primaria del 15,5%, dato a tener bastante en cuenta a la hora de planificar los planes sanitarios preventivos.

Con respecto al análisis bivariantes de los posibles factores estudiados asociados al exceso de peso, no se encuentra una relación entre variables que sea estadísticamente significativa ni en el consumo de alimentos que componen la dieta mediterránea, ni en los factores sociales de ocupación familiar, antecedentes familiares, número de hermanos o el uso de nuevas tecnologías, con  $p > 0,05$ . Aunque tenemos que tomar estos datos con mucha cautela, pues más del 20% de las casillas de cada tabla tienen frecuencias esperadas menores a 5 (podemos estar ante un posible sesgo del estudio a nivel muestral, de información o en la recogida de los datos). Este hecho supone una limitación al estudio que habría que valorar e intentar solventar en futuros estudios mediante una recogida de datos más adecuada, aumentando el tamaño muestral para mejorar el valor de  $p$  y con herramientas que nos eliminen los posibles sesgos.

En la tabla 4 se reflejan algunos porcentajes de exceso de peso global según distintas variables, sin especificar su significación estadística.

Sin embargo sí se encuentra relación significativa entre la percepción subjetiva del peso del niño por los padres y el diagnóstico de obesidad, pero con esta pequeña salvedad que se comentó anteriormente.

Donde sí se encuentra una relación estrecha y de alto grado es entre la obesidad y la edad del niño o ciclo de estudios, como podemos ver en las tablas 6 y 7. Encontramos un riesgo mayor de exceso de peso en niños de los 2 últimos ciclos escolares con respecto a los de Infantil, concretamente un 118% más en Primaria y un 59% más en Secundaria. De la misma forma este riesgo es mayor en algunos colegios que en otros, con un riesgo casi 5 veces mayor (OR 4,8). Habría que estudiar para completar y afianzar este dato las características demográficas y socioculturales de cada centro escolar con el fin de analizar esta relación (que no es un objetivo del presente estudio).

En cualquier caso, este hecho nos puede guiar a la hora de centrar las intervenciones sanitarias en el problema de la Obesidad en unos grupos de edad o en determinadas zonas urbanas.

Un último dato a referir, que de nuevo se corrobora en este estudio es que el género del niño es un factor de riesgo para ser obeso, en concreto el género masculino, con una OR de 3,45.

Con estos datos y como conclusión, se puede hacer una doble valoración: por un lado habría que ampliar el estudio para determinar los factores que influyen en la alta prevalencia de Obesidad en determinados centros escolares de la zona de estudio, y por otro trabajar para poder eliminar todas las limitaciones en cuanto a posibles sesgos y valores perdidos que se han producido en este estudio, y así mejorar la validez interna y externa del estudio.

En cualquier caso, quedan demostradas las cifras preocupantes de Obesidad y sobrepeso en la infancia, que son un problema global, y que son necesarias políticas de prevención tanto a nivel nacional, como regional, y más cercanamente al ciudadano, rural para intentar erradicar esta "epidemia de siglo XXI".

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer la colaboración en este estudio de la Unidad de Gestión Clínica de Las Cabezas y el Distrito Sanitario Sevilla Sur, contribución importante en cuanto a facilidades para la recogida y procesamiento de datos, en particular a D. Efrén Ramos Calero (Unidad de Producción Asistencial) y Antonio Velázquez Salas (Director de Cuidados).

Asimismo ha sido importante la labor que los profesores de las clases escolares han hecho, ofreciendo su tiempo y apoyo para la entrega y recogida de cuestionarios y Consentimientos Informados, de forma altruista.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ballabriga A, Carrascosa A, Obesidad en la infancia y adolescencia. 2º Edición. Madrid: Ergon SA 2001. p. 559-82.

2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Resolución de la 57ª Asamblea mundial de la salud. Ginebra: La Organización; 2004.

3. Quelly SB, Lieberman LS. Global Prevalence of overweight and obesity on preschoolers. *Anthropol Anz.* 2011; 68:437-56.

4. International Obesity Task Force, European Association for the study of Obesity. Obesity in Europe. The case for action. 2002. URL: <http://www.ionf.org/media/euobesity.pdf>

5. Martín JJ, Hernández LS, González MG, Méndez CP, Rey Galán C, Guerrero SM. Trends in childhood and adolescent obesity prevalence in Oviedo 1992-2006. *Acta Paediatr.* 2008 Jul; 97(7):955-8.

6. Aguilar Cordero MJ, González Jiménez E, García García CJ y cols. Obesity in a school children population from Granada: assessment of the efficacy of an educational intervention. *Nutr. Hosp.* Vol 26 no.3 Madrid; 2011.

7. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clin (Barc).* 2003; 121: 725-732.

8. Grupo Cooperativo Español para el Estudio de los Factores de Riesgo Cardiovascular en la Infancia y la Adolescencia. Factores de riesgo cardiovascular en la infancia y la adolescencia en España. Estudio RICARDIN I: valores de referencia. *An Esp Pediatr.* 1995; 43(1):11-17.

9. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio de prevalencia de la Obesidad Infantil- Estudio Aladino (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad). 2011. URL: <http://www.naos.aesan.msc.es/naos/investigacion/aladino/>

10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia Naos. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y prevención de la Obesidad. Madrid: Coiman SL; 2005.

11. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem LL. Prevalencia de la obesidad en España. Resultados

del estudio SEEDO 2000. Med Clin (Barc). 2003; 120: 608-612.

12. Martínez Rubio A, Soto Moreno AM, Ramírez de Arellano Espadero A, Oliver Navarro B, Lama Herrera C, Macarro Sancho C, et al. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012. Sevilla: Junta de Andalucía-Consejería de Salud; 2006: 18-19.

13. Cole T, Bellizi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000; 320: 1240-1245.

14. Salas-Salvadó J, Rubio M, Barbany M, Moreno B, Grupo colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc). 2007; 128: 184-196.

15. Serra Majem L, Ribas Barba L, Ngo de la Cruz J, Ortega Anta RM, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J. Alimentación, jóvenes y dieta mediterránea en España. Desarrollo del KIDMED, índice de calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia. In: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Alimentación infantil y juvenil. Barcelona: Masson; 2004 (reimpresión). p. 51-59.

**TABLA 1**

*Datos descriptivos por ciclo escolar de las variables antropométricas*

		Media	Desv. Típica
<b>INFANTIL</b>	Peso	15,35	2,18
	Talla	0,99	0,05
	IMC	15,16	1,24
	Edad	3	0
<b>PRIMARIA</b>	Peso	37,9	14,28
	Talla	1,38	0,11
	IMC	19,16	4,46
	Edad	9	1,63
<b>SEGUNDARIA</b>	Peso	56,17	14,05
	Talla	1,61	0,06
	IMC	21,16	4,06
	Edad	13,38	0,6

**TABLA 2***Factores sociodemográficos de la población a estudio*

		Frecuencia	Porcentaje válido
<b>PAIS</b>	Alemania	1	0,6
	China	2	1,3
	España	149	96,8
	Marruecos	2	1,3
	Total	154	100
<b>Nº HERMANOS</b>	Ninguno	28	18,18
	Uno	91	59,09
	Más de uno	35	22,73
	Total	154	100
<b>AF.OBESIDAD</b>	Padre	18	11,8
	Madre	6	3,9
	Ambos	6	3,9
	Ninguno	122	80,3
	Total	152	100
<b>HNOS OBESIDAD</b>	Ninguno	119	78,3
	Uno	15	9,9
	Hijo único	18	11,8
	Total	152	100

**TABLA 3***Hábitos de vida y alimentación de la población a estudio*

		Frecuencia	Porcentaje válido
<b>EJERCICIO</b>	Todos los días	27	17,9
	Habitualmente	50	33,1
	De vez en cuando	38	25,2
	Nunca	36	23,8
	Total	151	100
<b>FRUTA/VERDURA</b>	Todos los días	49	31,8
	Habitualmente	50	32,5
	De vez en cuando	46	29,9
	Nunca	9	5,8
	Total	154	100
<b>CARNE/PESCADO</b>	Todos los días	13	8,4
	Habitualmente	113	73,4
	De vez en cuando	27	17,5
	Nunca	1	0,6
	Total	154	100
<b>LECHE/LÁCTEOS</b>	Todos los días	134	87
	Habitualmente	16	10,4
	De vez en cuando	2	1,3
	Nunca	2	1,3
	Total	154	100
<b>CEREALES/LEGUMBRES</b>	Todos los días	39	25,3
	Habitualmente	92	59,7
	De vez en cuando	21	13,6
	Nunca	2	1,3
	Total	154	100
<b>DULCES/BOLLERIA</b>	Todos los días	19	12,4
	Habitualmente	32	20,9
	De vez en cuando	96	62,7
	Nunca	6	3,9
	Total	153	100
<b>PIZZA/HAMBURGUESA</b>	Todos los días	0	0
	Habitualmente	16	10,4
	De vez en cuando	131	85,1
	Nunca	7	4,5
	Total	154	100
<b>JUEGOS TECNOLÓG.</b>	Todos los días	19	12,4
	Habitualmente	28	18,3
	De vez en cuando	65	42,5
	Nunca	41	26,8
	Total	153	100

**TABLA 4***Porcentajes de prevalencia de obesidad y sobrepeso según distintas variables*

		Sobrepeso y Obesidad	Normopeso
<b>Género</b>	Hombre	27,7	72,3
	Mujer	16,7	83,3
<b>Ciclo escolar</b>	Infantil	4,5	95,5
	Primaria	32,8	67,2
	Secundaria	21,1	78,9
<b>Colegios</b>	Infantil 3A Bautista	4,8	95,2
	Primaria 6ºB Valladares	30	70
	Primaria 5ºA Vargas	29,2	70,8
	Primaria 3ºB Vargas	66,7	33,3
	Secundaria 2ºC Cabezas	35,7	64,3
	Secundaria 2ºB Brackembury	13,3	86,7
<b>Frutas/Verduras</b>	Nunca	37,5	62,5
	De vez en cuando	28,9	71,1
	Habitualmente	16,7	83,3
	Todos los días	16,7	83,3
<b>Carne/Pescado</b>	Nunca	0	100
	De vez en cuando	16	84
	Habitualmente	22,5	77,5
	Todos los días	25	75
<b>Peso subjetivo</b>	Insuficiente	9,1	90,9
	Excesivo	69,2	30,8
	Adecuado	17,6	82,4
<b>Piza/Hamb</b>	Nunca	16,7	83,3
	De vez en cuando	20,5	79,5
	Habitualmente	31,3	68,8

**TABLA 5***Valores de Sobrepeso y Obesidad según el nivel de escolarización del sujeto*

		Frecuencia	Porcentaje
<b>INFANTIL</b>	Normopeso	43	97,7
	Sobrepeso/Obesidad	1	2,3
<b>PRIMARIA</b>	Normopeso	61	64,9
	Sobrepeso/Obesidad	33	35,1
<b>SECUNDARIA</b>	Normopeso	54	74
	Sobrepeso/Obesidad	19	26

**TABLA 6**

Valores de Riesgo Relativo (RR) y Odds Ratio (OR con respecto al ciclo escolar)

		Evaluado	IC	95%
	RA control	2,3%	-2,1%	A 6,7%
	RA experimental	35,1%	25,5%	A 44,8%
INFANTIL/PRIMARIA	RR	15,45	2,18	A 109,33
	RRR	1444,7%	118,2%	
	NNT	4	3	A 5
	OR	23,26	3,06	A 176,66
	RA control	2,3%	-2,1%	A 6,7%
	RA experimental	26%	16%	A 36,1%
INFANTIL/SECUNDARIA	RR	11,45	1,59	A 82,60
	RRR	1045,02%	58,8%	
	NNT	5	3	A 8
	OR	15,13	1,95	A 117,58

**FIGURA 1**

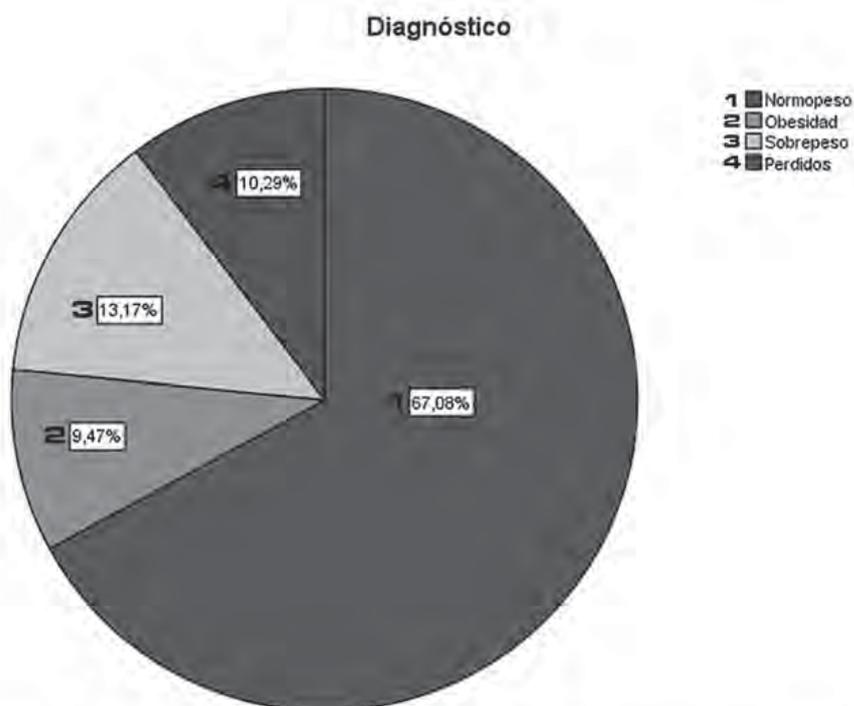


Gráfico de sectores para la prevalencia de Obesidad y Sobrepeso Infantojuvenil. Se incluyen porcentajes de perdidos.

FIGURA 2

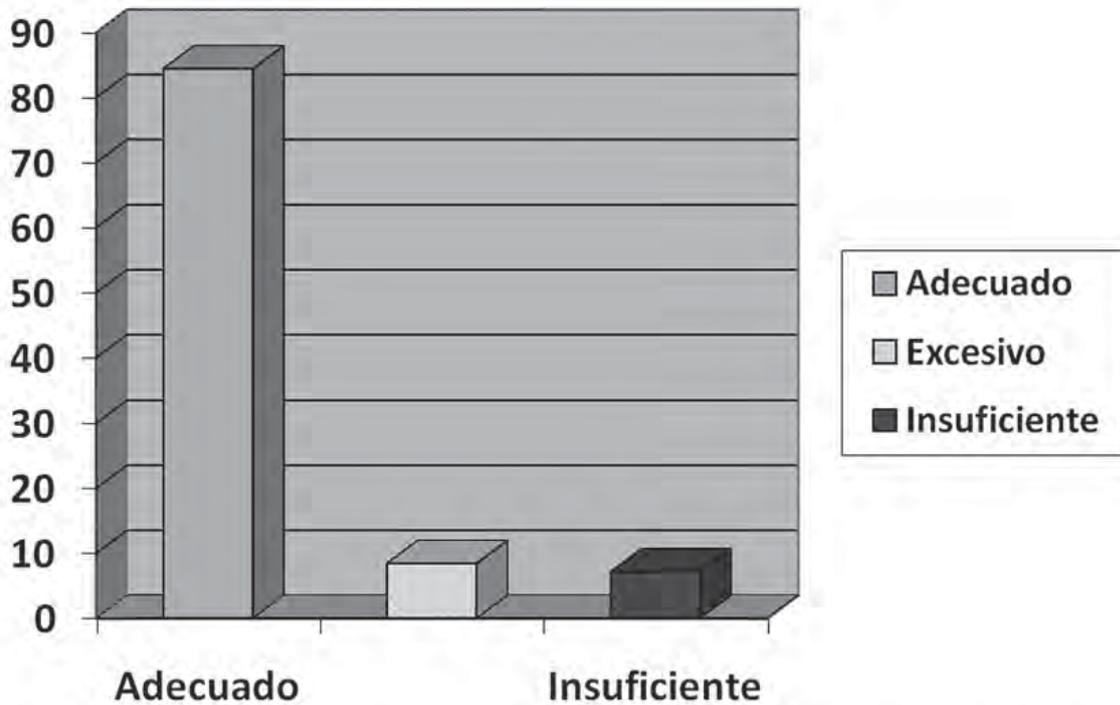


Gráfico de barras que muestra la percepción subjetiva del peso del niño por los padres.

ANEXO 1

AUTORIZACION PARA ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE UGC LAS CABEZAS

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_  
 en calidad de (padre/madre/tutor) \_\_\_\_\_ del niño/a  
 \_\_\_\_\_

Declaro haber sido informado de la realización de un estudio para conocer la situación nutricional y hábitos de vida de escolares del municipio de Las Cabezas de San Juan y la medida de su peso y talla para este fin (cuyos datos son confidenciales)

Después de haber sido informado de las características del estudio, acepto la participación de mi hijo/hija/tutelado en el mismo, pudiendo en cualquier momento revocarla o cancelarla y tener acceso a los datos de mi entrevista.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma: D/Dña \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

1. ¿Qué edad tiene el niño/a?
2. ¿Cuántos hermanos tiene el niño?
  - 2.1. Ninguno
  - 2.2. Uno
  - 2.3. Más de uno
  - 2.4. Hijo único
3. ¿Cuál es su país de procedencia?
4. ¿Qué nivel de estudios tiene el niño/a?
  - 4.1. Educación Primaria.
  - 4.2. Educación Secundaria.
5. ¿Cuál es la ocupación laboral del Progenitor o Tutor legal del niño/a?
  - 5.1. Agricultura.
  - 5.2. Trabajos manuales como Carpinteros o Mecánicos.
  - 5.3. Construcción.
  - 5.4. Transportes, Turismo, Restauración.
  - 5.5. Sector sanitario, Educativo o similar.
  - 5.6. Otros.
6. ¿Hay en la familia algún progenitor (padre o madre) con sobrepeso u Obesidad?
  - 6.1. Padre.
  - 6.2. Madre.
  - 6.3. Ambos.
  - 6.4. Ninguno.
7. ¿Tiene el niño algún hermano con exceso de peso y/o Obesidad?
  - 7.1. Ninguno.
  - 7.2. Uno.
  - 7.3. Más de uno.
  - 7.4. Es Hijo único.
8. ¿Practica el niño/a algún tipo de ejercicio físico o deportivo en sus horas libres?
  - 8.1. Todos los días.
  - 8.2. Habitualmente (más de 3 veces a la semana).
  - 8.3. De vez en cuando (menos de 3 veces a la semana).
  - 8.4. Nunca.

Ahora se le realizarán algunas preguntas sobre los hábitos alimenticios del niño basándonos en la Dieta Mediterránea:

9. ¿Toma el niño/a alguna pieza de fruta o verdura en su dieta (ensaladas, como acompañamiento, como postre...)?
  - 9.1. Todos los días
  - 9.2. Habitualmente (más de 3 veces a la semana)
  - 9.3. De vez en cuando (menos de 3 veces a la semana)
  - 9.4. Nunca
10. ¿Toma el niño/a Carne o Pescado en su dieta?
  - 10.1. Todos los días
  - 10.2. Habitualmente (más de 3 veces a la semana)
  - 10.3. De vez en cuando (menos de 3 veces a la semana)
  - 10.4. Nunca
11. ¿Y leche o productos lácteos?
  - 11.1. Todos los días

- 11.2. Habitualmente (más de 3 veces a la semana)
- 11.3. De vez en cuando (menos de 3 veces a la semana)
- 11.4. Nunca
  
- 12. ¿Toma cereales y/o legumbres (arroz, garbanzos, lentejas...)?
- 12.1. Todos los días
- 12.2. Habitualmente (más de 3 veces a la semana)
- 12.3. De vez en cuando (menos de 3 veces a la semana)
- 12.4. Nunca
- 13. ¿Toma dulces y bollería?
- 13.1. Todos los días
- 13.2. Habitualmente (más de 3 veces a la semana)
- 13.3. De vez en cuando (menos de 3 veces a la semana)
- 13.4. Nunca
- 14. Por último en relación a la dieta, ¿Con que frecuencia consume el niño/a alimentos como Hamburguesas, Pizzas o alimentos precocinados/precongelados?
- 14.1. Todos los días
- 14.2. Habitualmente (más de 3 veces a la semana)
- 14.3. De vez en cuando (menos de 3 veces a la semana)
- 14.4. Nunca
- 15. ¿Con que frecuencia utiliza videoconsolas, ya sean portátiles o no, ordenadores o aparatos de última tecnología?
- 15.1. Todos los días
- 15.2. Habitualmente (más de 3 veces a la semana)
- 15.3. De vez en cuando (menos de 3 veces a la semana)
- 15.4. Nunca
- 16. ¿Cómo considera el peso actual del niño/a?
- 16.1. Adecuado
- 16.2. Excesivo
- 16.3. Insuficiente

**ANEXO 3****TABLA DE VALORES DE IMC PARA OBESIDAD Y SOBREPESO SEGÚN COLE, INCLUIDA EN PIOBIN**

Edad (años)	IMC SOBREPESO		IMC OBESIDAD	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,8	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,4	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,39	19,17
5,5	17,45	17,2	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,6	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,1	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24	24,11
10,5	20,2	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,1	25,42
11,5	20,89	21,2	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,5	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,2
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,3	29,11
15,5	23,6	24,17	28,6	29,29
16	23,9	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,7	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,7	29,84
18	25	25	30	30

## ORIGINAL

# Estudio cualitativo sobre las expectativas de las gestantes con respecto a un parto menos medicalizado

Vena M<sup>1</sup>, Puertas de la Luz R<sup>2</sup>, Revolo Sanchez M<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Dispositivo de apoyo. Chiclana de la Frontera (Cádiz)

<sup>2</sup>Médico especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

<sup>3</sup>Médico especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Dispositivo de apoyo. San Fernando (Cádiz)

*Este trabajo se configura como la segunda parte del ya publicado Vena M, Revolo Sánchez M. Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. Med fam Andal. 2011; 3: 273-285. URL: [http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v12n3/v12n3\\_05\\_original.pdf](http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v12n3/v12n3_05_original.pdf)*

## RESUMEN

**Título:** estudio cualitativo sobre las expectativas de las gestantes con respecto a un parto menos medicalizado.

**Objetivo:** explorar opiniones de gestantes sobre un parto menos medicalizado.

**Diseño:** estudio observacional descriptivo, mediante grupos focales.

**Emplazamiento:** dos centros de salud públicos de atención primaria de ámbito urbano.

**Población y muestra:** embarazadas en el 3<sup>er</sup> trimestre de gestación captadas desde las consultas de seguimiento de embarazo de dos centros de salud entre septiembre 2008 y enero 2009 para la creación de grupos focales.

**Intervenciones:** se convocaron cinco grupos de 4-5 personas, con una duración de unos 45-90 minutos. El tamaño total de muestra fue de 21 personas. Se realizaron

3 preguntas generales: expectativas sobre el parto; conocimientos previos respecto al parto menos medicalizado; y valoración de las decisiones a tomar en el momento del parto. Para asegurar la validez de los datos, el análisis del estudio cualitativo se hizo mediante triangulación de investigadores. Las gestantes fueron seleccionadas aleatoriamente a partir de las consultas de seguimiento del embarazo y de las sesiones de educación maternal.

**Resultados:** las gestantes esperan un parto rápido, sencillo y en el hospital, expresan miedo a posibles complicaciones, a lo desconocido y al dolor. Tienen la idea general de que el parto está protocolizado: la mayoría desean analgesia epidural, aceptan el rasurado y enema por motivos higiénicos y prefieren esperar a la evolución natural del parto antes de realizar la episiotomía de forma rutinaria. Prefieren que se realicen los tactos vaginales imprescindibles. Destacan la utilidad de las técnicas de respiración. La realización del registro cardiotocográfico continuo durante la dilatación genera opiniones contrapuestas.

Demandan más información sobre posturas de dilatación, evolución del expulsivo y utilidad de la oxitocina, así como más información a los familiares. Desean poder participar de forma activa sin miedo a tomar decisiones equivocadas. Guardar la intimidad es uno de los aspectos más valorados.

**Conclusiones:** mejorar la información sobre la indicación de las pruebas realizadas, las fases del parto, técnicas que pueden utilizarse y nuevas tendencias.

Mayor deseo de conocimientos y una actitud menos conservadora de las gestantes a la hora de tomar decisiones durante el parto.

**Palabras clave:** embarazo (pregnancy), parto natural (natural childbirth), proceso embarazo (pregnancy process).

Correspondencia: María Vena  
Dispositivo de apoyo Chiclana  
Distrito Bahía de Cádiz-La Janda  
Av. Ramón de Carranza, 19  
11006 Cádiz  
E-mail: mvena77@hotmail.com

Recibido el 05-09-2012; aceptado para publicación el 22-02-2013  
Med fam Andal. 2013; 2: 129-137

## SUMMARY

**Title:** A Qualitative Study on the Expectations of Mothers Regarding the De-Medicalization of Childbirth.

**Goal:** To explore the opinions of expectant mothers on less medicalized approaches to childbirth.

**Design:** A descriptive observational study based on focus groups.

**Setting:** Two urban primary health care centers in a publicly-financed health care system.

**Setting and Sample:** Women in their third trimester who received medical consultations under the health centers' pregnancy monitoring programs between September 2008 and January 2009 were selected to participate in focus groups.

**Interventions:** Five groups of 4-5 persons were scheduled for sessions that lasted between 45-90 minutes. A total of 21 persons were included in the sample. Three general questions were posed: expectations regarding the birthing process; prior knowledge regarding more natural forms of childbirth; and an assessment of decisions to be made when the moment arrived. The qualitative study was performed using investigator triangulation to ensure the data's validity. Pregnant mothers were randomly selected during visits to their doctor and in maternal education classes.

**Results:** Mothers wanted their births to be quick, simple and in a hospital setting. They expressed fears regarding possible complications, facing the unknown, and pain. Their general impression is that childbirth is subjected to a protocol: the majority wants epidural anesthesia, accepts being shaven and the administration of enemas for hygienic reasons. They prefer to wait for childbirth to occur at its natural pace rather than having a routine episiotomy performed. They would prefer vaginal exams to be performed only when absolutely necessary. They emphasize the usefulness of breathing techniques. The use of a cardiotocograph during the dilatation phase generates contradictory opinions. They ask for more information on body positions that facilitate dilation, the evolution of fetal expulsion and the utility of oxytocin, and more information for family members. They would like to be able to participate actively without fearing that they might make wrong decisions. Respect for privacy is one of the most highly valued aspects.

**Conclusions:** Improve information regarding the need for tests that are performed, the phases of childbirth, techniques that can be used, and new trends. Mothers express the desire to learn more and be less conservative when making choices during childbirth.

**Key words:** pregnancy, natural birth, pregnancy process.

## INTRODUCCIÓN

El actual Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio existente en Andalucía, se define como aquel proceso por el que, tras el deseo expreso de gestación por parte de la mujer o el diagnóstico de embarazo, se programan las actividades para su seguimiento de forma integrada entre los profesionales de Atención Primaria y Especializada, fomentando la participación de la mujer en el desarrollo del mismo. Obtener información directa sobre las ideas acerca de un parto más natural para enriquecer la orientación de los servicios a las necesidades y demandas del ciudadano y optimizar los recursos disponibles es de gran importancia (Proceso asistencial integrado embarazo parto y puerperio. Junta de Andalucía. Ed 2005).

Con respecto al momento del parto, la OMS explica claramente que muchas de las prácticas que se están utilizando no son necesarias incluso algunos pueden resultar perjudiciales. Las madres reclaman una atención en los paritorios más acorde con la fisiología del parto, un proceso que en el 90% de los casos se desarrolla de forma normal sin necesitar teóricamente ningún tipo de intervención (9 y 10).

La posición vertical (en cuclillas o en genupectoral) favorece el parto ampliando la salida y acortando en longitud el canal vaginal, permitiendo a su vez, que las articulaciones de la cadera se amplíen más, que la fuerza de gravedad actúe en el descenso disminuyendo el número de desgarros y favoreciendo que el recién nacido encuentre su camino (9).

En la mayoría de los hospitales españoles, prácticas como el rasurado, el enema, la monitorización constante, la perfusión de oxitocina, etc. son la

norma cuando existen estudios y la misma OMS no lo recomienda(10). La realización rutinaria de la episiotomía no está justificada (9). La OMS considera necesaria (su realización en el 20% de los partos. En países como Holanda esta cifra no llega al 8%. En España, el 90% de las mujeres que dan a luz por primera vez la sufren.

Intenta dar a conocer este estudio las expectativas que las gestantes presentan sobre su parto, la información que éstas reciben durante todo el proceso del embarazo y parto, así como su deseo si existiese de participar activamente en éste.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se emplea un diseño cualitativo mediante la técnica de grupo focal en mujeres incluidas en el programa de control de embarazo entre septiembre 2008 y enero 2009 de las áreas sanitarias de los centros de salud de Loreto-Puntales (Cádiz) y Rodríguez Arias (San Fernando).

### **Población de referencia y de estudio:**

Gestantes en el tercer trimestre incluidas en el Programa de Control de Embarazo mediante el registro en Diraya.

### **Criterios de inclusión y exclusión:**

Se incluyen todas las gestantes de bajo riesgo (Anexo 2), pertenecientes a los centros de salud de Loreto-Puntales y Rodríguez Arias, que han seguido su control de embarazo en dichos centros durante los meses de septiembre 2008 a enero 2009.

Se han excluido del estudio aquellas gestantes que presentan alguna enfermedad crónica, patología previa o asociada durante el embarazo que precise un seguimiento especializado por parte del servicio de embarazo de alto riesgo y las residentes fuera del área de salud evaluada.

### **Tamaño de muestra y procedimiento de estudio:**

En el CS Loreto Puntales se atendieron en el año 2007 a 175 pacientes incluidas en el proceso de embarazo, en el año 2008 a 168 pacientes, así que estimamos por tanto que la media mensual sea

de 14.3 pacientes. Entre septiembre de 2008 y enero de 2009 han sido captadas en el proceso de embarazo 54 pacientes que cumplían los criterios del estudio.

En el CS Rodríguez Arias durante 2007 se atendieron a 292 embarazadas, en el año 2008 a 254 pacientes, así que estimamos por tanto que la media mensual sea de 22.75 pacientes. Entre septiembre de 2008 y enero de 2009 han sido captadas en el proceso de embarazo 102 pacientes.

Las gestantes que participaron en los grupos focales fueron seleccionadas aleatoriamente a partir de las consultas de seguimiento del embarazo y de las sesiones de educación maternal.

Se utiliza la técnica de grupo focal, formando 5 grupos homogéneos de 4-5 personas: dos grupos de primíparas, dos de múltiparas y uno mixto. El tamaño total de la muestra fue de 21 personas. Se citaron a más gestantes pero algunas de ellas no acudieron a la cita, preguntándose telefónicamente el motivo y destacando entre los más frecuentes: tener otros hijos menores a su cargo, tener alguna consulta médica ese día u olvido de la cita. La media de edad fue de  $30 \pm 5$  años. Las reuniones tuvieron una duración de 45 a 90 minutos.

La moderación se realizó en cada sesión por una única persona, con el apoyo de dos o tres observadores, que se ocupan de los medios de grabación y de registrar los contenidos más relevantes, así como la actitud de las participantes ante cada tema abordado y contrastando a posteriori los resultados. Para asegurar la validez de los datos, el análisis del estudio cualitativo se hizo mediante triangulación de investigadores, y para garantizar la fiabilidad se envió el informe final del análisis de los datos obtenidos a las participantes, para que pudiesen manifestar su aprobación.

La grabación de las sesiones se realizó mediante audio para facilitar la confidencialidad y comodidad de las gestantes. Posteriormente se transcribieron por dos personas, contrastando y analizando la información.

Al inicio de la sesión se explicaron los objetivos, las normas de funcionamiento y se pidió el consentimiento para su grabación. Se realizaron 3 preguntas generales: expectativas sobre el parto; conocimientos previos respecto al parto menos

medicalizado; y valoración de las decisiones a tomar en el momento del parto, iniciando una nueva cuando la discusión de la anterior hubo finalizado o no se plantearon nuevas cuestiones de forma espontánea.

### **Recogida de datos y fuentes de información:**

Para valorar las expectativas de las gestantes respecto a un parto menos medicalizado, se realizaron grupos focales, previa información en las citas de educación maternal del tercer trimestre de embarazo, sobre el carácter voluntario, anónimo y los objetivos del estudio. Los investigadores elaboraron las preguntas y las presentaron al grupo sin participar de forma activa. Las participantes debaten las preguntas sin interferencias por parte de los profesionales, para no influir en sus opiniones. Se desarrolló un guión semiestructurado más amplio con los temas que se deseaban tratar, de forma que el moderador pudiese plantearlas si no aparecían durante el debate. El análisis de la información obtenida se hizo siguiendo las fases para el análisis de grupos focales, mediante la transcripción literal de las grabaciones, lectura preliminar de las mismas y elaboración de las categorías sobre los temas de interés. Se establece como criterio para asignar una categoría el que todos los investigadores estén de acuerdo, descartándose el resto por considerarse de escasa consistencia científica. Las opiniones más relevantes, dentro de cada categoría, se agruparon y ordenaron en función del tiempo de debate ocupado, el número de embarazadas que coincidían en la misma opinión y la intensidad emocional a la hora de expresar las opiniones, siendo éste uno de los criterios más relevantes. Posteriormente se codificó cada transcripción, dividiendo el texto en fragmentos y cada fragmento se asignó a una de las categorías.

Se analizó el contenido de cada grupo focal y de cada categoría independientemente y se elaboró el informe final unificando las semejanzas y diferencias encontradas entre cada grupo focal por cada investigador/ observador.

Las limitaciones y posibles sesgos que encontramos son:

- Sólo se recogen opiniones de las gestantes incluidas en el programa de seguimiento del embarazo. Aquellas que no hacen el segui-

miento del embarazo en su centro de salud no se entrevistaron.

- Las gestantes pueden tener dudas sobre la confidencialidad de sus datos o verse coaccionadas por la presencia del personal sanitario a la hora de dar sus opiniones libremente, pese a la explicación previa a la reunión y antes de comenzar la misma.
- Aquellas mujeres que durante su embarazo han tenido problemas bien con la gestación en sí o con el programa de control de embarazo pueden estar más motivadas para participar en el grupo, ya que desean que quede constancia de ello.
- Las expectativas respecto al parto podrían estar condicionadas por la experiencia vivida en partos anteriores.
- Las gestantes que no han seguido las clases de educación maternal no fueron incluidas en el estudio.
- Olvido de la cita por parte de la embarazada.
- Diferencias entre número de gestantes y edad media en ambas áreas.

## **RESULTADOS**

Análisis comparativo de los grupos focales:

### **A. Citas del programa de embarazo:**

En cuanto al número de citas, opinan que están bien, siempre que vayan a recibir una información y se les vaya a realizar alguna prueba, para evitar que se produzcan citas poco útiles. Algunas estarían más satisfechas si hubiese una ecografía antes de la semana 12 de gestación, para comprobar la viabilidad fetal.

### **B. El proceso del parto:**

#### *B.1. Información:*

Las gestantes tienen el concepto de que al llegar al hospital van a ser dirigidas en todo por parte de

los diferentes profesionales, ya que está todo protocolizado y te dan poca opción a elegir. Piensan que estas pautas se han establecido generalmente por comodidad del personal.

Por otro lado demandan más información sobre cómo es el parto en sí, ya que la mayor parte de la información aportada es de las etapas previas. Uno de los grupos compuesto por mujeres que habían tenido previamente un hijo (hace más de 6 años) opinaba que en la actualidad se daba más información que hace años, pero no era completa ni satisfactoria para ellas. Creen que en ocasiones los profesionales sanitarios dan información y explicaciones escasas, lo cual lo relacionan con la rutina del trabajo. Existe un acuerdo general en que el principal papel de ellos es explicarles en términos fáciles de entender, ofrecerles una atención adecuada, e indicarles paso a paso, de forma que sepan lo que va a ir ocurriendo y ello les aporte mayor tranquilidad.

Alguno de los grupos opinaba que deberían darles la información a medida que va transcurriendo el parto, sin necesidad de que pregunten, y otro de los grupos pensaba que debían ir preguntando ellas para que les diesen más información.

Destaca la opinión de uno de los grupos en cuanto a la información dada a los familiares, ya que refieren que es nula y que deberían notificarles periódicamente cómo se encuentran la madre y cómo se va desarrollando el parto, para tranquilizarlos.

“La mayoría de los partos están dirigidos por los médicos, la matrona,... que natural, natural,... pocos partos hay”; “está todo preparado para la comodidad de ellos”; “deben darnos información del momento justo, se quedan en las contracciones”; “creo que deben dar más información a toda la familia que esta fuera esperando”.

### *B.2. Expectativas y miedos sobre el parto:*

Las embarazadas esperan que su parto sea rápido, sencillo, en un hospital y con los dolores normales, aunque manifiestan que para cada una es una experiencia diferente.

El miedo que se manifiesta en todos los grupos realizados es sobre las posibles complicaciones. En uno de ellos compuesto por primíparas, manifestaban tener miedo al dolor y otro de los

grupos (mixto) indicaron que tenían miedo a lo desconocido, ya que conocen poco sobre las fases del parto y cómo deben desarrollarse, y a no saber qué hacer en cada momento

“Lo más rápido posible, y sin muchos medicamentos ni muchas cosas, lo más natural posible”; “realmente a lo que tengo miedo es a que haya complicaciones”; “en un primer momento se piensa en el dolor”; “miedo al dolor no, miedo más que nada a cómo va a pasar”.

### *B.3. Procedimientos durante el parto:*

#### *B.3.1. Posturas, dilatación y expulsivo:*

En general, las embarazadas manifiestan tener poca información sobre las diferentes posturas que pueden adoptar tanto en el período de dilatación como en el expulsivo, aunque conocen a través de medios externos que existen posturas menos dolorosas que facilitan el desarrollo del parto, pero piensan que en los hospitales dan pocas opciones a elegir principalmente para mantener la comodidad del personal sanitario, y sin embargo opinan que deberían ofrecerse estas opciones y preocuparse más por lo que necesite cada mujer.

Uno de los grupos opina que les gustaría preguntar durante el parto sobre si pueden adoptar diferentes posturas y que los profesionales las vayan corrigiendo en caso de no ser adecuadas. En otro de los grupos (multíparas) alguna de las gestantes no se había planteado que pudiese haber posturas más acordes a la fisiología hasta que lo comentaron en clase de educación maternal:

“Si supiéramos que hay otros tipos de formas”; “nos falta información”; “yo creo que deberían preocuparse más porque vaya todo bien y lo que necesita en cada momento la mujer, porque cada persona es diferente”; “ya se están escuchando varias técnicas de dilatación, y para parir, incluso de pie y en el agua, y yo eso lo veo muy bien, la verdad”.

#### *B.3.2. Episiotomía y cesárea:*

Todos los grupos conocen que la episiotomía se realiza para evitar desgarros vaginales, pero en general opinan que se realizan más de las estrictamente indicadas, principalmente por comodidad del personal que las atiende. Algunos grupos no

se posicionan sobre si les gustaría decidir si debe hacerse, y otro opina que deben esperar la evolución natural y en caso de que puedan aparecer complicaciones realizarla, aunque todas creen no poder tener opción a tomar esta decisión.

En cuanto a la cesárea, no tiene una información sanitaria sobre sus indicaciones generales, pero uno de los grupos opina que en la actualidad está aumentando el número, y en muchas ocasiones por motivos circunstanciales del personal, con lo cual no están de acuerdo:

“Cuando se tenga que hacer, que se haga, si no hay más remedio”; “yo creo que también por comodidad del médico”; “deben tener paciencia, porque eso no creo yo que sea algo rápido y veloz, porque cada cosa tiene su tiempo”.

### B.3.3. Epidural y oxitocina:

En todos los grupos realizados existen dos opiniones sobre el uso de la epidural, algunas de las embarazadas no han tomado aún una decisión sobre si desean utilizarla, unas porque no conocen con exactitud sus efectos secundarios y tienen miedo a que ocurran complicaciones, y otras porque prefieren evitarla para tener un parto más natural, y con más control sobre la evolución (contracciones); hay otro grupo de embarazadas que desean solicitarla porque opinan que cualquier técnica que ayude a controlar el dolor durante el parto es un beneficio en la evolución del mismo.

En cuanto a la utilización de oxitocina, esta cuestión sólo apareció en uno de los grupos, entre las cuales la mayoría no había oído hablar de ella, y alguna sabe que se utiliza para acelerar las contracciones, pero no su indicación real, por lo que en general opinan que debe valorarse cada caso individualmente y utilizarla sólo cuando sea necesario, para evitar posibles efectos secundarios innecesarios (aumento del dolor):

“Gustarme, yo creo que no, pero tampoco quiero pasar más dolor”; “(con epidural) no sabes realmente cómo va el parto, no sientes bien y no empujas bien”; “yo creo que todo lo que te quite el dolor es fantástico”.

### B.3.4. Otras técnicas (respiración, registro cardiocardiográfico (RCTG), tactos vaginales):

Todos los grupos coinciden en que el RCTG les aporta seguridad al escuchar el latido cardíaco fetal, pero creen que debe ir acompañado de información médica complementaria periódicamente; sin embargo, opinan que tiene la desventaja de estar mucho tiempo en determinada postura. En cuanto a esto, la mayoría de las embarazadas refiere que les gustaría decidir si desean tenerlo puesto de forma continua o intermitente, y otras (múltiparas con hijo anterior hace más de 6 años) opinan que lo aguantarían de forma continua si es beneficioso para controlar a su futuro bebé.

En cuanto a las respiraciones, todas creen que han cobrado gran importancia en la educación maternal y que puede ayudar a conseguir tranquilizarse y controlar mejor el dolor durante el parto.

A dos de los grupos la matrona les dio información completa sobre el rasurado y los enemas, indicándoles que aunque anteriormente se realizaban de forma sistemática, en la actualidad no es necesario. Sin embargo, opinan que por motivos higiénicos, no les importaría, e incluso alguna va a hacerlo en casa antes de ir.

En cuanto a los tactos vaginales, sólo algunas conocían su indicación, porque lo explicaron en clase de educación maternal al menos en uno de los grupos. Uno de los grupos (mixto con múltipara con hijo anterior hace menos de 5 años) comentaba que no era adecuado realizarlos en exceso y sólo debían hacerse para saber en qué momento del parto se encontraban. Todas opinaban que si se realizaban de forma continua y por diferentes personas podían llegar a ser molestos:

“Las correas son para controlar el corazón del feto”; “que haya un personal médico que me vaya informando”; “yo creo que las respiraciones son importantes”; “ya nos lo explicó la matrona, que realmente no hacen falta ni los enemas ni el rasurado, depende de quién te toque, y además tú misma, a veces por limpieza”; “la matrona nos explicó que los tactos vaginales servían para saber en qué momento de la dilatación estábamos”.

### B.4. Decisiones dentro del parto:

Las embarazadas de los tres grupos opinaban que deberían recibir más información, ya que carecen de ella en cuanto a muchas técnicas y procesos

que pueden utilizarse durante el parto. A uno de los grupos (primíparas) les gustaría poder decidir, con esta información, sobre su propio parto, y que les dieran la opción de ser escuchadas y ayudadas por los profesionales para tomar la mejor opción en cada momento y más acorde a las necesidades de cada una, de forma que el parto sea una experiencia más agradable.

En general todos los grupos piensan que en la actualidad no tienen opción a tomar estas decisiones, e incluso uno de ellos (primíparas) manifestaban que temían que si tomaban la iniciativa y preguntan o proponían cosas podían recibir reprimendas por parte del personal sanitario.

Se aprecian pequeñas diferencias en cada grupo, el primero (primíparas) demanda que se les consulte en cada momento si hay que realizar nuevas exploraciones y técnicas, o si van a intervenir más personas, para poder decidir en cada momento; el segundo (mixto) manifiesta que principalmente le gustaría poder tomar decisiones en cuanto a las posturas y la colaboración de la pareja durante el expulsivo; y el tercero (multíparas con último hijo hace más de 6 años) aunque les gustaría recibir la información, no se posicionan sobre si les gustaría poder decidir durante el parto:

“Yo creo que deberíamos decidirlo todo”; “creo que si yo propongo una forma y ellos me dicen que no, será porque es mejor para el niño”; “al menos que te den la iniciativa para que decidas algo”; “deberían al menos preguntar”; “yo creo que en esos momentos, no nos dejan decidir, qué te van a decir, si es algo que hay que hacer en el momento. No creo que podamos decidir”.

#### *B.5. Intimida, ambiente y personal implicados en el parto:*

Muchas de las gestantes no conocían la cantidad de personas que pueden intervenir en un parto normal, sin embargo, en el momento del parto todas dan mucha importancia a la intimidad, y les gustaría estar acompañadas por pocas personas, su pareja que les da apoyo y tranquilidad, y el personal justo y necesario, sin personas entrando y saliendo que dificulten la concentración y relajación que precisa dicho momento.

Durante el desarrollo del parto les gustaría estar rodeadas de un personal agradable que les ex-

plicara. Uno de los grupos (primíparas) reconoce que en ocasiones, el personal es escaso, la demanda puede llegar a ser excesiva y no se planifican los problemas de personal en determinadas épocas del año. Otro grupo (mixto) piensan que el personal debe respetar la intimidad de la mujer, preguntando siempre que vaya a intervenir más gente, dar un trato amable y que haya una buena comunicación con ellas, que les permita una mayor participación durante el parto tanto de ellas como de su pareja, aunque ellas también deben poner de su parte para que el trabajo conjunto sea más cómodo:

“La persona que te atiende, que te ayuda, que te dice cómo”; “para mí la intimidad es muy importante”; “en el paritorio igual, creo que deberían darte más confianza, más intimidad”; “algo más íntimo, muy personal, con tu pareja, y con la matrona, que haya buena comunicación y sea un trabajo conjunto”.

## DISCUSIÓN

El seguimiento y control de embarazo de bajo riesgo es una de las labores protocolizadas en los centros de salud pública en nuestro país. En nuestro estudio describimos opiniones de las gestantes sobre un parto menos medicalizado, explorando la información previa, los miedos y creencias que manifiestan las gestantes en grupos focales, mediante 3 preguntas básicas que se hacen a las mujeres.

En cuanto a las limitaciones y sesgos encontrados, vemos que sólo se han recogido opiniones de las gestantes incluidas en el programa de seguimiento del embarazo. No podemos descartar la existencia de sesgo de selección ya que las gestantes que no acudieron al centro sanitario no se pudieron entrevistar, así como no se incluyeron las que no participaron en las clases de educación maternal. Asimismo, se suspendieron dos de los grupos convocados por falta de asistencia, por lo que puede existir otro sesgo de selección, ya que las que acudieron a los grupos focales podían ser las más comprometidas con el programa y con una actitud más colaboradora.

La gran mayoría se mostró de acuerdo con el número de pruebas realizadas, salvo en uno de

los grupos que mostraría mayor satisfacción con una ecografía anterior a la semana 12 de gestación para comprobar la viabilidad fetal.

En el "proceso de embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo obstétrico" se contempla que debemos informar de forma adecuada sobre el número y contenido de las visitas de embarazo, los profesionales implicados y la labor de cada uno, el porqué del número de ecografías que se realizan y el momento en que se realizan; cual es la utilidad de cada una de ellas, la necesidad y contenido de las analíticas y toda la información relativa al parto como técnicas, dilatación, expulsivo, medicalización, procedimientos, etc.

Las gestantes refieren recibir poca información sobre un parto más fisiológico, las técnicas utilizadas y las nuevas tendencias en las fases de dilatación y expulsivo, adoptando una actitud conservadora. En diversos estudios analizados hemos encontrado una mayor tendencia a tomar decisiones durante el parto, aunque siempre precedidas de una correcta información.

## CONCLUSIONES

La idea de un parto menos medicalizado despierta un gran interés en la mayoría de las gestantes evaluadas, sin embargo la falta de información origina una actitud final más conservadora, motivo por el que debería mejorarse la información aportada por parte de todos los profesionales implicados en el programa de embarazo, parto y puerperio. Creemos imprescindible entregar a cada gestante un plan de parto, donde puedan formalizar en un documento sus deseos para el parto y nacimiento de su bebé.

Las gestantes manifiestan el deseo de establecer un ambiente más íntimo durante el parto, con la matrona, la embarazada y su acompañante, como algo normal y natural.

### Implicaciones para la investigación:

La evaluación de la importancia del programa de embarazo, parto y puerperio, su correcto y adecuado funcionamiento, precisa de más estudios con un tamaño de muestra mayor. En cuanto a la evaluación de opiniones sobre el parto menos

medicalizado, apreciamos que aún ha de pasar cierto tiempo para que se introduzca dentro del programa de embarazo información suficiente sobre nuevas tendencias que haga que nuestras gestantes puedan adoptar una actitud individualizada y crítica sobre el tema.

### Conflicto de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos:

Los autores agradecen a SAMFyC el Premio de Investigación "Isabel Fernandez" en su convocatoria 2008. A la UDMFyC de Cádiz y los profesionales que han brindado su apoyo durante la realización del trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la especialidad (aprobado el 20-Noviembre-2002) (citado 14-5-2005). URL: [http://www.semfyc.es/es/docencia/nuevo-programa\\_medicina-familia.html](http://www.semfyc.es/es/docencia/nuevo-programa_medicina-familia.html).
2. Mederuelo JA, Haro AM, Pérez F, Valentín AB, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento de embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. Gac Sanit. 2006; 20: 31-9.
3. Sainz-Maza Aparicio M, Sánchez Yubero S, Granados Garrido JA. Encuesta de satisfacción en embarazadas captadas en Atención Primaria. 2001. URL: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/centrosalud8/506-510.pdf>
4. Erci B, Ivanov L. The relationship between women's satisfaction with prenatal service and the characteristics of the pregnant women and the service. Eur J. Contracept Report Health Care. 2004; 9:16-28.
5. Díaz Sánchez S, Cabrera Vélez R, Alonso Roca R, Vázquez Gallego J. Cobertura y calidad del seguimiento de la atención prenatal en un centro de salud. Aten Primaria. 1993; 12: 401.6.

6. Baena Camus L, Plaza Alarcón E, López Ortiz F, Minaya Collado JA, Alguacil Cubero P, Ruiz de Adana Barbal MJ. Evaluación de la calidad de la asistencia prenatal en atención primaria. *Atención primaria*. 1992; 10: 726-9.
  7. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane plus*, 2007 Numero 1. Oxford: Update Software ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de la Cochrane plus library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley and Song, ltd).
  8. Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Borell C, Pérez M<sup>a</sup>M, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gac Sanit*. 2006; 20: 25-30. URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v20n1/original2.pdf>
  9. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, 1985. Declaración de Fortaleza Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet*. 1995; 2: 436-437.
  10. OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS; 1996.
- 

## ANEXOS

### **Anexo 1: Se realizaron 3 preguntas generales**

¿Qué expectativas tiene sobre el parto?

¿Qué conoce sobre el parto natural o no medicalizado, y qué opinión tiene sobre él?

En el momento del parto, ¿le gustaría poder tomar sus propias decisiones sobre cómo le gustaría que fuese?

### **Anexo 2: Riesgo 0 o bajo riesgo**

Este grupo está integrado por gestantes en las que no es posible identificar ninguno de los factores de riesgo que se definen en los apartados siguientes. Para catalogar a una paciente como de "Bajo riesgo" los factores de riesgo han debido ser investigados correctamente. Debe recordarse que "Bajo riesgo" no significa ausencia del mismo, ya que esta situación no existe. Por ello, no es prudente hablar de embarazos sin riesgo, sino de embarazos de bajo riesgo.

## ORIGINAL

# Actividad física en los adolescentes y su relación con características sociodemográficas y ciertos estilos de vida

Gavilán Pedrajas I<sup>1</sup>, Palenzuela Paniagua SM<sup>a2</sup>, Pérula de Torres LA<sup>3</sup>, Fernández García JA<sup>4</sup>, Pérula de Torres C<sup>5</sup>, Jiménez García C<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Rosa. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba

<sup>2</sup>Médico de Familia. CS Otero. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ceuta

<sup>3</sup>Médico Preventivista. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba

<sup>4</sup>Médico de Familia. CS Villarrubia. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba

<sup>5</sup>Enfermero. UGC Villaviciosa de Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba

<sup>6</sup>Médico Preventivista. Distrito Sanitario Guadalquivir. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba

## RESUMEN

**Título:** actividad física en los adolescentes y su relación con características sociodemográficas y ciertos estilos de vida.

**Objetivos:** estimar la prevalencia de actividad física en escolares cordobeses y estudiar qué conductas están relacionadas con la práctica de ejercicio y con el estado de forma física.

**Diseño:** estudio observacional descriptivo, transversal, mediante una encuesta de salud.

**Emplazamiento:** colegios de la provincia de Córdoba (públicos/privados concertados).

**Población y muestra:** niños escolarizados en sexto de primaria (N: 8.944) en el curso escolar 2005/2006; la muestra se seleccionó por muestreo aleatorio polietápico.

**Intervenciones:** mediante cuestionario autoadministrado se preguntó sobre la frecuencia de ejercicio, preferencias y expectativas para la práctica deportiva, estado de forma física, además de otras conductas constitutivas de los estilos de vida. Se llevó a cabo un análisis bivariado y multivariado, con aplicación de regresión logística múltiple.

**Resultados:** se realizaron 1005 encuestas. La edad media es 11,45 años (DT: 0,59; límites: 11-14 años; IC<sub>95%</sub>:11,42-11,49); el 52,8% eran niños. El 97,0% (IC<sub>95%</sub>:95,9-98,1) realizaban actividades físicas extraescolares y el 34,8% (IC<sub>95%</sub>:31,8-37,8) ejercicio físico intenso. Un 75,8% (IC<sub>95%</sub>:73,1-78,5) consideran bueno su estado de forma física. El no hacer deporte intenso, mayor número de horas de visionado de televisión, el tabaquismo, el bajo rendimiento escolar y la mala autopercepción de salud constituyen las variables asociadas con la baja forma física (Razón de Verosimilitud: 149,811; p<0,001).

**Conclusiones:** la mayoría de los escolares practican actividades físicas y más de un tercio realiza ejercicio físico intenso. Existe una relación entre el sedentarismo, el consumo de tabaco y la mala salud autopercebida y el estado de forma física de los adolescentes.

**Palabras clave:** actividad física, salud escolar, estilos de vida, ejercicio físico, infancia.

Correspondencia: Luis Ángel Pérula de Torres  
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba  
Distrito Sanitario Córdoba  
C/ Dr. Blanco Soler, 4  
14004 Córdoba  
E-mail: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 11-12-2012; aceptado para publicación el 04-04-2013  
Med fam Andal. 2013; 2: 138-160

## SUMMARY

**Title:** Physical Activity in Adolescents and its Relationship to Socio-demographic Characteristics and Certain Lifestyles.

**Goal:** Estimate the prevalence of physical activity among school-age children in Cordoba and determine which behaviours can be related to regular exercise and state of fitness.

**Design:** Observational, descriptive, cross-sectional based on a health survey.

**Setting:** Public and semi-private schools in the province of Cordoba.

**Population and sample:** Children enrolled in the sixth grade of primary education (N: 8,944) during the 2005-2006 academic year selected through multistage sampling.

**Interventions:** A self-administered survey was used to formulate questions on exercise frequency, preferences and expectations regarding athletic activity, physical fitness, and other behaviours that contribute to shaping a lifestyle. A bivariate analysis and multivariate analysis was conducted, applying a multiple logistic regression.

**Results:** 1005 surveys were analyzed. The average age is 11.45 (SD: 0.59; limits: 11-14 years; CI<sub>95%</sub>: 11.42-11.49). 52.8% were boys. 97.0% (CI<sub>95%</sub>: 95.9-98.1). 97.0% participated in extracurricular physical activities and 34.8% (CI<sub>95%</sub>: 31.8-37.8) were involved in intense physical exercise. 75.8% (CI<sub>95%</sub>: 73.1-78.5) considered themselves to be in good physical shape. Variables associated with being out of shape (Likelihood Ratio: 149.811; p<0.001) included the following: no involvement in intense physical exercise, more hours spent watching TV, smoking, poor academic performance, and poor self-perception of fitness.

**Conclusions:** Most school-age children engage in physical activities and more than a third of them do heavy exercise. There is a relationship among sedentary lifestyles, tobacco use and poor self-perception of health to adolescents' state of physical fitness.

**Key words:** Physical activity, School health, Lifestyles, Physical exercise, Childhood.

## INTRODUCCIÓN

La relación entre la práctica de actividad física y salud está hoy en día fuera de toda duda. La inactividad física es perjudicial para la salud y existe evidencia científica de que hay una relación causal entre ésta y la aparición de diversas patologías como la cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, osteoporosis, así como el desarrollo de obesidad<sup>(1)</sup>. Del mismo modo y aunque la certeza es menos firme también se ha relacionado un bajo nivel de actividad física con un mayor riesgo de desarrollar determinados tipos de cánceres<sup>(1)</sup> (colon, mama y pulmón).

La Encuesta Nacional de Salud Española<sup>(2)</sup> relaciona la inactividad con un 7% del total de las muertes en España. Según el Estudio sobre Promoción del Ejercicio Físico de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), hay evidencia de que las personas activas viven tres años más de media, con mayor calidad de vida y autonomía personal que los inactivos<sup>(3)</sup>.

Además del coste personal del sedentarismo y la obesidad debemos tener en cuenta el coste social. Se calcula que en la Unión Europea (UE) la obesidad representa hasta un 7% de los gastos de salud pública, cifra que seguirá aumentando habida cuenta de su tendencia al alza.

A pesar de todos los beneficios ya expuestos, la actividad física no es una práctica habitual entre la población. Por el contrario, en los últimos tiempos estamos asistiendo a un incremento del sedentarismo en nuestro medio. Existen datos recientes de que el porcentaje de la población española de 16 y más años que no realiza actividad física es de un 33,3% y un 39,4%, para hombres y mujeres, respectivamente. Asimismo, un 60% de la población considera que no realiza todo el ejercicio físico deseable<sup>(2)</sup>. En cuanto a la práctica de actividad físico-deportiva se refiere, ésta va declinando tras la adolescencia<sup>(4)</sup>. Según el estudio HELENA<sup>(5)</sup> los jóvenes españoles son de los menos activos de Europa y con mayores diferencias entre sexos. Además, existe una preocupación social que se ha visto incrementada recientemente y por sucesivos estudios al mostrarse los bajos niveles de forma física de los adolescentes españoles<sup>(6,7)</sup> y los altos nive-

les de sobrepeso y obesidad<sup>(7)</sup>, asociados todos ellos con unos niveles bajos de actividad física, entre otros factores. En el mismo sentido, dicha preocupación se ha visto reflejada en la propia Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad<sup>(8)</sup> encaminada hacia la intervención nutricional, la promoción de la práctica de actividad física, el control del sobrepeso y de la obesidad. Por otro lado, el estudio Aladino<sup>(9)</sup> expone que existe una tendencia a la estabilización en los últimos años con respecto a la prevalencia de obesidad infantil (6-9,9 años) habiéndose producido un incremento de la misma sólo en las niñas donde alcanza cifras del 15,5%, siendo en niños del 20,9%.

La infancia es una etapa de vida crucial que implica numerosos cambios fisiológicos y psicológicos, durante este período se adquieren múltiples valores y conocimientos, siendo de vital importancia la influencia del entorno sobre la constitución de creencias, actitudes y expectativas de conducta futura<sup>(10)</sup>. Por tanto, resulta de especial relevancia el poder intervenir en dicha etapa ante la posibilidad de evitar la adquisición de estilos de vida perjudiciales, y promover aquellos que sean saludables<sup>(5,8)</sup>. Aquí radica la importancia de conocer dichas conductas y los factores que las condicionan<sup>(11,12)</sup>.

En este artículo el objetivo fue estimar la prevalencia de actividad física y comprobar si determinados estilos de vida de los escolares de 6º de Primaria se hayan asociados con la percepción de su estado de forma física.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional transversal por encuesta de salud. La población de estudio la constituyeron los niños escolarizados en el curso escolar 2005/2006 en sexto de primaria (N: 8.944) de los colegios ubicados en Córdoba, y que dieran su consentimiento para participar.

Como criterios de exclusión se tuvo en cuenta el padecer alguna limitación física o psicológica que impidiese al alumno comprender las preguntas y/o respuestas del cuestionario. El tamaño muestral se fijó en 954 alumnos (fracción

de muestreo: 10,6%), asumiendo un valor de  $p$  (proporción estimada) del 50% (situación de máxima indeterminación), una precisión de  $\pm 3\%$  y un error alfa del 5% (cálculos realizados con el programa estadístico C4-Study-Design-Pack, GlaxoSmikline, v. 1.1.).

Se realizó un muestreo aleatorio polietápico con 3 fases: en la primera se practicó un muestreo estratificado por carácter del centro (público o privado concertado) y ubicación geográfica (Córdoba capital o provincia); en una segunda etapa se realizó un muestreo aleatorio simple, para seleccionar los centros, escogiéndose del listado nominal proporcionado por la Delegación Provincial de Educación de la Junta de Andalucía. Se finalizó con una tercera etapa en la que mediante muestreo por cluster o conglomerados, se incluyeron a todos los alumnos de dichos centros que estaban en el curso objeto del estudio.

Como fuente de recogida de datos se utilizó un cuestionario (anexo 1) basado en el utilizado para el "Estudio de los hábitos de los escolares en relación con la salud" (Health Behaviour in School-Aged Children) (OMS)<sup>(11)</sup>, que había sido previamente validado, con el fin de lograr así la comparabilidad con los resultados de dicho estudio, de ámbito europeo. Se realizó una prueba piloto a una submuestra de 30 escolares de entre 11-14 años de un centro educativo de Córdoba, a fin de constatar el grado de comprensión de las preguntas y la aceptación por parte de los alumnos. El grado de fiabilidad intraobservador del cuestionario ya fue comprobado en los estudios previos realizados por Pérula<sup>(10)</sup>, Gascón<sup>(13)</sup> y Mengual<sup>(14)</sup>.

El cuestionario constaba de 54 preguntas donde se recogían datos de conductas y estilos de vida de muy diversa índole, presentando un apartado específico sobre actividad física. Las variables contempladas en el presente artículo fueron las siguientes: 1.-Sociodemográficas (edad, sexo, carácter del centro escolar (público/concertado) y localización (capital/provincia), y clase social de los padres; 2.-Actividad física: al escolar se le hacía la siguiente pregunta: "Fuera del colegio, ¿cuántas veces realizas actividad física –hacer deporte, pasear, montar en bicicleta, etc. (actividad física extraescolar)? -todos los días, varias veces por semana, alguna vez a la semana, rara vez o nunca-", realización de ejercicio "en el

que se llega al punto de sudar o quedarse sin aliento" (ejercicio físico intenso), actividades deportivas llevadas a cabo fuera del colegio (tipo de actividad deportiva), se le preguntaba si seguiría practicando deporte cuando llegara a la edad de 20 años (expectativas de futura práctica deportiva), autopercepción del estado de forma física, además de la frecuencia de ejercicio físico por parte de los miembros de su entorno socio-familiar. 3.- Otras variables de los estilos de vida presumiblemente interrelacionadas con el desarrollo de ejercicio, tras la revisión de la literatura, también fueron estudiadas (consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, sentimientos de soledad y felicidad, trastornos de salud percibidos y auto-percepción de salud, consumo de medicamentos, rendimiento escolar, tiempo dedicado a ver la televisión y/o uso de ordenador.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de abril y mayo de 2006. Se mantuvo un primer contacto por correo con los directores de los colegios seleccionados y, posteriormente se acordó telefónicamente la fecha para realizar las encuestas. Los cuestionarios fueron autocumplimentados por los alumnos en horas lectivas y sin previo aviso sobre el día acordado con los responsables del centro, con el fin de evitar que se generara un clima de expectación o de inasistencia del escolar que pudiera producir sesgos de selección. El profesor no estaba presente para que los alumnos no se sintieran condicionados en las respuestas. Fueron rechazados aquellos cuestionarios que no hubiesen sido contestados al menos un 75% de sus preguntas.

El análisis estadístico de los datos se ha realizado con el programa EPIDAT 3.1 y el paquete SPSS para Windows (versión 15.0). En primer lugar, se procedió a un análisis descriptivo y al cálculo de los intervalos de confianza para el 95% ( $IC_{95\%}$ ) de los principales estimadores. Se procedió además a un análisis bivariado. Las diferencias de proporciones se han comprobado mediante el test de la  $Ji^2$ , con la corrección de Yates, o Test exacto de Fisher (la edad también se ha cualitativizado). Hemos analizado las relación estadística entre la actividad física con las siguientes variables (son variables que en base a la bibliografía y a la plausibilidad epidemiológica, hemos elegido para explorar): edad, sexo, tipo de colegio (público vs. privado concertado) y ubicación (capital vs provincia), clase social de los padres, deporte

intenso, experimentación con drogas, consumo de tabaco y alcohol, embriaguez, consumo de alimentos en el desayuno y en el recreo, rendimiento escolar, consumo de televisión, consolas o de ordenador, asistencia al médico, morbilidad percibida (mareos, cansancio, nerviosismo), ingesta de medicamentos en el último mes (para el dolor, o para los nervios), autopercepción del estado de salud, sentimiento de felicidad o de soledad. Se asumió un error alfa del 5% ( $p \leq 0.05$ ). Seguidamente, mediante Regresión logística múltiple, realizamos un análisis multivariado<sup>(15)</sup> con el fin de comprobar que estilos de vida estaban relacionados con el estado de forma física; para ello seleccionamos aquellas variables que con el análisis bivariado se había obtenido un valor de  $p \leq 0,15$ , que fueron las que se introdujeron en el modelo máximo: Edad, sexo, clase social de la madre, ejercicio físico intenso, tabaquismo, consumo de alimentos en el recreo, rendimiento escolar, tiempo de consumo de televisión, auto-percepción del estado de salud, y sentimiento de felicidad. Todas las variables independientes han sido introducidas como cualitativas dicotómicas excepto la edad (cuantitativa), la clase social de los progenitores (cualitativa ordinal) y el tiempo de visionado de televisión (cualitativa ordinal). La actividad física quedó clasificada como elevada (agrupación de las categorías <<todos los días>> y <<varias veces a la semana>>) y baja-ninguna (epígrafes <<alguna vez a la semana>>, <<rara vez>> y <<nunca>> del cuestionario). El ejercicio físico intenso se agrupó en sí (<<todos los días>> + <<varias veces a la semana>> + <<alguna vez a la semana>>), y no (<<alguna vez al mes>> + <<menos de una vez al mes>> + <<nunca>>), la variable estado de forma física se recodificó en <<bueno>> y <<malo>> (unión de las categorías <<regular>> y <<malo>>), rendimiento académico en <<bueno>> y <<malo>> (agrupación de <<regular>> y <<malo>>), sentimiento de soledad en sí o no (agrupación de <<siempre>> + <<bastantes veces>> frente a <<alguna vez>> + <<rara vez o nunca>>), autopercepción del estado de salud (<<sano>> vs. <<regular o poco/nada sano>>), autopercepción del estado de forma física en bueno y malo (agrupación <<regular + malo>>), cansancio matutino en sí o no (agrupación de <<siempre>> + <<varias veces/semana>> vs. <<alguna vez/semana>> + <<rara vez/nunca>>). Hemos empleado variables *dummy* en aquellas que presentaban más de dos categorías. La estrategia de modelización

consistió en ir eliminando paso a paso del modelo (método *enter* del SPSS) aquellas variables cuya  $p > 0,10$  contrastado con el estadístico de Wald, hasta conseguir el modelo más parsimonioso. Para comprobar la bondad de ajuste del modelo se utilizó el test de Hosmer-Lemeshow.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e investigación Clínica del Hospital Universitario Reina Sofía.

## RESULTADOS

Se realizaron un total de 1.012 encuestas en 28 colegios de primaria de 19 localidades de Córdoba sobre un total de 8.944 niños escolarizados en sexto de primaria. Fueron anuladas 7 encuestas, con lo que finalmente fueron válidas 1.005. Los escolares presentaban un promedio de edad de 11,45 años con una desviación típica (DT) de + 0,591 (límites: 11-14 años;  $IC_{95\%}$ : 11,42-11,49); el 52,8% eran niños. En cuanto a la nacionalidad, un 98,6% de los escolares eran españoles, siendo la segunda más frecuente la colombiana, con un 0,3%. Por clase social, predominan los trabajadores manuales cualificados (45,7%), seguido de trabajadores no cualificados (12,0%) en el caso de los padres. Entre las madres destaca la clase social del grupo VI y dentro de éste, las amas de casa (41,4%) y las trabajadoras no cualificadas (17,7%).

### Actividad física extraescolar

El 97,0% ( $IC_{95\%}$ : 95,9-98,1) de los niños encuestados afirman realizar algún tipo de deporte extraescolar algún día en semana. Un 42,1% ( $IC_{95\%}$ : 38,9-45,2) alega practicarlo a diario. Los niños, los de colegios públicos y los de la provincia son los que realizan esta práctica diaria en un porcentaje más alto. No hay relación con la edad ni con la clase social de los padres. Aquellos que realizan deporte con más frecuencia son los que se encuentran en mejor forma física (figura 1). De los que practican deporte extraescolar el 97,4% se sienten felices, frente al 83,3% de aquellos que no lo realizan  $-X^2=9,485$ ;  $p=0,002$ .

### Ejercicio físico intenso

El 34,8% ( $IC_{95\%}$ : 31,8-37,8) realiza ejercicio físico intenso de forma diaria. Los niños, los de colegios

públicos y los de la provincia son los que más frecuentemente practican ejercicio con intensidad. No encontramos diferencias por edad ni por la clase social de los progenitores. La realización de ejercicio físico intenso se relaciona con una mejor autopercepción de salud  $-X^2=78,310$ ;  $p<0,001$ , una menor frecuencia de cansancio matutino  $-X^2=25,823$ ;  $p<0,001$  y una mayor facilidad para hacer nuevos amigos  $-X^2=24,521$ ;  $p<0,001$ .

### Tipos de deporte

Los deportes con más aficionados son los de pelota (fútbol, baloncesto, balonmano y voleibol) con un 68,1% de practicantes; le sigue el ciclismo (49,2%), la carrera (35,9%), y la natación (23,7%). Existen diferencias estadísticamente significativas según el sexo (figura 2). Aquellos que practican deporte de pelota y tenis/padel son los que mejor autopercepción física presentan, mientras que solo un 57,1% de los que caminan habitualmente como actividad deportiva se autodefinen con buena forma física (figura 3)  $X^2$  pelota 23,572;  $p<0,001$  vs  $X^2$  caminar=7,020;  $p=0,03$

### Expectativas de futura práctica deportiva

El 47,0% ( $IC_{95\%}$ : 43,8-50,1) afirma que seguirá realizando deporte cuando alcancen los 20 años. Esta frecuencia va disminuyendo a medida que aumenta la edad de los encuestados  $-X^2=15,499$ ;  $p=0,05$ . La intención de seguir haciendo deporte es mayor en los niños (58,1%) que en las niñas (35,4%)  $-X^2=62,64$ ;  $p<0,001$ , en aquellos de colegios privados ( $X^2=12,33$ ;  $p<0,015$ ) y en los de la capital ( $X^2=10,43$ ;  $p=0,034$ ).

### Deporte en personas del entorno

El 78,0% ( $IC_{95\%}$ : 75,4-80,6) de los niños afirman tener un referente para la realización de deporte en personas de su entorno cercano. A menor edad se observa una mayor influencia por parte del entorno familiar para la realización de deporte en el futuro, siendo ésta del 81% a la edad de 11 años  $-X^2=8,565$ ;  $p<0,001$ . Las frecuencias de realización de ejercicio físico en personas del entorno se muestran en la tabla 1. De los que tienen familiares o amigos que realizan deporte, el 86% afirman que realizaran deporte a los 20 años; sin embargo sólo el 67% de los que no tienen influencias familiares expresan intención de realizar ejercicio a esa edad  $-X^2=47,010$ ;  $p<0,001$

### Autopercepción de la forma física

Un 75,8% (IC<sub>95%</sub> 73,1 -78,5) consideran estar en buena forma física. El porcentaje de niños (79%) es superior que el de las niñas (72%)  $-X^2=6,959$ ;  $p<0,031$ . El 97,7% de los que se perciben en buena forma física se encuentran felices; frente a un 68,8% de los que se encuentran en mala forma física ( $X^2=43,478$ ;  $p<0,001$ ). El 71,5% de los que tienen buena autopercepción física opinan que su rendimiento escolar es bueno, frente al 28,6% de los que piensan que están en mala forma física  $-X^2=33,754$ ;  $p<0,001$ . De los que están en buena forma física, el 89,1% encuentran fácil hacer nuevos amigos, siendo este porcentaje de un 43,8% entre los que se autodefinen como en mala forma física ( $X^2=43,142$ ;  $p<0,001$ ). El 37,6% de los que se autoperciben en mala forma física se sienten solos, frente al 6% de los que se encuentran en buena forma física ( $X^2=33,397$ ;  $p<0,001$ )

### Análisis Multivariante

En la tabla 2 se presentan los resultados del modelo de regresión logística que mejor se ajusta en relación a los factores asociados a un mal estado de forma física autopercebido. Cabe destacar en dicho análisis que una mala autopercepción de forma física se asocia con baja frecuencia de práctica de deporte intenso (rara vez/nunca), un mayor tiempo de visionado de televisión (1-2 horas/día), tabaquismo, bajo rendimiento escolar y mala autopercepción de salud, siendo ésta última la variable más fuertemente asociada (OR: 6,96; IC<sub>95%</sub>: 4,20-11,52).

## DISCUSIÓN

Antes de analizar nuestros resultados, conviene señalar algunas limitaciones de nuestro estudio. La población escogida era la de escolares de 6º de primaria, cuyo rango de edad está entre los 11 y los 14 años (aunque estos en escaso número), por lo que resultados no serían generalizables a los adolescentes con otras edades. Aunque la tasa de respuesta al cuestionario fue muy elevada, siendo respondido por la totalidad de alumnos que asistieron a clase, cabe esperar que los escolares que más faltan a la misma suelen presentar conductas y estilos de vida diferentes con respecto a los que sí acuden. Por otra parte, las diferencias

en las características estacionales en el calendario del trabajo de campo pueden afectar a variables específicas, tales como la autopercepción de salud, la incidencia de dolencias o el consumo de fármacos, las dietas o incluso el grado de actividad física, por lo que este hecho se debe tomar en consideración. Además la medida de actividad física por medio de cuestionarios muestran poca concordancia con medidas objetivas y tienden a sobreestimar la actividad física<sup>(10,19)</sup>.

Los resultados obtenidos en este trabajo ponen de manifiesto que casi la totalidad de los escolares (97%) afirman realizar algún tipo de actividad física extraescolar de manera habitual. Estos resultados son claramente superiores a los observados en otros estudios como el de Mendoza<sup>(16)</sup> o el de Gascón<sup>(13)</sup>, también realizados en la provincia de Córdoba. Tres de cada diez niños encuestados afirman realizar ejercicio físico intenso todos los días, éste número asciende a nueve de cada diez si consideramos también "alguna vez a la semana". Esta proporción coincide con la de aquellos que tienen buena percepción de su forma física. A pesar de ello cabe destacar que cuatro de cada diez niños que no hacen ejercicio físico consideran que su forma física es regular o mala. Si comparamos nuestros resultados con los del estudio HBSC España<sup>(11,12,17)</sup>, de referencia obligada dadas sus similitudes metodológicas, advertimos que el porcentaje de adolescentes que realizan ejercicio físico intenso a diario es mayor en nuestra población (35%) que el observado en las tres ediciones de dicho estudio. Las discrepancias por género son más evidentes en nuestra población, con una diferencia del 20% a favor del género masculino, mientras que esa diferencia es menor en las diferentes ediciones. Un estudio realizado en 2006 sobre "Hábitos y actitudes de la población andaluza en edad escolar, ante el deporte"<sup>(18)</sup> pone de manifiesto que un 63% de los escolares andaluces realizan una práctica intensiva o regular de ejercicio físico. Nuestros resultados están en consonancia con esa cifra.

Como se confirma en multitud de estudios<sup>(4-8,10-14,16-25)</sup>, la edad y el género son las características que más se relacionan con la práctica de ejercicio físico. Este incremento en la frecuencia de realización de actividad física puede atribuirse al impacto producido por los medios de comunicación, fundamentalmente a través de la televisión (vueltas ciclistas, olimpiadas, campeonatos de

fútbol...), así como las campañas y programas de promoción de actividad física y hábitos de vida saludable que en los últimos años están adquiriendo mayor importancia<sup>(3,5-8,26)</sup>. Las diferencias que observamos en cuanto a género pueden deberse a razones de índole sociocultural, históricamente se ha vinculado ejercicio físico con deporte y no con actividad física, de ahí que cuando se habla de hacer ejercicio, en general se piensa en realización de deportes que implican un gran sacrificio. Del mismo modo el ejercicio físico se ha relacionado con aspectos que atraen más a los niños, como competitividad, esfuerzo intenso, etc., cuestiones que en términos generales, no motivan ni agradan tanto a las niñas. Por otro lado la oferta de actividad deportiva siempre ha estado más orientada a los niños, mientras que otro tipo de actividades ha sido enfocada hacia las niñas<sup>(22)</sup>, aunque la tendencia en las últimas décadas está cambiando.

En cuanto al tipo de deporte en nuestro estudio se pone de manifiesto que los deportes que gozan de mayor protagonismo son los de pelota (fútbol, baloncesto, balonmano y voleibol) con un alto porcentaje (68%), seguidos del ciclismo, la carrera y la natación. Al diferenciarlos por género nos encontramos con que casi la mitad de las niñas prefieren el aeróbico a otro tipo de deporte, seguido de caminar, repitiéndose en el caso de los niños la preferencia por los deportes de pelota (84%) y el ciclismo, confirmándose por tanto la tendencia en estudios anteriores<sup>(10,13,14,18)</sup>. Otro dato importante que es puesto de manifiesto en nuestro estudio es que la percepción de la forma física es mejor entre los que realizan deportes de pelota que en aquellos que realizan actividades de menor requerimiento tales como caminar.

Todos los estudios revisados<sup>(4-8,10-14,16-25,27)</sup> junto con el nuestro muestran un progresivo abandono y desinterés por el ejercicio a medida que los escolares se hacen mayores, siendo evidente sobre todo con el acceso a la enseñanza secundaria y que se consolida durante la edad adulta como se refleja en el Encuesta Nacional de Salud<sup>(2)</sup>. Esto mismo queda reflejado cuando en nuestro estudio se indaga acerca de la intención futura de seguir realizando ejercicio físico, siendo el porcentaje afirmativo menor a medida que se incrementa la edad y existiendo también diferencias en cuanto al género a favor del masculino al igual que en estudios anteriores<sup>(2,10-14,16-21,27)</sup>.

Los datos sobre la práctica deportiva en personas de su entorno, evidencia que ocho de cada diez niños tienen como referente para la realización de deporte a alguien de su entorno más cercano. Esta influencia es más patente en niños de menor edad, y disminuye a medida que son mayores. Los referentes que realizan deporte más frecuentemente son los amigos y los hermanos, esto mismo también es contemplado por el estudio realizado por el Observatorio del Deporte Andaluz<sup>(18)</sup> con porcentajes similares. Destaca que aquellos niños que observan la realización de actividad física por parte de su entorno (amigos y hermanos fundamentalmente) presentan mayor intención futura de realización de ejercicio físico. De los encuestados en nuestro estudio algo menos de la mitad refiere intención de realizar ejercicio físico en el futuro.

Los hábitos sedentarios de los escolares elevan la morbilidad del adolescente, especialmente hacia la obesidad y otros trastornos de la capacidad de relación social<sup>(28,29)</sup>, y potencian estilos de vida poco saludables. Por tanto se necesitan actividades programadas para promocionar la salud a través del ejercicio y el deporte, dirigidas específicamente a población infantil y adolescente por ser la etapa clave en la adquisición de estas conductas, a través del medio escolar, y, por supuesto, de los progenitores, con el apoyo básico de las instituciones públicas y medios de comunicación<sup>(3,5-8,26)</sup>, y que además esta actividad física sea de la intensidad y frecuencia apropiada. En este sentido según la OMS la prescripción adecuada de ejercicio físico para obtener beneficios a nivel cardiorrespiratorio y metabólico para niños y jóvenes entre 5-17 años es la realización de actividad física de intensidad moderada o vigorosa durante al menos 60 minutos diarios. Recientemente se ha publicado un estudio donde se realiza un análisis crítico sobre las recomendaciones de actividad física en España<sup>(30)</sup>, que aporta evidencias de que la realización de al menos 150 minutos semanales si se realiza con intensidad adecuada podría ser suficiente, flexibilizando por tanto la programación de actividad física diaria. Tiempos mayores de actividad física semanal proporcionan mayores beneficios para la salud; para ello se recomienda incrementar la cantidad hasta llegar a los 300 minutos semanales. Añaden también que dentro de los 60 minutos se ha de realizar ejercicios de fortalecimiento muscular al menos 3 días a la semana.

Resulta importante analizar las tendencias en el uso del tiempo libre de los escolares, para así poder determinar qué posición ocupa la práctica de actividades físico-deportivas. Hemos de tener en cuenta que a medida que aumenta la edad y entran en la adolescencia, disminuye el tiempo de ejercicio físico y se incrementa el tiempo dedicado a otras actividades como el ocio digital (televisión, videoconsola, ordenador, teléfono) <sup>(9,11,12,17,18,29,31)</sup>. El utensilio de ocio digital más utilizado por los encuestados es la televisión. En las últimas décadas, ha aumentado el visionado de la televisión de manera considerable entre los escolares cordobeses, comparándolo con los resultados de otros estudios <sup>(10,13,14,16-18,25)</sup>, siendo de hasta un 41% el porcentaje que ven la televisión más de 3 horas en el fin de semana. Por otro lado es patente la relación inversa entre tiempo dedicado a la realización de ejercicio físico y tiempo dedicado a ver televisión <sup>(11,12,17,18,31)</sup>. Es necesario recomendar la diversificación del uso del tiempo dedicado al ocio, ya que es muy importante a esta edad fomentar otras actividades más saludables de mayor beneficio psíquico y físico para los adolescentes. Por otro lado en un estudio <sup>(32)</sup> reciente se afirma que jugar con videojuegos activos supone más gasto de energía que las actividades sedentarias y es equivalente a una caminata enérgica, y aunque estas actividades no alcanzan el nivel de intensidad que supone el deporte real, ni tampoco la cantidad de ejercicio diario recomendado para los niños, estos resultados proporcionan algún apoyo para el uso de juegos digitales como un complemento, en lugar de una sustitución, del ejercicio regular.

En nuestro trabajo hemos podido constatar que los escolares que realizan ejercicio físico intenso con frecuencia valoran mucho más positivamente su forma física, así como su salud y padecen menos cansancio matutino, son más felices, tienen un mejor rendimiento escolar y una mayor facilidad para hacer nuevos amigos. Por otro lado, algo menos de la mitad de los escolares que se autodefinen como en mala forma física se sienten solos en la mayoría de las ocasiones, presentando este estado de ánimo en mucha menor medida aquellos que consideran estar en buena forma física.

Finalmente con nuestro análisis multivariante queda patente que las variables asociadas a una mala autopercepción de forma física son una es-

casa frecuencia de realización de deporte intenso, un mayor tiempo de visionado de televisión, ser fumador <sup>(20)</sup>, un peor rendimiento escolar y una mala autopercepción de salud, siendo ésta la variable de más peso, ya que aquellos escolares que presentan una mala autopercepción de salud tienen una probabilidad casi 7 veces mayor de presentar una mala autopercepción de la forma física con respecto a los que tienen buena percepción de su salud a igualdad del resto de las variables consideradas en el modelo multivariante.

En conclusión, la frecuencia de práctica de ejercicio físico entre los escolares cordobeses es alta, encontrándose en consonancia con la de Andalucía y resultando superior a la del resto de España, aunque está por debajo de lo considerado óptimo <sup>(30)</sup> para esa edad. Además continuamos constatando una participación de las niñas, en consecuencia habrá que fomentar el interés por el ejercicio y el deporte entre estas y acortar así las diferencias. El fomento del ejercicio físico como hábito saludable debería ir dirigido fundamentalmente a evitar que ante alguno de los cambios vitales que se producen en la adolescencia pueda ser abandonado de forma definitiva. Es interesante destacar la importancia para los adolescentes de la familia -sobre todo a edades tempranas-, y especialmente de los amigos por la influencia que ejercen para que éstos interioricen y adquieran el hábito para que sea practicado a lo largo de toda su vida. Un aspecto no menos importante es cómo la práctica de ejercicio físico resulta determinante para el desarrollo de otros hábitos de vida saludable, para el desarrollo de conductas de salud, de relaciones sociales activas y saludables y por supuesto del rendimiento escolar <sup>(33)</sup>. Por último merece especial mención la importancia que tiene el ejercicio físico intenso en la autopercepción de forma física, y la capacidad de ésta para revelar el estado de salud y de bienestar percibido por los escolares.

#### **Este estudio ha sido subvencionado por las siguientes entidades:**

-Fondo de investigación sanitaria del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba: patrocinio investigación universitaria (Expde. 07/0715).

-Consejería de salud de la Junta de Andalucía: beca de investigación (BOJA nº 8 de 11 de enero de 2006 (Expde. 0110/2006).

-Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria: beca SAMFyC a proyectos de investigación, año 2006 (Expde. 40/06).

-Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria: beca semFYC para la realización de Tesis Doctorales, año 2008.

## BIBLIOGRAFÍA

1.-U.S Department of Health & Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Last updated on: 19/10/2012 <http://www.health.gov/paguidelines>. Acceso 25/10/2012.

2.- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico del Sistema Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2006. Última actualización 19/06/2012. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>. Acceso 26/10/2012.

3.-Sociedad Española de Medicina Comunitaria y Familiar (semFYC). Estudio sobre Promoción del Ejercicio Físico. Enero de 2007. Disponible en: [http://www.mujiydeporte.org/documentos/docs/Estudio%20sobre\\_2007.pdf](http://www.mujiydeporte.org/documentos/docs/Estudio%20sobre_2007.pdf). Acceso 27/10/12

4.-Cano A, Pérez-García I, Casares-Alonso I, Alberola S. Determinantes del nivel de actividad física en escolares y adolescentes: estudio OPACA. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 74: 15-24.

5.- Vicente-Rodriguez G, Libersa CH, Mesana MI, Béghin L, Iliescu C, Moreno LA, et al. Healthy Lifestyle by Nutrition in Adolescence (HEL-ENA). A New EU Funded Project. *Thérapie*. 2007; 62: 259-270.

6.-Ortega FB, Ruiz J, Castillo MJ, Moreno LA, González-Gross M, Warnberg J, et al. Bajo nivel de forma física en los adolescentes españoles. Importancia para la salud cardiovascular futura (estudio Avena). *Rev Esp Cardiol*. 2005; 58: 898-909.

7.-Martinez-Gomez D, Moreno LA, Romeo J, Rey-López P, Castillo R., Cabero M.J, et al. Combined influence of lifestyle risk factors on body fat

in Spanish adolescents--the Avena study. *Obes Facts*. 2011; 4:105-11. Epub 2011 Apr 7.

8.-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Estrategia NAOS. ¿Qué es la estrategia NAOS? Disponible en: [http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/va/naos/estrategia/que\\_es/](http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/va/naos/estrategia/que_es/). Acceso 13/8/2012

9.-Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Estudio de prevalencia de obesidad infantil «ALADINO» (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad). Disponible en: [http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/notas\\_prensa/ALADINO\\_presentacion.pdf](http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/ALADINO_presentacion.pdf).

10.- Pérula LA, Lluch C, Ruiz R, Espejo J, Tapia G, Mengual P. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y ciertos estilos de vida en escolares cordobeses. *Rev Esp Salud Pública*. 1998; 72: 233-44.

11.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Salud Pública. Resultados del Estudio HBSC-2006. NACIONAL. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/nacional\\_hbsc.htm](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/nacional_hbsc.htm). Acceso 20/8/2012

12- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Salud Pública. Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Resultados del estudio HBSC-2010 con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/HBSC2010\\_Completo.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/HBSC2010_Completo.pdf) . Acceso 20/8/2012

13.- Gascón Jiménez FJ. Estudio de los hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de la provincia de Córdoba, excluida la capital [Tesis Doctoral]. Universidad de Córdoba: Facultad de Medicina; 1995.

14.- Mengual P. Estudio de los hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de la ciudad de Córdoba, 1994/1999. [Tesis Doctoral]. Universidad de Córdoba: Facultad de Medicina; 2001.

- 15.- Salvador Figueras M (2000): Introducción al Análisis Multivariante [en línea]. 5campus.com, Estadística. Disponible en: <http://www.5campus.com/leccion/anamul>. Acceso 5/8/2012.
- 16.- Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1994.
- 17.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del estudio Health Behaviur in School-Aged Children. (HBSC-2002.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>. Acceso 20/8/2012.
- 18.- Observatorio del Deporte Andaluz. Hábitos y actitudes de la población andaluza ante el deporte. Encuentro Nacional de Observatorios del Deporte. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Junta de Andalucía; 2010.
- 19.- Martínez-Gómez D, Welk GJ, Calle ME, Marcos A, Veiga OL, the AFINOS Study Group. Preliminary evidence of physical activity levels measured by accelerometer in Spanish adolescents; The AFINOS Study. *Nutr Hosp.* 2009; 24: 226-32.
- 20.- Tercedor P, Martín-Matillas M, Chillón P, Perez IJ, Ortga FB, Wärnberg J, et al. Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en adolescentes españoles. Estudio AVENA. *Nutr Hosp.* 2007; 22: 89-94.
- 21.- Escalante Y, Backx K, Saavedra JM, García-Hermoso A, Domínguez AM. Relationship between daily physical activity, recess physical activity, age and sex in scholar of primary school, Spain. *Rev Esp Salud Pública.* 2011; 85: 481-9.
- 22.- García Ferrando M. Cultura Deportiva y Socialización. En: García Ferrando M, Puig Barata N, Lagardera Otero F. (comps.). Madrid: Sociología del Deporte; 1998.
- 23.- Molinero O, Martínez R, Garatachea N, Márquez S. Pautas de actividad física de adolescentes españolas: diferencias medidas por el día de la semana y la participación deportiva. *Rev Psicol Dep.* 2010; 19:103-16.
- 24.- Sanz E, Tuero C, Márquez S. Relación entre la práctica físicodeportiva y los hábitos de vida relacionados con la salud en adolescentes. *Rev Ed Fis.* 2006; 102: 5-10.
- 25.- Tammelin T, Ekelund U, Remes J, Nayha S. Physical activity and sedentary behaviours among Finnish youth. *Me Sci Sport Exerc.* 2007; 39: 1067-74.
- 26.- Medina RI, Jiménez A, Pérez ME, Armendáriz AL, Bacardí M. Programas de intervención para la promoción de actividad física en niños escolares: revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2011; 26: 265-270.
- 27.- Casado C, Alonso N, Hernández V, Jiménez R. Actividad física en niños españoles: factores asociados y evolución 2003-2006. *Rev Pediatr Atenc Prim.* 2009; 42: 219-31.
- 28.-Rodríguez-Hernández A, De La Cruz E, Feu S, Martínez-Santos R. Sedentarismo, obesidad y salud mental en la población española de 4-15 años de edad. *Rev Esp Salud Pública.* 2011; 85: 373-382 n°4
- 29.-Rey-Lopez JP, Vicente-Rodríguez G, Biosca M, Moreno LA. Sedentary behaviour and obesity development in children and adolescents. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2008; 18: 242-251.
- 30.- Chodzko WJ, Schwingel A, Romo V. Un análisis crítico sobre las recomendaciones de actividad física en España. *Gac Sanit.* 2012; 26: 525-33.
- 31.-González-Formoso C, Rodiño S, Gorís AI, Carballo MS. Consumo de medios de comunicación en una población infantojuvenil. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2008; 10: 245-59.
- 32.- Skip Rizzo A, Lange B, Suma EA, Bolas M. Virtual reality and interactive digital game technology: new tools to address obesity and diabetes. *J Diabetes Sci Technol.* 2011; 5: 256-64.
- 33.- Martínez-Gómez D, Veiga OL, Gómez-Martínez S, Zapatera B, Martínez-Hernández D, Calle ME, Marcos A; AFINOS Study Group. Gender-specific influence of health behaviors on academic performance in Spanish adolescents: the AFINOS study. *Nutr Hosp.* 2012; 27:724-30. doi: 10.3305/nh.2012.27.3.5633.

## ENCUESTA SOBRE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD

- Este cuestionario tiene como finalidad conocer cuáles son tus **costumbres en relación con la salud**.
- No escribas tu nombre, ya que el cuestionario es **anónimo**.
- Es muy importante que contestes a las preguntas con **sinceridad**.
- Hay preguntas por las **dos caras de los folios**.
- Si hay alguna **pregunta que no entiendas bien**, no dudes en pedirnos que te la expliquemos (levantando la mano para que vayamos hasta tu sitio).
- Sigue las **indicaciones** de las preguntas y las respuestas.
  - Hay dos tipos de preguntas:
    1. Para que respondas **escribiendo sobre una línea continúa**.
    2. Con varias respuestas para que **señales una sola casilla con una X** (salvo que la pregunta te especifique que puedes tachar varias).
  - A veces, al elegir ciertas respuestas se te indica que pases directamente a otra pregunta (sigue el cuestionario desde ese número).
  - Algunas preguntas y respuestas tienen ejemplos para que las entiendas mejor (generalmente entre paréntesis), fíjate bien y lee el texto entero.
- Te damos las **gracias** de antemano por tu colaboración.

• **Para empezar, vamos a hacerte algunas preguntas básicas sobre ti y tu familia:**

1. ¿En qué país naciste? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuántos años tienes? \_\_\_\_\_ años.
3. ¿Cuál es tu sexo?
  - Chico.
  - Chica.
4. ¿En qué curso estás?
  - 6º de Primaria.
5. ¿En qué trabaja tu padre?

Por favor, escribe exactamente lo que hace. Por ejemplo, mecánico de coches, camionero, peón albañil, dueño de una panadería, empleado de taller o fábrica, dentista, bombero, fontanero...

En caso de estar en el paro o jubilado, escribe el trabajo que habitualmente realizaba. Marca una de las casillas de abajo si no puedes escribir una respuesta sobre la línea.

- 
- No lo sé.
  - No tengo padre.
  - Nunca ha trabajado.

6. ¿En qué trabaja tu madre?

Por favor, escribe exactamente lo que hace. Por ejemplo: ama de casa, administrativa, enfermera, limpiadora, camarera, abogada, médica...

En caso de estar en el paro o jubilada, escribe el trabajo que habitualmente realizaba. Marca una de las casillas de abajo si no puedes escribir una respuesta sobre la línea.

- 
- No lo sé.
  - No tengo madre.
  - Nunca ha trabajado.

• **A continuación, vamos a tratar el tema de la higiene y el descanso.**

7. ¿Con qué frecuencia te sueles lavar las manos antes de comer?
  - Siempre.
  - A veces.
  - Nunca.

8. ¿Con qué frecuencia te duchas o bañas?

- Todos los días.
- Varias veces a la semana.
- Una vez a la semana o menos.

9. ¿Con qué frecuencia te sueles cepillar los dientes?

- Cuatro o más veces al día.
- Tres veces al día.
- Dos veces al día.
- Una vez al día.
- Alguna vez a la semana.
- De vez en cuando.
- Nunca.

10. ¿A qué hora te levantas normalmente los días de colegio o instituto?

A las \_\_\_\_\_ de la mañana.

11. ¿A qué hora te sueles ir a la cama a dormir si tienes que levantarte al día siguiente para ir al colegio o instituto?

A las \_\_\_\_\_ de la noche.

**• Seguimos con preguntas sobre el deporte y el ejercicio físico.**

12. ¿Cómo crees que estás de forma física?

- Estoy en buena forma física.
- Estoy regular de forma física.
- No me encuentro en buena forma física.

13. Fuera del colegio o instituto, ¿en qué actividades en las que realices ejercicio físico participas normalmente? Puedes señalar más de una casilla.

- Deportes de pelota (fútbol o futbito, baloncesto, balonmano o voleibol).
- Carreras, atletismo, gimnasia, o jugar al escondite.
- Montar en bicicleta, ciclismo.
- Nadar.
- Artes marciales.
- Tenis.
- Bailar.
- Montañismo (escalar montañas), o senderismo (andar por el campo).
- Otras (escribelas): \_\_\_\_\_.

14. Fuera del colegio o instituto, ¿con qué frecuencia realizas actividades físicas (como por ejemplo, las de la pregunta anterior)?

- Todos los días.
- Varias veces a la semana.
- Alguna vez a la semana.
- Alguna vez al mes.
- Rara vez.
- Nunca.

15. Fuera del colegio o instituto, ¿cuántas veces sueles hacer ejercicio en tu tiempo libre, hasta el punto de cansarte y sudar?

- Todos los días.
- Varias veces a la semana.
- Alguna vez a la semana.
- Alguna vez al mes.
- Rara vez.
- Nunca.

16. ¿Crees que practicarás algún deporte cuando tengas más o menos 20 años?

- Seguro que sí.
- Probablemente sí.
- Probablemente no.
- Seguro que no.
- No sé.

17. Abajo tienes una lista de personas que tú conoces, ¿practica alguna de ellas algún deporte en su tiempo libre?

	Cada semana	De vez en cuando	Nunca	No sé	No tengo
Madre	<input type="checkbox"/>				
Padre	<input type="checkbox"/>				
Hermano/a	<input type="checkbox"/>				
Mejor amigo/a	<input type="checkbox"/>				
Tutor/a de clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Ahora te preguntaremos sobre el consumo de sustancias.**18. ¿Has probado, aunque sólo haya sido una vez, alguna de estas sustancias?

	Sí	No	No sé lo que es
Tabaco ("cigarrillos", "puros"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol (cerveza, vino, "cubatas", "chupitos", "cubalitos"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis ("porro", "marihuana", "maría", "canuto", "peta", "hierba", "hachís"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes ("medicinas para los nervios", "pastillas para dormir"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína ("caballo"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína ("coca", "rayas", "basuko"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas ("anfetas", "speed"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD ("ácido", "tripi")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De síntesis ("de diseño", "pastis", "pirulas", "éxtasis"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. ¿De todas estas sustancias, cuáles consideras que son drogas?

	Es droga	No es droga	No sé lo que es
Tabaco ("cigarrillos", "puros"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol (cerveza, vino, "cubatas", "chupitos", "cubalitos"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis ("porro", "marihuana", "maría", "canuto", "peta", "hierba", "hachís"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes ("medicinas para los nervios", "pastillas para dormir"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína ("caballo"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína ("coca", "rayas", "basuko"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas ("anfetas", "speed"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD ("ácido", "tripi")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De síntesis ("de diseño", "pastis", "pirulas", "éxtasis"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. De la lista que verás a continuación, señala de quién o quiénes has recibido información sobre las drogas.

	Sí	No
Padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesores del colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medios de comunicación (televisión, radio, revistas, prensa...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadie me ha informado	<input type="checkbox"/>	

21. ¿Fumas tabaco, aunque sólo sea de vez en cuando?

- Sí.
- No (pasa a la pregunta 25).

22. ¿A qué edad te fumaste el primer cigarrillo?

A los \_\_\_\_\_ años

23. ¿Con qué frecuencia fumas actualmente?

- Todos los días.
- Varias veces a la semana, pero no cada día.
- Los fines de semana.
- Alguna vez al mes, o rara vez.

24. Indica la razón fundamental por la que has fumado o fumas (marca sólo una casilla).

- Por diversión.
- Porque me hace sentir mejor y más seguro.
- Porque mis amigos también fuman.
- Porque los adultos que conozco también fuman.
- Porque me tranquiliza.
- Por curiosidad.
- Porque quiero.
- No lo sé.

25. Abajo tienes una lista de personas que tú conoces. Por favor, señala con una X las que sepas que fuman actualmente.

	Sí	No	No sé	No tengo
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/a mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mejor amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutor/a de la clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

26. ¿Piensas que el tabaco produce daño en el cuerpo humano?

- Sí.
- No (pasa a la pregunta 28).

27. De la siguiente lista, señala con una X las partes u órganos del cuerpo que creas que se ven dañadas por el consumo de tabaco (puedes contestar más de una casilla).

- La boca.
- Los pulmones.
- Los oídos.
- El cerebro.
- El hígado.
- El esófago.
- Los riñones.
- La vejiga urinaria.
- El corazón.
- La circulación de la sangre.
- El feto dentro del vientre de la madre.
- Otras (escribelas): \_\_\_\_\_

28. ¿Tomas alguna vez bebidas alcohólicas?

- Sí.
- No (pasa a la pregunta 34).

29. ¿A qué edad probaste el alcohol por primera vez?

A los \_\_\_\_\_ años

30. ¿Has bebido alguna vez alcohol hasta llegar a emborracharte?

- Sí, una vez.
- Sí, varias veces.
- Sí, muchas veces.
- No, nunca (pasa a la pregunta 32).

31. ¿Qué edad tenías cuando te emborrachaste la primera vez?

A los \_\_\_\_\_ años.

32. ¿Con qué frecuencia tomas bebidas alcohólicas, aunque sólo sea una pequeña cantidad?

	Todos los días	Varias veces a la semana	Los fines de semana	Al menos una vez al mes	Rara vez o nunca
Cerveza	<input type="checkbox"/>				
Vino	<input type="checkbox"/>				
Licores (coñac, anís, ginebra, whisky, tequila...)	<input type="checkbox"/>				
Combinados ("cuba-libres" o "cubatas", "chupitos", "cubalítrios"...)	<input type="checkbox"/>				

33. Indica la razón fundamental por la que has bebido o bebes alcohol (marca sólo una casilla).

- Por diversión.
- Porque me hace sentir mejor y más seguro.
- Porque mis amigos también beben.
- Porque los adultos que conozco también beben.
- Por ser más sociable y gracioso ("coger el puntillo").
- Por curiosidad.
- Porque quiero.
- No lo sé.

34. Abajo tienes una lista de personas que tú conoces. Por favor, señala la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas de cada uno.

	Todos los días	De vez en cuando	Nunca	No sé	No tengo
Madre	<input type="checkbox"/>				
Padre	<input type="checkbox"/>				
Hermano/a mayor	<input type="checkbox"/>				
Mejor amigo/a	<input type="checkbox"/>				
Tutor/a de la clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

35. ¿Piensas que el alcohol produce daño en el cuerpo humano?

- Sí.
- No (pasa a la pregunta 37).

36. De la siguiente lista, señala con una X las partes u órganos del cuerpo que creas que se ven dañadas por el consumo de alcohol (puedes contestar más de una casilla).

- La boca.
- Los pulmones.
- Los oídos.
- El cerebro.
- El hígado.
- El esófago.
- Los riñones.
- La vejiga urinaria.
- El corazón.
- La circulación de la sangre.
- El feto dentro del vientre de la madre.
- Otras (escríbelas): \_\_\_\_\_

• **Pasamos a unas preguntas sobre tu alimentación.**

37. ¿Con qué frecuencia tomas los siguientes alimentos o bebidas?

ALIMENTACIÓN	Más de una vez al día	Una vez al día	Alguna vez a la semana	Rara vez	Nunca	No sé
Chocolate	<input type="checkbox"/>					
Bebidas con gas (refrescos como coca-cola, pepsi, fanta, seven-up...)	<input type="checkbox"/>					
Zumos (naranja, piña, melocotón, tomate...)	<input type="checkbox"/>					
Dulces o pasteles (tartas, bollería, donuts...)	<input type="checkbox"/>					
Golosinas ("chuches")	<input type="checkbox"/>					
Bolsas de fritos (patatas fritas, cortezas, gusanitos...)	<input type="checkbox"/>					
Frutos secos (avellanas, almendras, cacahuetes, quicos...)	<input type="checkbox"/>					
Fruta (naranjas, manzanas, peras...)	<input type="checkbox"/>					
Verduras y hortalizas (coliflor, brécol, alcachofa, espinaca, acelgas, lechuga, cebolla, pimiento, tomate, patata...)	<input type="checkbox"/>					
Legumbres (garbanzos, lentejas, habichuelas, alubias, judías, guisantes...)	<input type="checkbox"/>					
Cereales (arroz, avena, cebada, centeno, maíz, mijo, trigo...)	<input type="checkbox"/>					
Leche	<input type="checkbox"/>					
Queso	<input type="checkbox"/>					
Yogur	<input type="checkbox"/>					
Helados	<input type="checkbox"/>					
Café o té	<input type="checkbox"/>					
Hamburguesas o perritos	<input type="checkbox"/>					
Pasta (pizza, lasaña y espagueti)	<input type="checkbox"/>					
Pan de molde (sándwiches)	<input type="checkbox"/>					
Pan blanco (normal)	<input type="checkbox"/>					
Pan integral (dietético)	<input type="checkbox"/>					
Carnes rojas (ternera, cerdo, cordero...)	<input type="checkbox"/>					
Carnes de ave (pollo, gallina, pato...)	<input type="checkbox"/>					
Pescado azul (sardinas, salmón, caballa, atún, pez espada, besugo, bonito, boquerones...)	<input type="checkbox"/>					
Pescado blanco (bacalao, merluza, lenguado, japuta, rape...)	<input type="checkbox"/>					
Huevos (fritos o duros, tortilla)	<input type="checkbox"/>					
Embutidos (chorizo, morcilla, salchichón, jamón york, mortadela...)	<input type="checkbox"/>					
Aceite de oliva	<input type="checkbox"/>					
Aceite de girasol	<input type="checkbox"/>					

38. ¿Sueles desayunar los días de colegio o instituto?

- Sí.
- No (pasa a la pregunta 40).

39. ¿Con qué frecuencia sueles desayunar los siguientes alimentos o bebidas?

<u>DESAYUNO</u>	Todos los días	Alguna vez a la semana	Alguna vez al mes	Rara vez	Nunca
Leche (sola o con cacao)	<input type="checkbox"/>				
Zumo de frutas	<input type="checkbox"/>				
Galletas o magdalenas	<input type="checkbox"/>				
Pastelitos, dulces, tortas	<input type="checkbox"/>				
Tostada de pan con mantequilla o margarina	<input type="checkbox"/>				
Tostada de pan con aceite de oliva	<input type="checkbox"/>				
Cereales (Kellogg's, Nestlé, Choco Krispies...)	<input type="checkbox"/>				
Bocadillo con embutidos (chorizo, morcilla, salchichón, jamón york, mortadela...)	<input type="checkbox"/>				
Churros (jeringos o porras)	<input type="checkbox"/>				

40. ¿Sueles comer alguna cosa (sin tener en cuenta las "chuches"), durante el recreo del colegio o instituto?

- Sí, siempre
- Algunas veces.
- Nunca.

#### • **Continuamos con algunas preguntas sobre tu salud.**

41. ¿Cómo crees que estás de salud?

- Muy sano.
- Bastante sano.
- Regular de sano.
- Poco sano.
- Nada sano.

42. ¿Con qué frecuencia te sientes cansado cuando vas al colegio o instituto por las mañanas?

- Siempre.
- Varias veces a la semana.
- Alguna vez a la semana.
- Rara vez o nunca.

43. De las siguientes molestias o problemas de salud que una persona puede sufrir, ¿marca cuáles presentas y con qué frecuencia te ocurren?

	Todos los días	Alguna vez a la semana	Alguna vez al mes	Rara vez o nunca
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar enfadado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar mareado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de muelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de piernas o de brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para ver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Si durante el último mes te ha ocurrido algún accidente por el que te haya tenido que atender un médico, señala con una X lo que te pasó y dónde. Puedes señalar más de un casilla por cada tipo de accidente.

	CASA	COLEGIO O INSTITUTO	CALLE	NO ME HA PASADO
Hueso roto (fractura de hueso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torcedura o esguince (por ejemplo: doblarse el tobillo, rodilla, muñeca, dedo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golpe en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herida que necesitó de puntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mordedura o arañazo de algún animal (por ejemplo, perro o gato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Durante el último mes, ¿has tenido que ir al médico por algún problema de salud (por ejemplo, por alguna molestia indicada en las preguntas anteriores)?

- Sí.
- No.

46. Durante el mes pasado, ¿has tomado medicinas (pastillas, jarabes, inyecciones, supositorios...), para algo de lo siguiente?

	Sí	No
Medicinas para un resfriado o gripe (mocos, tos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para una infección (antibióticos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para una diarrea o vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para la fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para el dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas contra el cansancio (como vitaminas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para aumentar las ganas de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para poder dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para los nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para otros problemas distintos a los anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **Para terminar, las últimas preguntas serán sobre tus sentimientos, entorno y amistades.**

47. En general, ¿cómo te sientes en tu vida actualmente?

- Soy feliz.
- Medianamente feliz.
- Poco feliz.
- Nada feliz.

48. ¿Te gusta ir al colegio o instituto?

- Sí.
- No.

49. En tu opinión, ¿qué crees que piensan tus profesores de tu rendimiento escolar, es decir, qué crees que tus profesores piensan de ti como estudiante?

- Bueno.
- Regular.
- Malo.
- No lo sé.

50. ¿Qué tal te resulta hablar o comunicarte con las siguientes personas sobre los temas que te preocupan?

	Fácil	Difícil	No tengo
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutor/a de clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

51. ¿Con qué facilidad haces nuevos amigos?

- Me resulta fácil hacer amigos.
- Me resulta difícil hacer amigos.

52. ¿Con qué frecuencia sueles estar con tus amigos, después de salir del colegio o instituto?

- Todos los días.
- Varias veces a la semana.
- Al menos una vez a la semana.
- Rara vez o nunca.
- No tengo amigos.

53. En este momento, ¿tienes algún amigo/a íntimo (tu mejor amigo/a)?

- Sí.
- No.

54. Actualmente, ¿estás saliendo con alguien (novio/a, pareja)?

- Sí.
- No.

55. ¿Con qué frecuencia te sientes solo/a?

- Siempre.
- Bastantes veces.
- Algunas veces.
- Rara vez o nunca.

56. En un día normal de colegio o instituto, ¿cuántas horas sueles pasar con los siguientes entretenimientos?

	Más de 4 horas al día	De 3 a 4 horas al día	De 1 a 2 horas al día	Menos de 1 hora al día	Alguna vez a la semana	Rara vez o nunca	No tengo
Televisión o vídeo	<input type="checkbox"/>						
Consola de videojuegos	<input type="checkbox"/>						
Consola de videojuegos	<input type="checkbox"/>						
Ordenador	<input type="checkbox"/>						
Móvil	<input type="checkbox"/>						
Libros	<input type="checkbox"/>						

57. En un día de descanso (sin colegio o instituto), ¿cuántas horas sueles pasar con los siguientes entretenimientos?

	Más de 4 horas al día	De 3 a 4 horas al día	De 1 a 2 horas al día	Menos de 1 hora al día	Rara vez o nunca	No tengo
Televisión o vídeo	<input type="checkbox"/>					
Consola de videojuegos	<input type="checkbox"/>					
Ordenador	<input type="checkbox"/>					
Móvil	<input type="checkbox"/>					
Libros	<input type="checkbox"/>					

**YA HAS TERMINADO LA ENCUESTA, POR FAVOR, ENTRÉGASELA A LA PERSONA ENCARGADA DE RECOGERLA.**

**¡¡¡GRACIAS POR TU AYUDA!!!**

**Tabla 1:** Frecuencia de realización de ejercicio físico en personas del entorno del escolar

Entorno familiar y social	% (frecuencia absoluta)			
	Cada semana	Ocasionalmente	Rara/Nunca	No sé
Padre	29,0 (280)	37,5 (362)	22,9 (221)	9,7 (94)
Madre	22,2 (213)	39,5 (379)	26,4 (253)	11,7 (112)
Hermano	46,6 (451)	30,8 (298)	9,5 (92)	4,0 (39)
Amigo	60,5 (589)	23,3 (227)	2,7 (26)	12,9 (126)
Tutor	15,2(144)	11,1 (105)	11,9 (113)	61,8 (585)

**Tabla 2:** Variables asociadas a mala autopercepción de la forma física (Modelo multivariante)

Variabes independientes relacionadas	$\beta$	ES	Test de Wald	p	OR	IC 95% para OR	
Deporte intenso (Ref.: A diario)			29.097	<0.001			
Alguna vez/semana	0,724	0,192	14.237	<0.001	2.06	1.42	3.01
Rara vez o nunca	1,604	0,314	26.131	<0.001	4.97	2.69	9.2
Horas de televisión (Ref.: <1 hora/día)			4.912	0.086			
1-2 horas/día	0,438	0,216	4.111	0.043	1.55	1.01	2.36
3 o más horas/día	0,072	0,199	0.133	0.715	1.07	0.73	1.59
Fumador (Ref.: No fumador)	1,013	0,401	6.391	0.011	2.75	1.26	6.04
Mala autopercepción de salud (Ref.: Buena)	1,940	0,257	56.852	<0.001	6.96	4.20	11.52
Bajo rendimiento escolar (Ref: Bueno)	0,679	0,165	16.858	<0.001	1.97	1.43	2.73
Constante	$\beta = -4,408$ ; $p=0,827$ ; $n=974$						

Ref.: categoría de referencia; OR: Odds Ratio; ES: Error Estándar; IC95%: Intervalo de Confianza para el 95%

Variable dependiente: Mala autopercepción de la forma física

Variabes consideradas y eliminadas del modelo final: Edad, sexo, tipo de colegio (público vs. privado concertado), ubicación del centro (capital vs. provincia), clase social de los padres, deporte intenso, experimentación con drogas, tabaquismo, consumidor de alcohol, embriaguez, consumo de alimentos en el desayuno y en el recreo, rendimiento escolar, tiempo de consumo de televisión, consolas y/o de ordenador, asistencia al médico, morbilidad percibida (mareos, cansancio, nerviosismo), consumo de medicamentos (dolor, nervios), autopercepción del estado de salud, sentimiento de felicidad y sentimientos de soledad.

Método: Enter (Introducir)

Prueba de Hosmer-Lemeshow (Ji2): 2.641; Variabes asociadas (5);  $p=0.955$

Razón de Verosimilitud: 149,811;  $p<0,001$

Figura 1: Relación de la frecuencia de práctica deportiva con la autopercepción de forma física

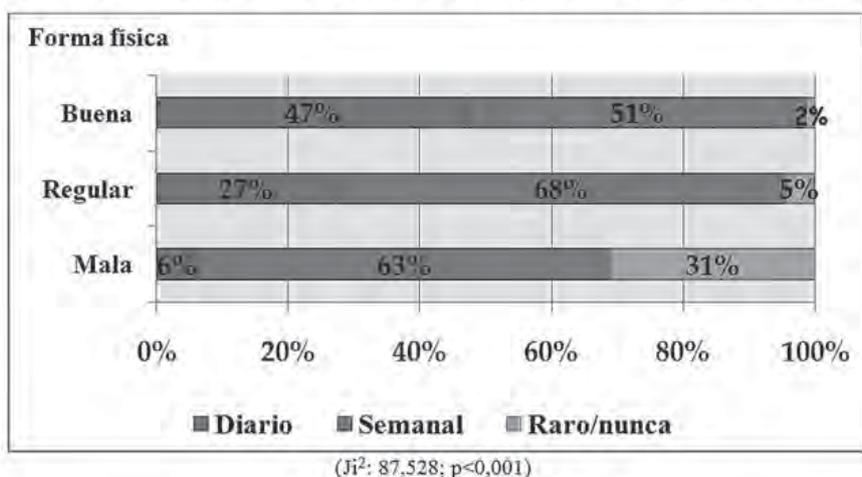
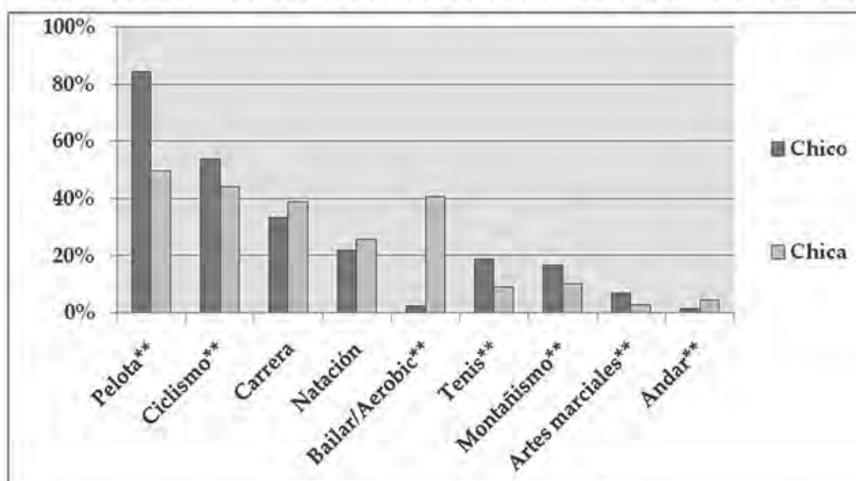


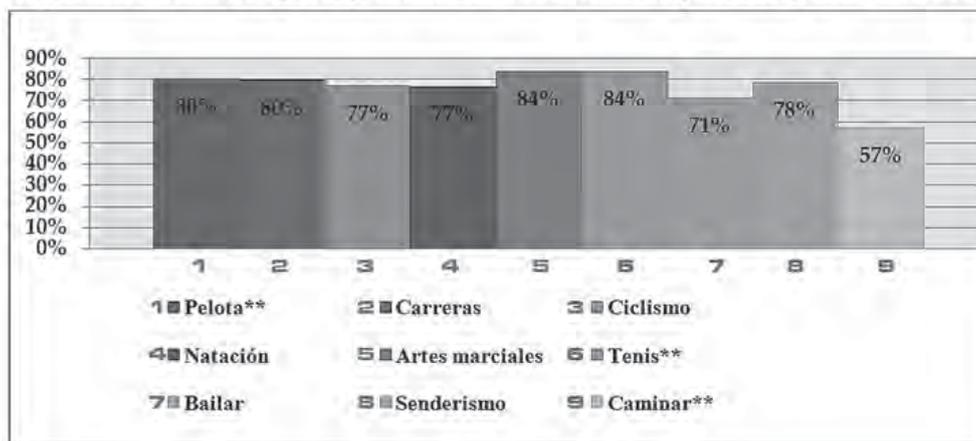
Figura 2: Frecuencia de la práctica de los diferentes deportes según el sexo.



(\*\*Estadísticamente significativo)

( $Ji^2$  Pelota: 135,611;  $p<0,001$ .  $Ji^2$  Ciclismo: 9,639;  $p=0,002$ .  $Ji^2$  Bailar: 223,790;  $p<0,001$ .  $Ji^2$  Tenis: 19,849;  $p<0,001$ .  $Ji^2$  Montañismo: 9,046;  $p=0,003$ .  $Ji^2$  Artes Marciales: 9,442;  $p=0,002$ .  $Ji^2$  Andar: 8,973;  $p=0,003$ )

Figura 3: Buena autopercepción de la forma física según el deporte realizado.



\*\* Estadísticamente significativo  
 ( $Ji^2$  Pelota: 23,572;  $p<0,001$ .  $Ji^2$  Tenis: 5,720;  $p=0,05$ .  $Ji^2$  Andar: 7,020;  $p=0,03$ )

## ORIGINAL BREVE

# Caracterización clínica-epidemiológica de la úlcera gastroduodenal por helicobacter pylori en el municipio Urdaneta

Suárez Rivera JJ<sup>1</sup>, Almaguer Betancourt YM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Especialista de 1<sup>er</sup> Grado de Medicina General Integral, especialista de 1<sup>er</sup> Grado de Coloproctología, Master en los procedimientos diagnósticos en el primer nivel de atención de salud, Profesor Instructor. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Julio Trigo". La Habana, Cuba

<sup>2</sup>Especialista de 1<sup>er</sup> Grado de Medicina General Integral. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo". La Habana, Cuba

### RESUMEN

**Título:** caracterización clínica-epidemiológica de la úlcera gastroduodenal por helicobacter pylori en el municipio Urdaneta.

**Objetivos:** el comportamiento clínico-epidemiológico de pacientes con úlceras péptica gastroduodenal por Helicobacter Pylori.

**Diseño:** estudio descriptivo y prospectivo de corte transversal.

**Emplazamiento:** centro de diagnóstico Integral Lecumberry del Municipio Rafael Urdaneta, Estado Miranda, Venezuela.

**Población y muestra:** universo de 973 pacientes con diagnóstico de úlcera péptica, en el período de 2 años.

**Intervenciones:** se le realizó gastroduodenoscopia, a todos se les realizó biopsia antral y test exacto de ureasa, para determinar positividad del Helicobacter pylori, y formar la muestra para este estudio, los cuales se les realizó un cuestionario de preguntas para determinar factores de riesgo, síntomas subjetivos y objetivos.

**Resultados:** se concluye que el dolor epigástrico (45,48%) constituyó ser el síntoma más frecuente de indicación del proceder y el factor de riesgo, ingestión de café 78,30% es el de mayor frecuencia.

**Conclusiones:** recomendamos implementar la gastroduodenoscopia como un examen rutinario en pacientes mayores de 40 años y más, con sintomatología gastrointestinal. Iniciar tratamiento erradicador de Helicobacter Pylori a todos los pacientes positivos y de alto riesgo, como cáncer y úlcera péptica gastroduodenal.

Correspondencia: Javier Jesús Suárez Rivera  
E-mail: javierrivera@infomed.sld.cu

Recibido el 07-01-2013; aceptado para publicación el 22-02-2013  
Med fam Andal. 2013; 2: 161-165

**Palabras claves:** caracterización clínica-epidemiológica, úlcera péptica gastroduodenal, Helicobacter pylori.

### SUMMARY

**Title:** A Clinical-epidemiological Characterization of Gastric and Duodenal Ulcers by *helicobacter pylori* in the Municipality of Urdaneta (Venezuela).

**Goal:** To describe the clinical and epidemiological characterization of peptic ulcers in patients with gastric and duodenal ulcers caused by Helicobacter pylori.

**Design:** Descriptive and prospective cross-sectional study.

**Setting:** A comprehensive diagnostic center located in the city of Urdaneta (Miranda State, Venezuela).

**Population and Sample:** 973 patients diagnosed with peptic ulcers over a two-year period.

**Interventions:** A gastroduodenoscopy was performed on all patients included in the sample. Antral biopsies and exact urease tests were also done to ascertain whether they were *H. pylori*-positive and form part of this study. A questionnaire was also administered to determine risk factors, subjective symptoms and goals.

**Results:** Epigastric pain (45.48%) was the most frequently mentioned symptom and coffee consumption was the most frequent risk factor (78.30%).

**Conclusions:** We recommend using gastroduodenoscopy as a routine examination in persons aged 40 or older who present with gastrointestinal symptoms. Treatment to eradicate *H. pylori* should begin in all patients who test positive as well as high-risk patients with cancer and peptic gastroduodenal ulcers.

**Key words:** clinical-epidemiological characterization, peptic gastroduodenal ulcer, Helicobacter pylori.

## INTRODUCCIÓN

La historia del tratamiento de la úlcera péptica ha sido paralela a la comprensión de la fisiología y la fisiopatología de la secreción de ácido y el vaciamiento gástrico en la ulceración péptica. El tratamiento inicial era dirigido a las complicaciones con resección alrededor del siglo XIX. La úlcera péptica es una lesión de la mucosa del estómago o duodeno que cursa con pérdida de sustancia y penetra como mínimo hasta la muscular ismucosae. Comúnmente dicha lesión es única y aparece como resultado de la conjunción de múltiples factores endógenos (hereditarios, hipersecreción ácida) y exógenos (infección por *Helicobacter pylori*, tabaquismo, tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos). Se trata de una enfermedad muy frecuente que produce un dolor característico y cambios de la calidad de vida en las personas afectadas<sup>1</sup>. Los últimos estudios señalan que entre una y dos de cada diez personas se ven afectadas por esta enfermedad alguna vez en su vida, y al menos una de cada cien tiene el proceso activo en un momento determinado.

Nos encontramos ante un problema de salud cuyas consecuencias se dejan sentir cotidianamente tanto en el individuo (disminución de la calidad de vida, riesgo de complicaciones graves) como en la comunidad (disminución del rendimiento laboral, incapacidades temporales, gasto farmacéutico, costes del tratamiento de complicaciones)<sup>2</sup>. Puede encontrarse úlcera duodenal concomitante hasta en el 10 por ciento de los enfermos. Las úlceras duodenales son 4 veces más frecuentes que las gástricas y afectan más frecuentemente a los varones en una relación 2:1. La úlcera duodenal es rara antes de los 15 años, incidencia mayor de 25 a 55 años, máxima a los 40 años<sup>3,4</sup>. El dolor epigástrico aparece en casi el 90% de los pacientes ulcerosos; no obstante, su escasa sensibilidad y especificidad le confieren mínima fiabilidad como elemento diagnóstico. Suele describirse como ardor, sensación de hambre dolorosa o dolor corrosivo. Aparece pocas horas después de comer, pero disminuye con la ingesta de alimentos o con la toma de antiácidos. Cualquier modificación más o menos brusca de sus características debe hacer sospechar perforación o penetración a estructuras vecinas.

Dado lo frecuente de la enfermedad existente, muchas concepciones populares aun entre profe-

sionales, no están definidas, en realidad, se trata de mitos sin fundamentos científicos sólidos. El deber del médico es poner a esta afección en su justo lugar y despojar las concepciones tradicionales empíricas aceptadas<sup>5</sup>, nos preguntamos, ¿cuáles son los síntomas y factores de riesgo en estos pacientes? Con este estudio pretendemos hacer una caracterización clínica epidemiológica del paciente con úlcera gastroduodenal por *Helicobacter pylori* y así realizar acciones de salud para lograr prevenir futuras complicaciones de la enfermedad.

## DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo de corte transversal con los pacientes que asistieron al Centro de Diagnóstico Integral del Municipio Rafael Urdaneta, Estado Miranda, Venezuela, en el período de 2 años.

El universo de estudio quedo constituido por 973 pacientes con diagnóstico endoscópico de úlcera péptica gastroduodenal. Se le realizó biopsia antral y test rápido de ureasa para determinar presencia del *Helicobacter Pylori*, quedando constituida la muestra por 908 pacientes donde la biopsia tuvo resultado positivo a la presencia al *Helicobacter pylori*. Se le realizó el cuestionario para determinar presencia de factores de riesgo, síntomas objetivos y subjetivos.

## RESULTADO

El universo de la población estudiada, 973 pacientes como se observa en la tabla N°.1 (Anexos) se caracteriza por una distribución no homogénea según el sexo atendiendo al predominio del sexo masculino 649 pacientes, distribución muy similar según grupos de edades, además de comportarse de igual forma en los 3 grupos de diagnóstico, según el tipo de úlcera péptica. Vale señalar, el diagnóstico con mayor representación es la úlcera péptica duodenal, con 583 pacientes para un 59,92% y los grupos de edades, con mayor representación son los de 35 a 64 años de edad siendo el de 35 a 44 años de edad el de mayor número con un 27,75%.

Al analizar la tabla N°2 (Anexos) vemos la distribución de los síntomas más frecuentes por lo cual los pacientes asistieron a consulta, se observa que el dolor en epigastrio es el síntomas más frecuente con una representación de 413 pacientes (45,48%) teniendo una mayor representación en los pacientes que presentaron úlcera péptica duodenal con un 34,25%. Lo sigue en frecuencia la acidez gástrica con un 30,95 % este síntomas se presenta con mayor porcentaje en la úlcera péptica gástrica con 16,52% y en segundo lugar en la úlcera péptica duodenal con 11,12%. Los demás síntomas estuvieron presente en los 3 tipos de úlceras pépticas estudiadas pero con muy poca representación.

En la úlcera péptica hay algunos factores de riesgo que no se pueden dejar pasar por alto entre ellos tenemos, el hábito de fumar, el café y los medicamentos del tipo anti-inflamatorios no esteroideos. En la tabla 3 (anexos), vemos cuál es el comportamiento en las distintas úlceras pépticas que estamos estudiando, con predominio en los pacientes que ingieren café con un 78,30 % teniendo un 88,78 % en el grupo de la úlcera péptica gástrica y en segundo lugar con los pacientes con úlcera duodenal con 72,20%. La ingestión de medicamentos ulcerogénicos se encuentra como segundo factor de riesgo con un 51,43 % observándose como mayor frecuencia en los pacientes con úlcera gástrica al igual que el factor de riesgo ingestión de café.

## DISCUSIÓN

En el manejo de las enfermedades gastroduodenal se comenta sobre las sintomatología digestivas de las úlceras pépticas en el cual presenta un 50% de epigastria y un 60% en acidez gástrica en la úlcera péptica duodenal y gástrica respectivamente<sup>6</sup>, dichos datos coinciden con los recogidos en este estudio, aunque los de la acidez gástrica son mucho mayores. Además son apoyados por múltiples estudios<sup>2,3</sup>, donde la acidez gástrica y la epigastria son los síntomas más frecuente en las úlceras pépticas. En el cual coinciden con nuestros datos en cuanto a que la acidez gástrica y la epigastria son los síntomas más frecuente en las úlceras pépticas, predominando la epigastria como el síntoma cardinal,

y éste en muchas ocasiones es el aviso de una complicación como la perforación.

Esta enfermedad está determinada por múltiples factores, dentro de los que se destacan presencia de *Helicobacter pylori* en la mucosa gástrica, hábitos de vida (fumador, alcohol, ingesta de café, uso de analgésicos no esteroideos (AINEs) y esteroideos), así como patologías médicas como pancreatitis, hepatopatías, etc.<sup>6,7</sup>. El café (que estimula la secreción ácida) no tiene una participación demostrada en la producción de las úlceras. Está relacionado con las recurrencias más que con las incidencias.

Los AINEs inhiben las prostaglandinas, esto trae más tendencia a producir úlcera pues disminuye el bicarbonato e inhibe la regeneración y el flujo gástrico y duodenal. La toma de determinados fármacos (antiinflamatorios no esteroideos o AINEs), probablemente la segunda etiología más frecuente. Son responsables del 15 al 25% de las úlceras gástricas<sup>8</sup>.

El hábito de fumar incrementa, a través de la acción de la nicotina, el volumen y la concentración del ácido clorhídrico en el estómago, con lo que se aumenta el riesgo de desarrollar una úlcera. El tabaco también hace más lento el proceso de curación de la úlcera que está siendo tratada médicamente. Hay autores que señalan con mucha fuerza la nocividad del tabaco en la aparición de la úlcera péptica, destacando la disminución de la secreción pancreato-biliar de bicarbonato y el aumento del reflejo duodeno-gástrico de la nicotina<sup>9</sup>.

Implementar la endoscopia como un examen rutinario en pacientes mayores de 40 años y más en aquellos pacientes con sintomatología gastrointestinal. Continuar desarrollando el programa "Barrio Adentro" introduciendo técnicas que apoyen el diagnóstico endoscópico. Además de hacer conciencia en la población de evitar o disminuir la ingesta de café y el hábito de fumar.

Con los resultados de este trabajo, estimular la realización de nuevos trabajos de investigación, durante la puesta en marcha de este programa, que permitan tener información más amplia de la incidencia y prevalencia de las diferentes patologías que afectan el Tracto Digestivo Superior, en este sector de la población venezolana.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Llanio Navarro R. Gastroenterología: manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1989.
2. Green DW, Gomez G, Greeley GH. Gastrointestinal peptides. GastroenterolClin North Am. 2007; 18:695-733.
3. Classen M, Gerddammann H, Schepp W. The ulcer patient in general practice. Munich. Hoechst Meducation Up- Date; 2008.
4. Sleisenger MH, Fordtran JS .Gastrointestinal diseases .5 ed. Philadelphia: Sauders; 2007.
5. Sipponen P, Kekki M, Siurala M. The Sydney System: epidemiology and natural history of chronic gastritis. J GastroenterolHepatol. 2007; 6:244-51.
6. Way L. Editorial. El manual moderno S.A de C.V. Diagnóstico y tratamiento clínico. 6ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana SA; 2000.
7. Cameron JL, Cameron AM. Current Surgical Therapy. 7ª ed. Editorial Mosby; 2004.
8. Hernández-Díaz S, García-Rodríguez LA. Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation: an overview of epidemiologic studies published in the 1990s. Arch Intern Med. 2007; 160:2093-9.
9. Simon LS, Hatoum HT, Bittman RM, ArchambaultWT, Polisson RP. Risk factors for serious nonsteroidal-induced gastrointestinal complications: regression analysis of the MUCOSA trial. Fam Med. 2008; 28: 204-10.

**TABLA 1.** Distribución de los pacientes, según edad, sexo y diagnóstico de úlcera péptica en el Centro Diagnóstico Integral Lecumberry, Municipio Rafael Urdaneta, en el periodo enero 2007 a diciembre 2008.

GRUPO DE EDADES	ÚLCERA GÁSTRICA				ÚLCERA DUODENAL				ÚLCERA GASTRODUODENAL				TOTAL	%
	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%		
15-24	1	1	2	0,54	4	1	5	0,86	0	0	0	0,00	7	0,72
25-34	7	4	11	2,98	21	4	25	4,29	7	2	9	42,86	45	4,62
35-44	25	18	43	11,65	183	44	227	38,94	0	0	0	0,00	270	27,75
45-54	35	36	71	19,24	129	33	162	27,79	3	2	5	23,81	238	24,46
55-64	71	86	157	42,55	48	29	77	13,21	2	1	3	14,29	237	24,36
65-74	27	38	65	17,62	70	11	81	13,89	0	4	4	19,05	150	15,42
75-84	9	8	17	4,61	3	2	5	0,86	0	0	0	0,00	22	2,26
> 85	3	0	3	0,81	1	0	1	0,17	0	0	0	0,00	4	0,41
<b>TOTAL</b>	178	191	369	100	459	124	583	100	12	9	21	100	973	100
<b>%</b>	48,24	51,76	37,92	37,92	78,73	21,27	18,29	59,92	57,14	42,86	2,16	2,16	100	100

**TABLA 2.** Relación de Síntomas y signos en pacientes con ulcera péptica positivo al Helicobacter pylori.

	ÚLCERA GÁSTRICA (N=321)		ÚLCERA DUODENAL (N=572)		ÚLCERA GASTRODUODENAL (N=15)		TOTAL (N=908)	%
	Numero	%	Numero	%	Numero	%		
DOLOR EPIGÁSTRICO	101	11,12	311	34,25	1	0,11	413	45,48
ACIDEZ	150	16,52	131	14,43	0	0,00	281	30,95
DISPEPSIA	27	2,97	52	5,73	7	0,77	86	9,47
VÓMITO	16	1,76	35	3,85	2	0,22	53	5,84
NAUSEAS	10	1,10	21	2,31	3	0,33	34	3,74
PIROSIS	7	0,77	3	0,33	0	0,00	10	1,10
DISTENSIÓN ABDOMINAL	3	0,33	9	0,99	0	0,00	12	1,32
ANOREXIA	2	0,22	7	0,77	2	0,22	11	1,21
OTROS	5	0,55	3	0,33	0	0,00	8	0,88

Fuente: cuestionario.

**TABLA 3.** Relación de los Factores de riesgo asociados a los pacientes con ulcera péptica positivo al Helicobacter Pylori.

FACTOR DE RIESGO	ÚLCERA GÁSTRICA		ÚLCERA DUODENAL		ÚLCERA GASTRODUODENAL		TOTAL	
	Numero	% (N=321)	Número	% (N=572)	Número	% (N=15)	Número	%
TABACO	210	65,42	204	35,66	9	60	423	46,59
CAFÉ	285	88,79	413	72,20	13	86,67	711	78,30
MEDICAMENTOS	189	58,88	271	47,38	7	46,67	467	51,43

Fuente: cuestionario.

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

# Mindfulness en medicina

Liétor Villajos N<sup>1\*</sup>, Fortis Ballesteros M<sup>2\*</sup>, Moraleda Barba S<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina de Familia

<sup>2</sup>Residente Medicina de Familia

\*CS Belén. Jaén

### INTRODUCCIÓN

Mindfulness es una práctica de meditación que cultiva la conciencia del momento presente, sin realizar juicio de valor. La traducción más frecuente de mindfulness es "conciencia plena" o "atención plena".

Aunque estos conceptos datan de una antigüedad de 2500 años, fue, en 1979, Jon Kabat-Zinn<sup>1</sup>, en la Universidad de Massachussets (Worcester), quien pone en marcha la técnica de intervención denominada Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), traducida por algunos como Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP).

En los últimos 30 años, se ha incrementado el interés por este tipo de terapias tanto en sus aplicaciones clínicas como en la comprensión científica de sus mecanismos de acción, obteniendo un crecimiento exponencial su presencia en la literatura científica (tabla 1, gráfico 1). Cabe reseñar que el auténtico despegue aparece en los primeros años del siglo XXI y la nula existencia en las bases de datos con anterioridad a 1980. En la tabla 2, se analiza la presencia en distintas bases de datos, de mindfulness y MBSR, a lo largo del tiempo y en 2012.

Tampoco ha pasado desapercibida esta práctica para la comunidad general. Podemos apreciar su gran presencia utilizando el buscador Google en sus versiones: global y académico, tanto a nivel universal como filtrando por las páginas en idioma español y las páginas de España (tabla 3). No es difícil encontrar libros en las librerías "on line" que traten de este tema.

También encontramos un buen número de organismos internacionales conectados con mindfulness, entre los que destacan: Mindful Awareness Research Center de la Universidad de California-Los Angeles (UCLA), Institute for Neuroscience and Human Behaviour, Foundation for Psychocultural Research/UCLA Center for Culture Brain and Development, Clínica MBSR de University of Massachusetts Medical School, Mind and Life Institute, Insight Meditation Society, etc. Entre las páginas web donde se publicitan y se ofrecen cursos fijos e itinerantes de mindfulness en España, encontramos la denominada "REBAP internacional" (<http://rebap-internacional.com/calendario.html>) de Fernando A. de Torrijos y las españolas "esmindfulness" (<http://www.esmindfulness.com>), la de Vicente Simón (<http://www.mindfulnessvicentesimon.com/>) y de Andrés Martín Asuero (<http://andresmartin.org/>). En la página de la asociación AMyS - Asociación Mindfulness y Salud (<http://www.amys.es/>) aparece información de mindfulness, así como enlaces para usuarios y terapeutas. También anuncian cursos de formación en distintas ciudades españolas, algunos acreditados por el Sistema Nacional de Salud.

Casi todas las culturas cuentan con prácticas que ayudan a desarrollar la conciencia del momento. Todas y cada una de las principales religiones del mundo se valen de algún sistema que ayuda a sus

Correspondencia: Norberto Liétor Villajos  
CS Belén  
C/. Camino de las Cruces, 16  
23001 Jaén  
E-mail: [nlietor@colmedjaen.es](mailto:nlietor@colmedjaen.es)

Recibido el 22-04-2013; aceptado para publicación el 23-05-2013  
Med fam Andal. 2013; 2: 166-179

fieles a centrar la atención, desde la meditación a la oración y desde el yoga al taichi. Todas estas tradiciones tienen su enfoque particular, pero también todas comparten el deseo de centrar la atención de manera intencional para transformar la vida de las personas.

La práctica de la meditación, incluyendo mindfulness, ha suscitado el interés de los neurocientíficos que estudian la conciencia y se relación con el entrenamiento mental, el desarrollo personal y las relaciones humanas.

## LA ATENCIÓN

En el proceso de la formación de juicios y toma de decisiones se identifican dos sistemas denominados "automático" y "esforzado" o su equivalente en los primeros trabajos de Stanovich y West<sup>2</sup>: Sistema 1 para el automático y Sistema 2 para el esforzado.

El Sistema 1 opera de manera rápida y automática, con poco o ningún esfuerzo y sin sensación de control voluntario. El Sistema 2 centra la atención en las actividades mentales esforzadas que lo demandan, incluidos los cálculos complejos, y está asociado a la experiencia subjetiva de actuar, elegir y concentrarse.

Adoptar como norma de vida la vigilancia continua (Sistema 2) no es necesariamente bueno, y además es impracticable. Cuestionar con constancia nuestro pensamiento sería insoportablemente tedioso y demasiado lento e ineficiente para servir de sustituto al Sistema 1 en las decisiones rutinarias. Sin embargo, en el Sistema 1 hay sesgos, errores sistemáticos. Lo mejor que podemos hacer es llegar a un compromiso: aprender a reconocer situaciones en las que los errores sean probables y esforzarnos en evitar errores importantes<sup>2</sup>.

Como afirma Siegel<sup>3</sup>, hay personas para quienes «vivir en piloto automático» se ha convertido en un modo de vida habitual. Cuando el pensamiento automático domina nuestro sentido subjetivo del mundo, la vida se vuelve repetitiva y monótona. El resultado pueden ser reacciones reflejas que, a su vez, provocan reflejos mecánicos en los demás.

Paralelamente a esta conducta irreflexiva, nos encontramos con el bombardeo incontrolado de pensamientos, o como lo definió Salkovskis<sup>4</sup> "idea generator in the brain", es decir, un generador cerebral de ideas. Este mismo autor, en sus estudios sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, explica que funciona autónomamente y lo más que podemos hacer es influir en él, para cambiar a nuestro favor la índole de sus ocurrencias. Marina<sup>5</sup> denomina "inteligencia computacional" a este mecanismo no consciente de producción de ocurrencias conscientes. Asimismo, justifica a la angustia como productor de preocupaciones.

Para Eckhart Tolle<sup>6</sup> el término dukkha es utilizado por el hinduismo para referirse al estado ordinario de la mente y podría traducirse por sufrimiento, insatisfacción o desdicha y constituye una característica de la condición humana. Continúa explicando que la mayoría de la gente está tan completamente identificado con la voz de su cabeza-el torrente incesante de pensamiento involuntario y compulsivo y las emociones que la acompañan- que podríamos describirla como poseída por su mente. Afirma: "Ésa es la enfermedad. Ése es el engaño. El instrumento se ha apoderado de tí".

Sogyal Rimpoche<sup>7</sup> utiliza distintas comparaciones para describir el estado ordinario de la mente. Por ejemplo: son el cielo y las nubes, donde el cielo representa la verdadera naturaleza de la mente y las nubes son los pensamientos (la mente ordinaria), que, como nubes, aparecen y desaparecen; las nubes no son el cielo, el cielo contiene a las nubes.

Mindfulness puede ser una forma de relación con uno mismo, una forma de sintonía interna que ejerce efectos similares sobre la salud<sup>8</sup>. Éste puede ser el mecanismo, aún por identificar, por el cual fomenta el bienestar.

## MINDFULNESS Y SU RELACIÓN CON LA MEDICINA

El propósito original de mindfulness en el budismo sugiere un papel potencial de aplicación en la práctica de la Medicina. Mindfulness es una habilidad y, por tanto, se puede enseñar.

Isabel S. Larraburu<sup>9</sup> habla de Mindfulness como herramienta terapéutica ante la multitarea del médico y la estructura de las agendas en consulta.

La atención basada en la reducción del estrés (MBSR) es un programa de grupo, estructurado, que utiliza la meditación mindfulness para aliviar el sufrimiento asociado con los trastornos físicos, psicosomáticos y psiquiátricos. El programa, no religioso ni esotérico, se basa en un procedimiento sistemático para desarrollar una mayor conciencia de la experiencia momento a momento de los procesos mentales perceptibles. Grossman<sup>10</sup>, en 2004, revisó los sesenta y cuatro estudios empíricos que encontró, pero sólo 20 de ellos cumplieron los criterios de calidad aceptable o relevancia para ser incluidos en el meta-análisis. Incluía un amplio espectro de poblaciones clínicas: dolor, cáncer, enfermedades cardíacas, depresión, y ansiedad así como diversos grupos con estrés y, aunque derivada de un número relativamente pequeño de estudios, estos resultados sugieren que MBSR puede ayudar a una amplia gama de individuos para hacer frente a sus problemas clínicos y no clínicos.

El fundamento es el mantenimiento de la conciencia en el momento presente, desconectándose de los fuertes nexos a los sentimientos, pensamientos y emociones, y, de este modo, desarrollar un gran equilibrio emocional y de bienestar.

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y otras enfermedades crónicas están causadas o exacerbadas por estilos de vida modificables, y estas modificaciones constituyen los pilares de tratamiento para estas patologías.

Otro propósito de mindfulness es el aumento de la responsabilidad del paciente con respecto a la elección del estilo de vida. Así, puede proporcionar un aumento de la participación del paciente en sus procesos, mediante el fortalecimiento de los recursos personales para optimizar las prevenciones primaria y secundaria de su enfermedad.

También en la enfermedad incurable esta terapia puede modular la experiencia subjetiva del dolor, o mejorar la capacidad para afrontar el dolor y la discapacidad.

Implícitamente, mindfulness ha formado parte de la buena práctica en la Medicina, facilitando la actitud compasiva en la relación médico-paciente. Epstein<sup>11</sup> sugiere que esta técnica es una competencia integral del médico para la toma de decisiones y para la reducción de los errores médicos. De hecho, etimológicamente las palabras medicina y meditación comparten origen de la palabra latina "mederi", cuyo significado es "curar".

Hay estudios que han demostrado que las aplicaciones específicas de mindfulness mejoran la capacidad de regular las emociones, de combatir las disfunciones emocionales, de mejorar las pautas cognitivas y de reducir los pensamientos negativos<sup>12</sup>. La investigación sobre algunas de las dimensiones de esta práctica revela que, en gran medida, mejora el funcionamiento del organismo, pues hace que los procesos de curación, de respuesta inmunitaria, la reactividad al estrés y la sensación general de bienestar físico funcionen de manera mucho más eficaz.

El conocimiento consciente de la emoción puede perturbar reacciones habituales disfóricas y permitir evaluaciones novedosas, como la auto-compasión o aceptación<sup>13</sup>.

## DEFINICIÓN

Para establecer la definición operativa sobre la atención plena nos apoyaremos en un trabajo que sintetizó varios de los cuestionarios actuales sobre *mindfulness*<sup>14</sup>. Revela que estudios independientes parecen dar lugar a cinco factores comunes:

1. la no reactividad ante la experiencia interna (por ejemplo, percibir las emociones y los sentimientos sin reaccionar ante ellos);
2. atender a las sensaciones, a las percepciones, a los pensamientos y a las emociones (por ejemplo, seguir presente ante emociones que pueden resultar desagradables o dolorosas);
3. actuar conscientemente en ausencia de distracción (por ejemplo, romper o derramar cosas debido al descuido, a no prestar atención o a estar pensando en otra cosa);

4. describir y etiquetar con palabras (por ejemplo, plasmar con facilidad las creencias, las opiniones y las expectativas en palabras);
5. no juzgar la experiencia (como sería criticarse por tener emociones irracionales o inapropiadas).

## METODOLOGÍA

La metodología más empleada está basada en el programa de las 8 semanas (tabla 4) desarrollado por Jon Kabat-Zinn<sup>1</sup>. Los pacientes se comprometen a asistir a clase una vez por semana durante ocho semanas, participar también en un retiro de un día en silencio la sexta semana y practicar a diario seis días por semana durante 45 minutos, siguiendo las instrucciones contenidas en una cinta de audio. Como expresa, en otro de sus libros<sup>15</sup>, Kabat-Zinn: "A menudo, me escucho diciéndoles que esta práctica no tiene por qué gustarles, pero que, independientemente de ello, lo único que tiene que hacer es dejar a un lado, de momento, las críticas y limitarse a seguir nuestras instrucciones.

Durante las 2 primeras semanas las prácticas domiciliarias se basan en la exploración guiada del cuerpo o escáner corporal que pretende desarrollar una atención concentrada y precisa en la auto observación del cuerpo, utilizando la respiración como elemento de concentración y relajación. En la 3ª y 4ª semanas continúa con el escáner corporal alternando con ejercicios de flexibilidad o yoga, pero incorporando con más énfasis la técnica princeps que es la meditación sentado. Las semanas 5ª y 6ª alterna yoga/ejercicios de flexibilidad con la meditación sentados para iniciarse en la meditación caminando. La semana 7ª aconseja continuar con los 45 minutos diarios dejando a la elección del meditador el tipo de técnica. En la semana 8ª aconseja mantener al menos dos días la técnica del escáner corporal y el resto de los días opcional.

No tiene diseñado un programa de mantenimiento pero el esquema sería similar al de la 8ª semana eligiendo el método que mejor se adecue y mejores resultados ofrezca al practicante. Los integrantes de los grupos tienen la opción de volver a los 6 meses para la realización de una sesión recordatoria.

## MEDICIÓN: ESCALAS

La Mindful Attention Awareness Scale<sup>16</sup> (MAAS) es una escala sencilla y de rápida administración que evalúa, de forma global, la capacidad disposicional de un individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana.

La adaptación española de la escala MAAS<sup>17,18</sup> resulta un instrumento válido y fiable para medir las diferencias individuales en la capacidad de estar atento y consciente en población española. Este cuestionario se puede utilizar para investigar el efecto del mindfulness sobre variables clínicas. A su vez, se están valorando las propiedades psicométricas de la escala MAAS en patologías concretas, como es el caso de la fibromialgia<sup>19</sup>.

## MECANISMO DE ACCIÓN

Existen varios modos mediante los que mindfulness puede actuar sobre la enfermedad y la discapacidad:

1. Disminución de la percepción del dolor severo, aumento de la tolerancia al dolor y la disminución del uso de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos.
2. Disminución del estrés, ansiedad y depresión.
3. Mejorar la capacidad de decisión (aumento de la autonomía del paciente).
4. Aumento de la adherencia terapéutica.
5. Aumento de la motivación para realizar cambios de los estilos de vida y otras conductas.
6. Enriquecimiento de las relaciones personales.
7. Modificación de diferentes caminos en la manera de enfermar: sistema nervioso autónomo, función neuroendocrina y sistema inmune; por tanto, responder al estrés en vez de reaccionar a él de forma automática.
8. Plasticidad y cambios funcionales en el cerebro con Mindfulness.

La investigación preliminar sobre la función cerebral apunta a que mindfulness modifica el cerebro. ¿Por qué el modo en que prestamos atención al momento presente podría modificar el cerebro? Porque el modo en que lo hacemos fomenta la plasticidad neural, es decir, la modificación de las conexiones neurales en respuesta a la experiencia. Creswell<sup>20</sup> y colaboradores demuestran en 27 estudiantes entrenados en MBSR, durante la realización de tareas desagradables, una activación amplia de la zona prefrontal así como menor actividad de la amígdala. Lutz<sup>21</sup> encuentra en el EEG realizado durante la meditación de monjes budistas un aumento de la amplitud de la actividad gamma.

Davidson<sup>12</sup> investiga sobre la activación de determinadas regiones cerebrales en la corteza frontal y prefrontal (izquierda versus derecha) y la estimulación antigénica. El estudio se hizo sobre sujetos sanos, aplicando a un grupo el curso de MBSR de 8 semanas de duración y al final del período fueron vacunados todos los participantes de la gripe. En el grupo de meditadores se evidenció una mayor actividad izquierda, que se mantenía hasta cuatro meses después de haber finalizado el período de entrenamiento. Se evidenció, así mismo, un aumento del número de anticuerpos en los meditadores. Finalmente, se puede predecir el aumento de titulación de nivel serológico conociendo la magnitud de cambio en la actividad cerebral. Estos hallazgos sugieren la posibilidad de que la meditación produce cambios en la organización cerebral y en la respuesta inmune, aun cuando son necesarios más estudios que lo confirmen.

Por ello, mindfulness: puede ser un modo eficaz de mejora en funciones cerebrales, endocrina e inmune, actuando sobre variables fisiológicas y psicológicas importantes para la consecución de bienestar.

## APLICACIONES CLÍNICAS

Aunque los objetivos iniciales en la investigación con mindfulness fueron el dolor, el estrés y calidad de vida, las posibles aplicaciones clínicas se han ido incrementando y diversificando como atestigua el reciente trabajo de Abbey<sup>22</sup> publicado en una editorial de la Revista Canadiense de Psiquiatría. Aquí hace una valoración de las

aplicaciones actuales entre las que destaca: la prevención de la recaída de la depresión<sup>23</sup>, el tratamiento de trastorno por atracón<sup>24</sup> y la prevención de recaídas en el abuso de sustancias<sup>25</sup>.

A continuación pasamos a describir tanto las aplicaciones clásicas como las que se han ido incorporando más recientemente.

**DOLOR:** Las investigaciones iniciales en relación con mindfulness se orientaron hacia el dolor, el estrés y la calidad de vida. En 1982, Kabat-Zinn estudia los efectos de la práctica de mindfulness sobre pacientes con dolor crónico<sup>26</sup> entre los que predominaban el dolor de espalda, dolor en cuello-hombro y cefalea. Aquel estudio fue finalizado por 51 pacientes a los que había aplicado un programa de meditación de 10 semanas de duración. El 65% de los pacientes obtuvo, de media, una reducción mayor del 33% en la escala del dolor, alcanzando el 50% de reducción de dolor en la mitad de los pacientes. También existen estudios sobre localizaciones concretas del dolor, como el efecto sobre dolor de espalda. Esta revisión sistemática encontró evidencia concluyente sólo de efectividad a corto plazo de MBSR en la mejora de la intensidad del dolor y la discapacidad en los pacientes que sufren de dolor de espalda baja<sup>27</sup>. Se necesitan ensayos adicionales con un tamaño de muestra más grande, grupo de control activo y un seguimiento más largo para obtener resultados de manera concluyente.

**ESTRÉS:** En este estudio se analizan los efectos que un programa basado en la conciencia plena (mindfulness) puede tener sobre los niveles de malestar psicológico y de sobrecarga en familiares cuidadores principales<sup>28</sup> de enfermos con demencia tipo Alzheimer. El resultado muestra una reducción significativa del estrés en el grupo de intervención y en la variable sobrecarga del cuidador, aun cuando las mejoras obtenidas se vieron reducidas en la evaluación de seguimiento realizada 4 meses después de finalizada la intervención, por lo que se hace necesario el establecimiento de medidas y de políticas de atención a estos cuidadores que permitan mantener los efectos beneficiosos de las intervenciones destinadas a reducir sus niveles de malestar psicológico y de sobrecarga

**ONCOLOGIA:** Speca<sup>29</sup> analizó el efecto de mindfulness en pacientes oncológicos y valoró su

repercusión en el estado anímico y en la disminución del estrés, encontrando una reducción global de la alteración del estado de ánimo del 65%, con una reducción del 31% en los síntomas de estrés. Estos cambios se vieron tanto en hombres como en mujeres, y dentro de una amplia variedad de diagnósticos de cáncer, fases de la enfermedad, y edades. En 2004 Carlson<sup>30</sup>, también en colaboración con Speca, en pacientes de cáncer de mama y de próstata, demostraron la mejora en calidad de vida y disminución de síntomas de estrés entre los pacientes sometidos a MBSR; en este trabajo encontraron cambios posiblemente beneficiosos en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, aun cuando reconocen la necesidad de realizar estudios más amplios.

En el trabajo de Stafford<sup>31</sup>, sobre un grupo de mujeres con cáncer de mama o ginecológico, con un programa de intervención de 8 semanas de duración basado en MBRS obtuvo mejoras significativas en todas las medidas de resultados psicosociales después de la intervención y se mantuvieron a 3 meses de seguimiento. El programa fue considerado altamente beneficioso y aceptable por los pacientes. Dentro de los límites de un ensayo no aleatorio, estos resultados proporcionan un fuerte apoyo preliminar para la prestación de esta intervención.

En 2012, Cramer<sup>32</sup> y su equipo realizan una amplia revisión y meta-análisis (MEDLINE, Cochrane Library, EMBASE, CAMbase y bases de datos PsycInfo) de los estudios de pacientes con cáncer de mama. El objetivo evaluar la eficacia de la reducción del estrés basado en la atención plena. En comparación con la atención habitual, MBSR fue superior en la disminución de la depresión, concluyendo que pruebas de la efectividad de MBSR en la mejora de la salud psicológica en pacientes con cáncer de mama, pero son necesarios más ensayos clínicos para sustentar los resultados.

FOBIA SOCIAL: Goldin<sup>33</sup> ha estudiado a 56 pacientes con fobia social, elegidos de manera aleatoria, comparando los resultados tras tratamiento con MBSR o ejercicio aeróbico. Se les realizaba una RMN funcional mientras respondían un cuestionario auto referenciado, antes y después de la intervención. MBSR produjo una mayor disminución en los ítems de auto percepción negativa y aumentos equivalentes en los positivos;

neuralmente, durante los ítems negativos, en comparación con ejercicio físico, MBSR aumentó la actividad en la corteza cingulada posterior. Esto pone de relieve vínculos potencialmente importantes entre los sistemas de regulación auto-referenciales y los sistemas de atención y sugiere que MBSR puede mejorar estos procesos desadaptativos en los pacientes con fobia social.

ANSIEDAD: Un estudio reciente realizado por Franco<sup>34</sup> en nuestro país sobre médicos de atención primaria, se planteó evaluar la eficacia de mindfulness sobre los niveles de estrés y ansiedad. Se observó una reducción significativa en el grupo experimental en comparación con el grupo control en todas las variables que evaluaban los niveles de estrés y ansiedad de los médicos al comparar sus puntuaciones pretest-postest y pretest-seguimiento, y se mantuvieron a los 6 meses estos resultados; en futuras investigaciones, un mejor diseño debería incluir un grupo de control activo (con atención terapéutica, apoyo social y esperanza positiva). Finalmente, habría que realizar más medidas de seguimiento a largo plazo para comprobar los efectos del programa de meditación a lo largo del tiempo.

La atención y las intervenciones basadas en la aceptación están recibiendo cada vez más atención en el tratamiento de los trastornos mentales. Estas intervenciones pueden ser beneficiosas para los pacientes con trastornos de ansiedad. El objetivo de la revisión de Vollestad<sup>35</sup>, para Database of Reviews of Effectiveness (DARE), fue revisar y sintetizar la investigación existente para los pacientes con diagnóstico de trastornos de ansiedad. Se realizó una búsqueda sistemática de las bases de datos pertinentes de acuerdo con criterios previamente definidos Diecinueve estudios tipo meta-análisis fueron elegidos. Las conclusiones fueron que este tipo de intervenciones se asocian con reducciones robustas y sustanciales en los síntomas de ansiedad y síntomas depresivos comórbidos. Se necesitan más investigaciones para determinar su eficacia y su lugar en la práctica clínica

También encontramos una revisión similar del 2006 en Cochrane para investigar la eficacia de la terapia de meditación en el tratamiento de la ansiedad<sup>36</sup>. Aunque los resultados indican una disminución de la ansiedad, el pequeño número de estudios incluidos en esta revisión no permite

establecer conclusiones. Las tasas de abandono parecen ser altas, y los efectos adversos de la meditación no han sido reportados y, por tanto, se necesitan más ensayos.

**DEPRESIÓN:** Mindfulness ha influido en un amplio rango de orientaciones psicoterapéuticas de los cuadros depresivos y la investigación reciente ha revelado mejoras significativas en varios trastornos, tanto en lo que concierne a la reducción de síntomas como a la prevención de las recaídas<sup>37,23</sup>.

Encontramos una revisión de 2012 en DARE<sup>38</sup> incluyendo treinta y nueve estudios (n = 1.847) en la revisión. Esta revisión encontró que las intervenciones basadas en mindfulness pueden reducir los síntomas depresivos y prevenir las recaídas en pacientes con trastornos mentales. La heterogeneidad de los resultados significa que las conclusiones de los autores con respecto a la magnitud del efecto deben ser interpretados con cierta cautela y su fiabilidad es incierta. Fiorback<sup>39</sup> y colaboradores en su revisión de ensayos clínicos prueban la eficacia de MBSR encontrando en 11 trabajos la mejora en la salud mental en comparación con el tratamiento habitual usado en el grupo control.

La guía del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)<sup>40</sup>, edición 2009, en sus recomendaciones para la prevención de recaídas en pacientes depresivos aconseja ofrecer una intervención psicológica, bien terapia cognitivo-conductual o mindfulness. Aconseja el uso de mindfulness para aquellos pacientes, que estando en fase de remisión, hayan tenido tres o más recaídas.

La National Guideline Clearinghouse<sup>41</sup>(NGC) en su actualización del año 2012 para el abordaje de la depresión mayor en atención primaria, reconoce que, para aquellos pacientes en remisión el uso de mindfulness o el mantenimiento de la terapia farmacológica reducen, de manera significativa, las recaídas.

En las recomendaciones de la revisión del tratamiento inicial de la depresión en adultos de UPTODATE<sup>42</sup> se hace hincapié en las opciones terapéuticas, con psicoterapia o farmacológica, para la depresión leve y moderada, dependiendo de las características y preferencias del paciente.

Entre ellas se encuentra mindfulness y la terapia de resolución de problemas. Con respecto a mindfulness, también reconoce su eficacia en la prevención de recurrencias de la depresión.

**ABUSO DE SUSTANCIAS:** La prevención de las recaídas en sujetos que presentan abuso de sustancias<sup>43</sup> también forma parte de las habilidades que utilizan Marlatt y sus colaboradores.

**OTROS TRASTORNOS:** se han publicado varios libros que revisan la utilización de esta práctica y de la aceptación en psicoterapia de un amplio rango de trastornos, los trastornos de la alimentación, el trastorno por estrés postraumático o el obsesivo-compulsivo<sup>44</sup>.

**PSORIASIS:** En un trabajo clásico, de 1998, y firmado por Kabat-Zinn se analiza el efecto de mindfulness sobre treinta y siete pacientes con psoriasis<sup>45</sup>. Todos los pacientes recibieron fototerapia pero al grupo de intervención se añadía instrucciones grabadas basadas en mindfulness mientras se aplicaba la fototerapia. Esta breve meditación puede aumentar la tasa de resolución de las lesiones en pacientes con psoriasis.

**DIABETES MELLITUS:** Para determinar si mindfulness es eficaz para reducir la angustia psicosocial (es decir, la depresión, el estrés psicosocial) y la progresión de la nefropatía (es decir, albuminuria) y mejorar el estado de salud de los pacientes con diabetes tipo 2, Hartman<sup>46</sup> diseñó un estudio a 5 años, cuyos datos correspondientes al seguimiento del primer año nos presenta en la revista Diabetes Care. Los pacientes con diabetes tipo 2 y micro albuminuria fueron asignados al azar a una intervención basada en la atención plena (n = 53) o un tratamiento usual (n = 57) del grupo. Los pacientes del grupo MBSR mostraron niveles más bajos de depresión y el estado de salud mejorado en comparación con el grupo control. No hay diferencias significativas con respecto a los niveles de albuminuria. En el análisis por protocolo, también apareció una mayor reducción del estrés en el grupo de intervención.

**SUEÑO:** Para estudiar el efecto de mindfulness sobre pacientes con insomnio psicofisiológico, Sernee<sup>47</sup> publica un estudio en el que mide el efecto de 3 sesiones grupales de fundamentos de la meditación, realizados en un centro especializa-

do en el tratamiento del sueño. Se les pasó el cuestionario sobre Ansiedad-preocupación sobre el insomnio (APSQ) antes y a las 4 semanas después del tratamiento. Todos los pacientes evaluaron el tratamiento mindfulness positivamente. Los resultados de este estudio piloto indican que los pacientes con insomnio psicofisiológico pueden beneficiarse de un número limitado de sesiones mindfulness en la reducción de la ansiedad y la preocupación por el sueño. La atención plena se sugiere como tratamiento adicional a la terapia cognitivo-conductual estándar para el insomnio.

**PARTO/EDUCACIÓN MATERNAL:** También se ha experimentado el uso de un programa de mindfulness de 8 semanas en la educación maternal para las embarazadas en el trabajo de Hanieh<sup>48</sup>. Entre las participantes se informó de una disminución en las medidas de depresión, el estrés y la ansiedad persistiendo estos hallazgos hasta el período postnatal. En la programación de la preparación al parto podría incluirse esta intervención psicológica

Con respecto a la utilización de mindfulness en mujeres embarazadas y su efecto sobre la aparición de parto prematuro<sup>49</sup>, en 2012 se publicó una revisión Cochrane que incluía datos de 833 mujeres gestantes, si bien la mayoría encuadradas en estudios de muestra pequeña. El objetivo consistió en evaluar la efectividad de las terapias de relajación para la prevención o el tratamiento del parto prematuro. De acuerdo con los resultados, los revisores de este trabajo, concluyen que hay algunas pruebas de que la relajación durante el embarazo reduce el estrés y la ansiedad. Sin embargo, no hubo ningún efecto sobre la prevención del parto prematuro. Estos resultados deben ser interpretados con cautela, ya que se obtuvieron de estudios incluidos con calidad limitada.

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL:** Las técnicas de meditación parecen producir reducciones pequeñas, pero significativa, en la presión sanguínea<sup>50,51</sup>, ya sea como monoterapia o en combinación con la farmacoterapia tradicional. La meditación trascendental y la atención basada en la reducción del estrés pueden producir reducciones clínicamente significativas en la presión arterial sistólica y diastólica. Más ensayos clínicos aleatorios son necesarios antes de hacer recomendaciones firmes sobre el uso de la meditación para la hipertensión arterial.

**OBESIDAD:** En el año 2012, Moosaviani<sup>52</sup> publica los resultados de un estudio pseudoexperimental consistente en la comparación de un grupo con MBSR, otro grupo con un programa dietético habitual y un grupo control sin tratamiento. Se les aplicaron cuestionarios de ansiedad, depresión, estrés, autovaloración y actitudes ante la comida antes y un mes después de la intervención, obteniéndose una reducción en la obesidad, depresión y ansiedad-estrés en el grupo de mindfulness. No obstante, la permanencia de los resultados no tuvo un adecuado seguimiento y el número de sujetos era escaso.

La Agencia Canadiense del Medicamento publicó el pasado año una revisión de evidencias y guía de práctica clínica recomendando el uso de mindfulness en la pérdida de peso en adultos<sup>53</sup>. Encontraron 14 estudios que incluyeron en dicha revisión. Las recomendaciones son concluyentes en cuanto a los problemas metodológicos por la escasez de muestra, encontrando una débil significación estadística en los pacientes obesos (encontrándose dicha diferencias a expensas de las mujeres) tratados con mindfulness.

**ASMA BRONQUIAL:** MBSR ha producido mejoras duraderas y clínicamente significativo en el asma<sup>54</sup> relacionados con la calidad de vida y el estrés en los pacientes con asma persistente, sin mejoras en la función pulmonar ni en el porcentaje de pacientes bien controlados.

**FORMACIÓN MÉDICA:** La incapacidad para enfrentarse con éxito a la enorme presión de la formación médica puede conducir a una cascada de consecuencias tanto a nivel personal como profesional. Shapiro<sup>55</sup> estudió el efecto de aplicar un programa basado en mindfulness sobre médicos y estudiantes de medicina, encontrando una reducción en trastornos psicológicos junto con aumento de los niveles de empatía en el grupo de intervención.

En los programas formativos se empieza a reflexionar y enfatizar en el bienestar personal de los médicos residentes y la prevención del burnout<sup>56</sup>. Basadas en mindfulness, existen intervenciones para los profesionales de atención primaria que han demostrado mejorar el bienestar profesional y la eficacia en la lucha contra el agotamiento<sup>57</sup>.

Como expone Lefebvre<sup>58</sup> en su trabajo, no reside el bienestar del residente únicamente en la reforma de las horas de trabajo, sino en una combinación de iniciativas activas y pasivas dirigidas a los distintos ámbitos de bienestar físico, mental, social, e intelectual.

Groupman<sup>59</sup> sugiere que la mayoría de los errores diagnósticos no son resultados de la escasez de conocimiento, sino de defectos en los procesos de pensamiento (juicios de valor, estereotipos y otras alteraciones cognitivas); propone que estos defectos pueden ser mitigados prestando atención a esos procesos de pensamiento, y esto se puede abordar con la práctica de mindfulness. En recientes trabajos, realizados en unidades de Psiquiatría, se ha comprobado que el uso de mindfulness en los profesionales aumenta la satisfacción del paciente y disminuye los eventos de adversos en la seguridad de los pacientes<sup>60,61</sup>.

El Comité especializado en Psiquiatría del Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá reconoció la importancia creciente de mindfulness, y en los objetivos del 2009 incluyó como requisito la incorporación de conocimientos introductorios en mindfulness para los psiquiatras que comiencen su formación con posterioridad a 2009<sup>62</sup>.

### LIMITACIONES DE LAS INVESTIGACIONES ACTUALES

Similar al enfoque de Bishop<sup>63</sup>, en el 2004, Smith<sup>64</sup>, en una carta al director, advertía de dos cuestiones relacionadas con mindfulness. La primera se refiere a que la mayoría de las investigaciones sobre la atención plena utilizan el enfoque de Kabat-Zinn, y pocos, entre los múltiples estudios, han advertido que el sistema de Kabat-Zinn no es la atención pura, sino una amalgama de la meditación consciente, meditación de concentración pasiva, ejercicios de respiración, yoga, entrenamiento autógeno, y la psicología budista. En segundo lugar, sabemos muy poco acerca de los efectos biológicos de las actividades que, consistentemente, evocan estados positivos. Es evidente que los estados positivos pueden ser evocados por muchas actividades; Smith insiste en que cualquier régimen de actividades que incluyan tranquilidad y placer prolongados podría provocar cambios positivos en la actitud afectiva, así como en el cerebro y la función inmune.

Ospina<sup>65</sup> en el año 2007 hizo un balance del estado de la investigación en meditación, reuniendo en cinco amplias categorías las prácticas de meditación. En las conclusiones afirma que existen muchas incertidumbres rodeando la práctica de la meditación y que la investigación científica sobre las prácticas de meditación no parece tener una perspectiva teórica común y se caracteriza por una calidad metodológica deficiente.

### CONCLUSIONES

La época actual con sus características de una atención parcial continua (escasez de tiempo e interrupciones frecuentes) y la presión económica, que demanda un continuo aumento de la actividad productiva, actúan de manera adversa sobre los sistemas de salud, comportando una disminución en la relación médico-paciente.

En este contexto, mindfulness puede comportarse como un mecanismo de prevención y control de la enfermedad, incrementando la capacidad de hacer frente al dolor y a la enfermedad crónica, reducir el estrés de pacientes y médicos, fomentar la compasión, mejorar el nivel competencial de los médicos y disminuir los errores médicos.

En resumen, tenemos la sensación de que podemos estar en el umbral de una nueva explosión de público y el interés científico en la atención la meditación. No obstante, son necesarios estudios de alta calidad sobre la aplicación de Mindfulness en medicina.

### AGRADECIMIENTOS

Agradecemos las aportaciones y ayuda bibliográfica a Leopoldo Rama Navarro que, junto con su experiencia en este tema, nos ha alumbrado en nuestro propósito.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Kabat-Zinn J, Satrústegui A de. Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo ya de la mente para afrontar el estrés,

- el dolor y la enfermedad. Barcelona: Editorial Kairós; 2004.
2. Kahneman D. *Pensar rápido, pensar despacio*. México, D.F.: Debate; 2012.
  3. Siegel DJ. *Cerebro y mindfulness: la reflexión y la atención plena para cultivar el bienestar*. Barcelona: Paidós; 2010.
  4. *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders*. Oxford; New York: Oxford University Press; 2012.
  5. Marina JA. *Anatomía del miedo: un tratado sobre la valentía*. 2. ed. Barcelona: Editorial Anagrama; 2007.
  6. Tolle E, Iribarren M. *El poder del ahora: una guía para la iluminación espiritual*. Madrid: Gaia Ediciones; 2008.
  7. Sogyal, Gaffney P, Harvey A. *El libro tibetano de la vida y de la muerte*. Barcelona: Ediciones Urano; 2006.
  8. Anderson NB. Emotional longevity: what really determines how long we live. New York: Viking; 2003.
  9. Larraburu IS. *Atención plena elimina el malestar emocional provocado por la multitarea y la dispersión mental*. Madrid: Temas de Hoy; 2009.
  10. Grossman, P., L. Niemann, S. Schmidt y H. Walach. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004; 57(1):35–43.
  11. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA*. 1999; 283(9):833–839.
  12. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF et al. Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*. 2003; 65:564–570.
  13. Farb N, Anderson AK, Zindel VS. The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. *CanJPsychiatry*. 2012; 57(2):70–77.
  14. Baer, R. A., G. T. Smith, J. Hopkins, J. Kriete-meyer y L. Toney. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006; 13(1):27–45.
  15. Kabat-Zinn J. *La Práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós; 2007.
  16. Brown K, Ryan R. The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *J Pers Soc Psychol*. 2003; 84:822–848.
  17. Araya-Vargas, G., Gapper-Morrow, S., Moncada-Jimenez, J. y Buckworth, J. Translation and Cross-Cultural Validation of the Spanish Version of the Mindfull Awareness Attention Scale (AMAS): An Exploratory Analy and Potential Applications to Exercise Psychology, Sport and Health. *International Journal of Applied Sports Sciences*. 2009; 21(1):94–114.
  18. Soler J, Tejedor R, Feliu-Sol A, Pascual JC, Cebolla A, Soriano J et al. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Esp Psiquiatr*. 2012; 40(1):19–26.
  19. Cebolla A, Luciano JV, Piva M, Navarro-Gil M, Garcia-Campayo J. Psychometric properties of the Spanish version of the mindful attention awareness scale (MAAS) in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013; 11(6).
  20. Creswell JD, Way BM, Eisenberger NI, Lieberman MD. Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosom Med*. 2007; 69(6):560–565.
  21. Lutz A, Greischar LL, Rawlings NB, Ricard M, Davidson RJ. Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Prac Natl Acad Sci USA*. 2004; 101(46):16369–16373.
  22. Abbey SE. *Mindfulness and Psychiatry* (Ed). *CanJPsychiatry*. 2012; 57(2):61–62.
  23. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York (NY): Guilford Press; 2002.
  24. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge

eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord.* 2011; 19(1):49–61.

25. Bowen S, Chawla N, Collins SE, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abus.* 2009; 30:205–305.

26. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry.* 1982; 4(1):33–47.

27. Cramer H, Haller H, Lauche R, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC Complement Altern Med.* 2012; 12:162.

28. Franco C, Sola MM, Justo E. Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena). *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* 2010; 45(5):252–258.

29. Specia M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med.* 2000; 62(5):613–622.

30. Carlson LE, Specia M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology.* 2004; 29(4):448–474.

31. Stafford L., Foley E., Judd F., Gibson P., Kiropoulos L. and Couper J. Mindfulness-based cognitive group therapy for women with breast and gynaecologic cancer: Effectiveness and feasibility. *Asia-Pac J Clin Oncol.* 2012; 8(3):116–217.

32. Cramer H., Lauche R., Paul A. and Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for breast cancer- A systematic review and meta-analysis. *Current Oncology.* 2012; 19(5):343–352.

33. Goldin P, Ziv M, Jazaieri H, Gross J. Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction Versus Aerobic Exercise: Effects on the Self-Referential Brain Network in Social Anxiety Disorder. *Hum Neurosci.* 2012; 6:295.

34. Franco C, Justo E. 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). *Atención Primaria.* 2010; 42(11):564–570.

35. Vollestad J, Nielsen MB, Nielsen GH. Mindfulness and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis (Database of Reviews of Effectiveness). *Br J Clin Psychol.* 2012; 51(3):239–260.

36. Krisanaprakornkit T, Sriraj W, Piyavhatkul N, Laopaiboon M. Meditation therapy for anxiety disorders. *The Cochrane Library (Review).* 2006; 1.

37. Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. Nueva York: The Guilford Press; 2004.

38. Klainin-Yobas P, Cho MA, Creedy D. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies.* 2012; 49(1):109–121.

39. Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E, Fink P, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand.* 2011; 124(2):102–119.

40. NICE clinical guideline 90. Depression: the treatment and management of depression in adults (update). (2009). Available from [www.nice.org.uk/CG90](http://www.nice.org.uk/CG90). 2009.

41. Trangle M, Dieperink B, Gabert T, Haight B, Lindvall B, Mitchell J, et al. Major depression in adults in primary care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012; 119 p. [320 references]

42. Katon W, Ciechanowski P. Initial treatment of depression in adults. In *UpToDate.* 2012.

43. Parks GA, Anderson BK, Marlatt GA. Relapse prevention therapy. In: *Interpersonal handbook of alcohol dependence and problems*. Nueva York: John Wiley; 2001:575–592.
44. Mazziotta y otros. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1992; 49(9):681–689.
45. Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T, Skillings A, Scharf MJ, Cropley, TG, et al. Influence of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention on Rates of Skin Clearing in Patients With Moderate to Severe Psoriasis Undergoing Photo Therapy (UVB) and Photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*. 1998; 60(5):625–632.
46. Hartmann M, Kopf S, Kircher, C, Faude-Lang V, Djuric Z, Augstein, F, et al. Sustained Effects of a Mindfulness-Based Stress-Reduction Intervention in Type 2 Diabetic Patients: Design and first results of a randomized controlled trial (the Heidelberg Diabetes and Stress-Study). *Diabetes Care*. 2012; 35(5):945–947. 2012; 35(5): 945–947.
47. Sernee M., Houniet-De Gier M. and Kerkhof G. Does Mindfulness therapy reduce sleep worry in insomnia patients? A pilot study. *Journal of Sleep Research*. 2012; 21(1):352–353.
48. Hanieh E, Roberts R, Powrie R. Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Archives of Women's Mental Health*. 2012; 15(2): 139-143.
49. Khianman B, Pattanittum P, Thinkhamrop J, Lumbiganon P. Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; 8(8): CD007426.
50. Goldstein CM, Josephson R, Xie S and Hughes JW. Current Perspectives on the Use of Meditation to Reduce Blood Pressure. *International Journal of Hypertension Volume 2012 (2012)*, Article ID 578397, 11 pages doi:10.1155/2012/578397. 2012. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3303565/>. Accessed December 10, 2012.
51. Anderson JW, Liu C, Kryscio RJ. Blood pressure response to transcendental meditation: a meta-analysis. *Am J Hypertens*. 2008; 21(3):310–316.
52. Moosaviani N, Moradi A, Sarkarati AH, Taheri F, Alizadeh Nouri R. The effects of mindfulness based cognitive therapy on obesity and its psychological consequences. *European Psychiatry*. 2012; 27(1).
53. Mindfulness Training for Weight Loss in Obese Adults: A Review of the Clinical Evidence and Guidelines. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. <http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/jan-2012>. .
54. Pbert L., Madison J.M., Druker S., Olenzki N., Magner R., Reed G. et al. Effect of mindfulness training on asthma quality of life and lung function: A randomised controlled trial. *Thorax*. 2012; 67(9):769–776.
55. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*. 1998; 21(6):581–599.
56. Sheela Rao. Why Faculty Must Promote Their Own Self-Care. *Academic Medicine*. 2013; 88(1):9–10.
57. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 1293; 302(12):1284.
58. Lefebvre DC. Resident Physician Well-being: A New Hope. *Academic Medicine*. 2012; 87(5):598–602.
59. Gropman JE. *How doctors think*. Boston: Houghton Mifflin; 2008.
60. Grepmaier L. Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. 2007; 76(6):332–338.
61. Brady S, O'Connor N, Burgermeister D, Hanson P. The Impact of Mindfulness Meditation in Promoting a Culture of Safety on an Acute

Psychiatric Unit. Perspectives in Psychiatric Care. 2012; 48(3):129–137.

62. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Objectives of training in psychiatry.2009(Internet).Ottawa(ON):RCPSC; 2009. Available at: [http://www.medicine.mcgill.ca/postgrad/accreditation\\_2013/PSQs/1\\_Psychiatry/06\\_STR\\_Psychiatry\\_2009.pdf](http://www.medicine.mcgill.ca/postgrad/accreditation_2013/PSQs/1_Psychiatry/06_STR_Psychiatry_2009.pdf).

63. Bishop SR. What Do We Really Know About Mindfulness-Based Stress Reduction? Psychosomatic Medicine. 2002; 64:71–84.

64. Smith JC, Davidson RJ, Kabat-Zinn J. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation: Three caveats [2] (multiple letters). Psychosomatic Medicine. 2004; 66(1):148–152.

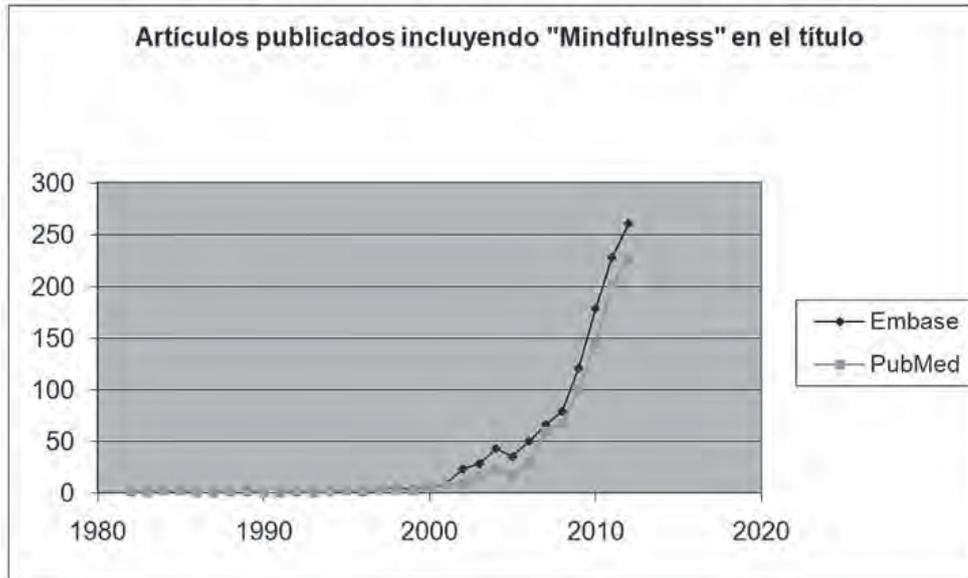
65. Ospina MB, Bond K, Karkhaneh M. Meditation practices for health: state of the research. Evid Rep Technol Assess. 2007; 155:1–263.

**Tabla 1.** Número de trabajos publicados en cuyo título aparece Mindfulness.

Año	Embase	PubMed
1982	1	1
1983	0	0
1984	2	2
1985	2	2
1986	0	0
1987	0	0
1988	1	1
1989	1	1
1990	0	0
1991	0	0
1992	1	1
1993	0	0
1994	1	2
1995	2	2
1996	1	1
1997	3	3
1998	4	3
1999	3	2
2000	5	5
2001	8	7
2002	23	8
2003	28	15
2004	43	23
2005	35	17
2006	50	29
2007	66	60
2008	79	67
2009	121	100
2010	179	145
2011	228	203
2012	260	226

**Tabla 2.** Número de artículos en bases de datos que contienen la palabra mindfulness o MBSR en su título.

	<i>Mindfulness</i>		<i>Mindfulness en título</i>		<i>MBSR</i>		<i>MBSR en título</i>	
	GLOBAL	2012	GLOBAL	2012	GLOBAL	2012	GLOBAL	2012
<b>PUBMED</b>	255497	20546	822	224	358	91	134	34
<b>EMBASE</b>	2046	469	1133	260	389	100	198	47
<b>IME</b>	2	0	2	0	-	-	-	-

**Gráfico 1.** Gráfico representando evolución trabajos publicados desde 1982.**Tabla 3.** Presencia de Mindfulness en buscador Google y Google académico.

	<i>Mindfulness</i>	<i>Mindfulness en español</i>	<i>Mindfulness en España</i>
<b>GOOGLE</b>	1.570.000	Desconocido	145.000
<b>GOOGLE ACADÉMICO</b>	74.500	1.350	1.090

**Tabla 4.** Cronograma del programa de las 8 semanas de la clínica de reducción del estrés basada en la atención plena en Massachussets.

SEMANAS	CONTENIDO DEL PROGRAMA	DÍAS POR SEMANA
1 <sup>a</sup>	Examen del cuerpo 45 minutos	6
2 <sup>a</sup>	Meditación sentado 10 minutos	
3 <sup>a</sup>	Examen del cuerpo versus yoga alternos	6
4 <sup>a</sup>	Meditación sentado 15-20 minutos	
5 <sup>a</sup>	Meditación sentado 30-45 minutos/yoga alternos	6
6 <sup>a</sup>	Inicio meditación caminando	
7 <sup>a</sup>	Método a elegir 45 minutos	6
8 <sup>a</sup>	Examen del cuerpo 2 veces a la semana Meditación sentado/caminando o yoga el resto de días	6

## ARTÍCULO ESPECIAL

### Internet en el mapa de ruta del investigador sanitario joven

Corchado-Albalat Y<sup>1</sup>, González-García L<sup>2</sup>, Ortega-Calvo M<sup>3</sup>, Santos JM<sup>4</sup>, Vilches Arenas A<sup>5</sup>, Lapetra J<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Amante Laffón. Grupo de Investigación PREDIMED. Distrito Sanitario de Atención Primaria. Sevilla

<sup>2</sup>Licenciada en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Hospital Universitario San Cecilio. Universidad de Granada. FIBAO. Granada

<sup>3</sup>Médico de Familia. Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla (Servicio Andaluz de Salud). Centro de Salud Esperanza Macarena. CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III. España

<sup>4</sup>Médico de Familia. Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla (Servicio Andaluz de Salud). Centro Universitario de Salud San Pablo. CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III. España

<sup>5</sup>Profesor Titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla (US)

<sup>6</sup>Médico de Familia. Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla (Servicio Andaluz de Salud). Centro de Salud Universitario San Pablo. CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III, España

Analizamos las ventajas y los inconvenientes de la necesaria utilización de Internet en la formación temprana del investigador sanitario. Entre las primeras merecen destacarse el acceso a redes y a comunidades virtuales, la minería de datos, la mejora de la investigación traslacional y el desarrollo del modelo híbrido en la enseñanza a distancia. Entre los segundos, la falta de control en el error sistemático de las redes de datos epidemiológicos, los problemas de anonimización y la difusión de información científica sin revisión por pares.

#### INTRODUCCIÓN

La formación clínica se debe compatibilizar con el aprendizaje del método científico<sup>1,2</sup> en el postgrado temprano. Teniendo en cuenta este planteamiento, nos ha llamado poderosamente la atención la tesis de Alain Minc, quien pronostica que “el futuro será de los e-intelectuales”<sup>3</sup>. Se puede

definir a un intelectual como aquella persona que se dedica al estudio y a la reflexión crítica de la realidad intentando influir voluntaria o involuntariamente en ella. El e-intelectual realiza la misma tarea pero teniendo la web como instrumento de trabajo<sup>4</sup>.

El entorno de la investigación sanitaria ha cambiado en los últimos años. Los frecuentes viajes del investigador principal (IP) y las enriquecedoras estancias fuera de su entorno del investigador en formación, han dado a Internet un protagonismo que no poseía. De tal forma convendrán con nosotros que un porcentaje nada desdeñable de la orientación y del estímulo de un trabajo se realiza de forma virtual. Skype no es solamente útil en telemedicina<sup>5</sup> lo es también en la teleformación y teledirección.

En el mapa de ruta del investigador<sup>6</sup>, el espacio virtual ha tomado un lugar preponderante. En términos generales y a forma de resumen, los IP pueden ejercer tres funciones sobre los miembros de su equipo; 1) proporcionar un soporte vocacional e instrumental que favorezca la carrera de su investigador, 2) dar apoyo psicosocial por medio del consejo, la amistad y el estímulo y, finalmente 3) ofrecer un modelo curricular<sup>7</sup> (Figura 1). Sin embargo, no parece que la dirección puramente virtual sea la panacea en este campo de la educación postgraduada.

Correspondencia: Manuel Ortega-Calvo  
CS Esperanza Macarena  
C/. María Auxiliadora, 4  
41003 Sevilla  
E-mail: 106mayorque104@gmail.com

Recibido el 08-01-2013; aceptado para publicación el 12-02-2013  
Med fam Andal. 2013; 2: 180-185

Nuestro objetivo en este artículo es la revisión no sistemática, de las ventajas y de los inconvenientes del uso de Internet en la formación teórica y práctica del investigador sanitario joven.

## REDES DE DATOS COMPARTIDOS

En los estudios epidemiológicos, la singularidad del paquete de datos propio, se ha visto reemplazada por la posibilidad de acceder a redes<sup>8</sup>. Un ejemplo en este sentido es el LABKA (Sistema de información de laboratorios clínicos de Dinamarca) que recoge información biológica de casi un tercio de la población danesa correspondiente a las regiones del centro y norte del país<sup>9</sup>. Las redes de datos sanitarios compartidos son un avance en el manejo de tamaños muestrales pero presentan también problemas a la hora de la anonimización<sup>10</sup>. La utilización de grandes bases de datos reduce el error aleatorio de las estimaciones pero el error sistemático permanece (sesgos de selección, de información y de confusión).

## COMUNIDADES CIENTÍFICAS VIRTUALES

Otra interesante posibilidad que brinda Internet al investigador sanitario es la capacidad de preguntar en una comunidad científica virtual. El no tener miedo para confeccionar una buena pregunta debe ser un hábito al que el IP debe estimular. Evidentemente, las comunidades virtuales no son un medio para que le hagan a uno el trabajo, siempre hay que dar la sensación de haber hecho la tarea adecuadamente<sup>11</sup>. Con preguntas bien diseñadas se pueden obtener respuestas eficientes de investigadores con mucha experiencia. En este aspecto de la cultura virtual impera el principio 90-9-1, que dice que el 90% de los usuarios de las comunidades *online* nunca hace ningún tipo de aportación, el 9% participa comentando, editando y generando contenidos de vez en cuando y el 1% monopoliza la actividad.

## MINERÍA DE DATOS

Es una técnica fundamentada en la extracción "no trivial" de la información que reside en

los datos. Dicha información es desconocida y puede resultar de utilidad. En otras palabras, la minería de datos prepara, sondea y explora los datos para sacar la información oculta en ellos. En la actualidad, las fuentes de datos estudiadas mediante esta técnica suelen estar en Internet.

El término "no trivial" significa que debe existir alguna estrategia en la búsqueda y en el análisis diferente por ejemplo al cálculo sencillo de una media aritmética o de una desviación estándar. La minería de datos aglutina un conjunto de técnicas encaminadas a la extracción de conocimiento, implícito en las bases de datos. Está emparentada con la supervisión de procesos industriales y también con la inteligencia artificial.

En la semántica de este técnica de investigación es importante distinguir entre el vocablo "model" que significa básicamente un modelo estadístico y el vocablo "pattern" que puede significar patrón, tendencia y que se deriva del análisis de modelos estadísticos. La minería de datos se podría definir como una forma de buscar "simetrías"<sup>12</sup> en las bases de datos virtuales. Las técnicas más frecuentemente utilizadas son: las redes neuronales, los árboles de decisión y la regresión entre otras<sup>13</sup>.

## LA INTERACCIÓN DEL INVESTIGADOR CON LA VIRTUALIDAD

Como intentamos demostrar a lo largo de este artículo, Internet se ha vuelto prácticamente imprescindible para la dirección de una investigación sanitaria sea clínica o comunitaria. A través de páginas "Wiki", de los "Blogs" y de los "Podcasts"<sup>14</sup>, el investigador en formación puede encontrar información útil y eficaz que anteriormente no era asequible o que se encontraba en forma de literatura gris de difícil acceso.

Se llaman *Wiki* a las páginas Web con enlaces, imágenes y todo tipo de contenidos que sean accesibles a cualquier internauta. Es una herramienta que nos permite crear documentos sin que se realice una aceptación del contenido antes de ser publicado en Internet. Un ejemplo claro es Wikipedia. El término "WikiWiki" es de origen hawaiano y significa rápido. Wiki es el nombre que el programador W. Cunningham, escogió

para su invención en el año 1995: un sistema de creación, intercambio y revisión de información en la web, de forma fácil y automática.

Un *blog* (también conocido como ciberbitácora o ciberdiario) es un sitio web actualizado periódicamente que recopila textos o artículos de uno o varios autores, apareciendo el más reciente en primer lugar. El autor conserva siempre la libertad de dejar publicado lo que crea pertinente. El término tiene su raíz semántica en los cuadernos de bitácora, un tipo de registros que se utilizaban en los barcos para relatar el desarrollo del viaje y que se guardaban en la bitácora. Aunque el nombre se ha popularizado en los últimos años, el cuaderno de trabajo o bitácora se ha utilizado desde siempre.

Los términos ingleses *blog* y *weblog* provienen de las palabras "*web*" ("red", "tela de araña") y "*log*" ("*log*" en inglés significa diario). El *weblog* es una publicación online de historias con un orden cronológico inverso. Es muy frecuente que los *weblogs* dispongan de una lista de enlaces a otros *weblogs*. También suelen disponer de un sistema de comentarios que permiten a los lectores establecer una conversación con el autor y entre ellos acerca de lo publicado.

El "*podcasting*" consiste en la distribución de archivos multimedia. No es necesario estar suscrito a una página web para descargarlo. El término *podcast* surge como un acrónimo de *iPod* y *broadcast* (transmisión).

Todos estos medios tan versátiles y accesibles, tienen una crítica importante desde un punto de vista científico: la falta de evaluación. No tienen revisión por pares y esto hace que sus contenidos tengan que ser mirados con lupa y puestos en cuarentena en muchas ocasiones<sup>15</sup>.

Internet es un conjunto de redes interconectadas que utilizan la familia de protocolos TCP/IP. Las redes funcionan como una red lógica única, de alcance mundial. Sus orígenes se remontan a 1969, cuando se estableció la primera conexión de ordenadores, conocida como ARPANET, entre universidades de California y de Utah.

Uno de los servicios que más éxito ha tenido en Internet ha sido la World Wide Web (WWW, o "la Web"). Es habitual la confusión entre ambos términos. La WWW es un conjunto de protocolos que

permite, de forma sencilla, la consulta remota de archivos de hipertexto. Tuvo un desarrollo posterior (1990) y utiliza Internet como medio de transmisión.

Otro de los servicios más importantes de la WWW es el correo electrónico. En 1971, Ray Tomlinson incorporó el uso de la arroba (@) a la comunicación entre varios ordenadores. La eligió como divisor entre el usuario y la computadora porque no existía en ningún nombre ni apellido. El nombre correo electrónico proviene de la analogía con el correo postal: ambos sirven para enviar y recibir mensajes, y se utilizan "buzones" intermedios (servidores), en donde los mensajes se guardan temporalmente antes de dirigirse a su destino, y antes de que el destinatario los revise.

## BARRERAS E INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL

Parece que el tiempo es la variable de mayor peso a la hora de aplicar los resultados de investigación a la práctica<sup>16</sup>. Internet mejora claramente este aspecto al facilitar la rapidez en la comunicación científica. Desde que en el año 1962 Rogers publicase su modelo de difusión de innovaciones, el interés por este tema sociológico ha ido en aumento. La investigación traslacional puede entenderse sencillamente como el intento de llevar la investigación al entorno real de la vida misma procurando que exista un avance y una mejora. Si ya es complicado inferir la maraña causal desde los hallazgos, quizás sea aún más complicado llevar a la práctica esos descubrimientos. Una herramienta fundamental para facilitar la traslación es el adiestramiento de los investigadores más jóvenes en la difusión científica<sup>17</sup>.

## MODELO HÍBRIDO

Cada vez ha tomado más importancia lo que en este campo se denomina "blended learning" que se puede traducir como enseñanza flexible<sup>18</sup>. En ella se combina la enseñanza virtual con la presencial. En la literatura anglosajona se le conoce también como el modelo híbrido (*hybrid model*).

Las teorías del aprendizaje que subyacen en esta técnica son: el *conductismo* pues se utilizan aplica-

ciones multimedia que estimulan el ejercicio y la práctica con presentaciones visuales que permiten la retroalimentación (feed-back), el *cognitivism* pues las presentaciones y el software ayudan al discente a explorar, y el *humanismo* pues es necesaria la atención individual a las diferencias y a las destrezas de cada alumno para el trabajo. El "blended learning" representa una profundización en esta línea: se analiza el objetivo que se pretende, se aplica la teoría que pueda explicar mejor ese proceso de aprendizaje y la tecnología que se acomode más a la necesidad individual del alumno. El "blended learning" está basado en la aplicación de un pensamiento ecléctico y práctico. Es necesaria pues, la tutoría, la dirección humana en un medio en donde impera la lectura radial más que la lineal.

## CONCLUSIÓN

El filósofo español Javier Gomá Lanzón, ha manifestado que "...la Universidad es fuente de conocimiento, pero no de sabiduría..."<sup>19</sup>, un camino para la adquisición de esta última es posible que sea la realización de un postgrado fértil. Desde que los primeros profesores universitarios se fueron reuniendo en las ciudades de la Europa Medieval hasta los tiempos actuales, se ha recorrido un largo trayecto que no sabemos

dónde terminará, pero en el que podemos asegurar que los grupos de investigación de prestigio crean *Universidad* extramuros<sup>20</sup>. Internet se ha convertido en un instrumento fundamental para ello tanto en sus aspectos positivos (Figura nº 2) como en los negativos (Figura nº 3).

## Dedicatoria

Este artículo está dedicado a la memoria de Jorge Rosell Pradas, Profesor de Escritura Científica de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

## Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ninguno.

## Financiación

Este artículo no ha tenido una financiación directa pero sí la ha tenido de tipo indirecto por parte del Instituto de Salud Carlos III (<http://www.ciberobn.es/>) (JL, JMS y MOC) y FIBAO (LGG). También este artículo ha podido ser redactado gracias, en parte, a las Ayudas de Intensificación de la Actividad Investigadora de las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria, promovidas por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y de las que disfrutaron en 2011 tres de los autores (JMS, JL y MOC) (AI-0146/2010 y AI-0142/2010).



**Figura nº 1.** Funciones de Investigador Principal (IP) en la formación de un investigador más joven según Enscher y colaboradores<sup>7</sup>.

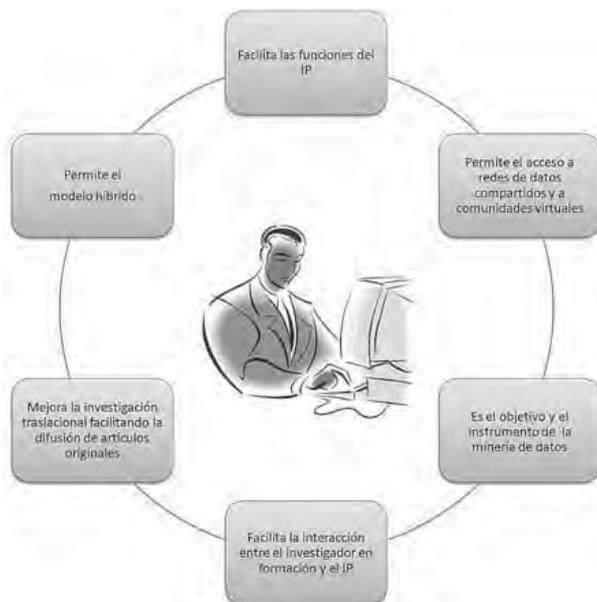


Figura nº 2. Aspectos Positivos de Internet en la formación del investigador sanitario.

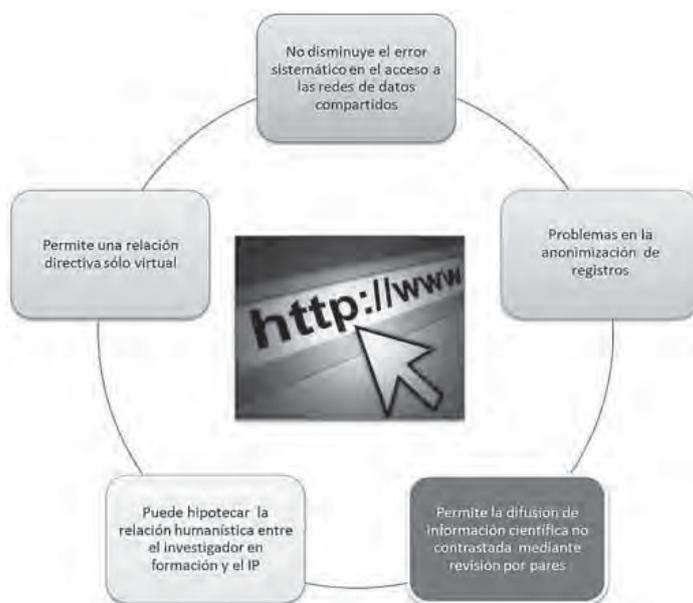


Figura nº 3. Aspectos Negativos de Internet en la formación del investigador sanitario.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega Calvo M. La pedagogía clínica como una nueva rama del humanismo médico: aspectos de la no directividad. Med Clin (Barc). 1993; 101:100:107-109. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/14771801\\_Clinical\\_pedagogy\\_as\\_a\\_new\\_branch\\_of\\_medical\\_humanism\\_the\\_aspects\\_of\\_nondirectivity](https://www.researchgate.net/publication/14771801_Clinical_pedagogy_as_a_new_branch_of_medical_humanism_the_aspects_of_nondirectivity)

2. Ortega Calvo M. Apuntes sobre Filosofía de la Ciencia e Investigación Clínica. Sevilla: Wanceulen Médica; 2010.

3. Castilla A. El arte de la persuasión. El País. Babelia. 2012; 1057: 5. Disponible en: [http://cultura.elpais.com/cultura/2012/02/22/actualidad/1329923412\\_148894.html](http://cultura.elpais.com/cultura/2012/02/22/actualidad/1329923412_148894.html)

4. Maldonado T. ¿Qué es un intelectual? Barcelona: Paidós Studio; 1998.
5. Glauser W. The Skype solution. CMAJ. 2011;183: E798. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168660/pdf/183e798.pdf>
6. Burian PE, Rogerson L, Maffei II FR. "Skip". The Research Roadmap: a primer to the approach and process. Contemporary Issues in Education Research. 2010;3: 43-58. Disponible en: <http://journals.cluteonline.com/index.php/CIER/article/view/226/217>
7. Ensher EA, Heun C, Blanchard A. Online mentoring and computer-mediated communication: New directions in research. Journal of Vocational Behavior. 2003; 63: 264-288. Disponible en: <http://emailmessage.me/online-mentoring.pdf>
8. Arrais JP, Oliveira JL. Using biomedical networks to prioritize gene-disease associations. Open Access Bioinformatics. 2011; 3: 123-130. Disponible en: <http://www.dovepress.com/using-biomedical-networks-to-prioritize-genendash-disease-associations-peer-reviewed-article-OAB>
9. Grann AF, Erichsen R, Nielsen A G. Existing data sources for clinical epidemiology: The clinical laboratory information system (LABKA) research database at Aarhus University, Denmark. Clin Epidemiol. 2011; 3: 133-138. Disponible en: <http://www.dovepress.com/existing-data-sources-for-clinical-epidemiology-the-clinical-laborator-peer-reviewed-article-CLEP>
10. El Emam K, Arbuckle L, Koru G. De-identification methods for open health data: the case of the Heritage Health Prize claims dataset. J Med Internet Res. 2012; 14: e33. Diponible en: <http://www.jmir.org/2012/1/e33/>
11. Dall'Olio GM, Marino J, Schubert M. Ten Simple Rules for Getting Help from Online Scientific Communities. PLoS Comput Biol. 2011; 7: e1002202. Disponible en: <http://www.ploscompbiol.org/article/info:doi%2F10.1371%2Fjournal.pcbi.1002202>
12. Sánchez-Ron JM. El jardín de Newton. La ciencia a través de su historia. Barcelona: Drakontos. Ed. Crítica; 2012. p. 38-39.
13. Dueñas Reyes MX. Minería de datos espaciales en búsqueda de la verdadera información. Ing. Univ. 2009; 13: 137-156. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inun/v13n1/v13n1a07.pdf>
14. Boulos MN, Maramba I, Wheeler S. Wikis, blogs and podcasts: a new generation of Web-based tools for virtual collaborative clinical practice and education. BMC Med Educ. 2006; 6: 41. Disponible en : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-6-41.pdf>
15. Booth A. Blogs, wikis and podcasts: the 'evaluation bypass' in action? Health Information & Libraries Journal. 2007; 24 :298-302. DOI: 10.1111/j.1471-1842.2007.00739.x. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-1842.2007.00739.x/pdf>
16. Moreno-Casbas T, Fuenteisaz- Gallego C. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. Enferm Clin. 2010; 20: 153 -164.
17. Bourne PE. Ten simple rules for getting published. PLoS Comput Biol. 2005; 1: e57. Disponible en: <http://www.ploscompbiol.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pcbi.0010057>
18. Bartolomé A. Blended Learning. Conceptos básicos. Píxel-Bit. Revista de Medios y Educación. 2004; 23: 7-20. Disponible en: [http://www.lmi.ub.es/personal/bartolome/articulos-html/04\\_blended\\_learning/documentacion/1\\_bartolome.pdf](http://www.lmi.ub.es/personal/bartolome/articulos-html/04_blended_learning/documentacion/1_bartolome.pdf)
19. Arroyo F. Pensar para saber vivir. El País. Babelia. 2012; 166: 5-6. Disponible en: [http://wap.elpais.com/index.php?module=elp\\_gen&page=elp\\_gen\\_noticia&idNoticia=20120428elpnepcul\\_3.Tes&secc=cul](http://wap.elpais.com/index.php?module=elp_gen&page=elp_gen_noticia&idNoticia=20120428elpnepcul_3.Tes&secc=cul)
20. Ortega Calvo M, González García L, Corchado Albalat Y. La E-dirección de una Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud. Atención Primaria. 2012; 44: 638-640. Disponible en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567\(12\)00342-3.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567(12)00342-3.pdf)

## ARTÍCULO ESPECIAL

# Gestión de recetas visadas en un centro de salud

Rojas Bruno IM<sup>a</sup>

*Auxiliar Administrativo/Técnico especialista en la rama administrativa y comercial (administrativo). UGC Algeciras-Sur. Algeciras (Cádiz)*

### INTRODUCCIÓN

La receta electrónica es el soporte informático en el cual los facultativos especifican la medicación que precisan, según sus necesidades, los pacientes, que con la presentación de la tarjeta sanitaria, mediante un sistema de conexión telemática, se dispensará en la farmacia.

La Receta XXI fue implantada en Andalucía en el año 2007, y la regula el Decreto 181/ 2007 de 19 de junio. La principal ventaja es el ahorro en medicación, recetándose el tratamiento que necesita el paciente.

Con el visado [1] se mecaniza el control para determinados medicamentos [2] especiales.

En Atención Primaria el programa informático "Gevi" se sostiene mediante una base de datos con altas, bajas, modificaciones etc., de medicinas que deben ser controladas por el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.

El trabajo que desarrolla un administrativo se produce en una dirección: Facultativo -> Paciente -> Administrativo, utilizando el siguiente mecanismo: el médico prescribe el tratamiento que precisa un control especial por medio de la receta electrónica. El paciente deberá, a través del administrativo gestionar la receta, presentando la documentación anterior y retirarla, posteriormente, de la farmacia. El administrativo se

encuentra en el extremo, por una parte revisa, da el alta, y, en algunos casos, se comunica con el médico cuando éste tiene que rectificar, aclarar, incluso, volver a realizar el protocolo o la receta XXI, y si es preciso, también, avisar al usuario. En general, gestiona la documentación y la envía al servicio de farmacia, donde será validada para su retirada. También cotejan los listados que este servicio devuelve, archivan la receta con el informe o protocolo que la acompaña, para posteriores consultas y gestiones.

### SUJETOS Y MÉTODOS

Los usuarios cumplieron los requisitos pertinentes y fueron atendidos por los administrativos que gestionaron [3] el visado. Estos, diariamente, se realizaron en unas "hojas de visados" que se cumplimentaron con una serie de datos referidos al paciente, y al medicamento, adjuntándose a la receta electrónica fotocopia del informe del especialista, o protocolo del médico de atención primaria, según correspondía.

Se enviaron, diariamente, durante un mes al servicio de farmacia y fueron devueltas, aproximadamente, en cuatro días, con la validación del medicamento, o en caso negativo con la correspondiente incidencia, que en la mayoría de los casos pudo ser corregida.

Como media se anotaron en el listado un total de diez medicinas por día. Los datos anotados en la "hoja de visados" fueron: identificación del paciente (nombre, apellidos, DNI, o NIE), denominación del medicamento.

Fueron dados de alta, o bien modificados según cada caso, en el programa Gevi.

Correspondencia: Isabel M<sup>a</sup> Rojas Bruno  
UGC Algeciras-Sur "Saladillo"  
C/. Santo Domingo de Guzmán, s/n.  
11207 Algeciras (Cádiz)  
E-mail: isabelmariarojasbru@hotmail.com

Recibido el 27-03-2013; aceptado para publicación el 22-04-2013  
Med fam Andal. 2013; 2: 186-190

El estudio se elaboró durante 31 días hábiles, contabilizados desde el 02 de mayo al 13 de junio de 2012, ambos incluidos. La muestra sobre la "hoja de visados" estuvo compuesta de un total de 310 visados, que fueron recepcionados por la unidad administrativa del centro de salud, destacando que no todos originaron alta en Gevi, pero ese hecho/acción no interviene en la investigación, tampoco todos fueron correctos en la primera entrega al administrativo, quedando reflejado posteriormente en los resultados del estudio.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron muy significativos reflejándose en la **Tabla 1**, ya que la sintonía del trabajo Médico -> Usuario -> Administrativo fue efectiva en un 65%, con validaciones en la mayoría de los casos y un porcentaje muy pequeño de incidencias.

Del estudio realizado se desprendieron aspectos negativos en un tanto por ciento reducido, pero a tener en cuenta, como fueron: falta documentación, o parte de ella (receta XXI, protocolo o informe), o bien, datos erróneos (hubo campos de la receta mal cumplimentados, no coincidió el tiempo del tratamiento con la duración del mismo...).

En la **Tabla 2** se especificaron los resultados obtenidos, tras el envío de visados al servicio de farmacia. Se detectaron incidencias por varios motivos, pero al igual que en la **Tabla 1** el porcentaje de recetas validadas fue superior a las incidencias que surgieron.

Los resultados negativos fueron: receta caducada, necesidad de informe del especialista, al no ser válido el del médico de atención primaria, la fecha de finalización del tratamiento o prescripción supera en varios meses a la del informe, errores en el contenido de la receta (fecha, identificación del paciente, tratamiento, etc.).

Como existió el filtro administrativo, se comprobó que ascendió la cantidad de visados validados, frente a la disminución de otras anomalías, que se observaron en la **Tabla 2**, con valores muy reducidos.

El muestreo realizado sobre 310 recetas electrónicas visadas (**Figura 1**), (100%) recepcionadas por la unidad administrativa del centro de salud,

sitúa en el muestreo que 202 recetas (65%) fueron correctas en la primera y única tramitación, 77 prescripciones constituyeron el 25% del porcentaje, que incluyó los datos erróneos, recetas y/o informes caducados, por último el 10% es decir 31 recetas no se resolvieron en el acto por falta de documentación o no aportarla el usuario en el momento de su gestión.

Al Servicio de Farmacia fueron enviadas 310 recetas (100%), resueltas favorablemente en los 31 días del muestreo por la Unidad de Gestión Clínica. Se devolvieron un total de 93 recetas, es decir el 30%, motivadas por diferentes incidencias (**Tabla 2**), mientras que 217 recetas electrónicas (70%) procedieron a ser visadas correctamente.

## DISCUSIÓN

Ya se ha observado que el trabajo Médico -> Usuario -> Administrativo puede funcionar y obtener mejores resultados, si entre ellos existe un sistema o mecanismo de fluidez en la comunicación, siendo el administrativo la pieza fundamental en la relación entre los tres.

Es el encargado de las gestiones con el servicio de farmacia, llegando al propósito final: la validación de la receta electrónica de visados para la recogida posterior por el usuario en la farmacia.

Si el visado [5] no se valida no puede retirarse de la farmacia, generando retraso y errores en cadena que van desde tener que repetir los mismos trámites, incluso que el paciente no pueda tomar la medicación cuando le corresponde con el problema que ello puede suponer.

Cada una de las partes incurrió en pequeñas incidencias, que se hicieron patentes en las **Tablas 1 y 2**. No tienen gran transcendencia, en principio, y son subsanables, teniendo en cuenta que hay que actuar lo antes posible.

Los bajos porcentajes de incidencias en visados [6] que se apreciaron en las tablas fueron como consecuencia de una o varias partes. Los errores más comunes son:

- Usuario: no aportó documentación adecuada (protocolo, informe del especialista, receta

electrónica), o la receta estaba caducada para el visado del medicamento.

- Facultativo: no entregó al paciente el protocolo de visados del tratamiento, o bien, la receta electrónica no está correctamente cumplimentada.
- Administrativo: pudo gestionar documentación caducada, con errores que desconoce por tratarse de temas médicos.

Los pequeños valores de error suelen ser por caducidad, posología y duración.

Las principales incidencias que se reciben en las recetas de visados, por parte del servicio de farmacia de atención primaria, para su corrección, son aquellas en las que el informe o protocolo no cubre el tiempo, es decir, éste caduca antes que la receta electrónica, falta de datos o posologías incorrectas en informe y protocolos, y ausencia de informe del especialista correspondiente. Este estudio permite llegar a la conclusión de que el trabajo bien realizado en tiempo y forma permite al usuario obtener un resultado óptimo. La responsabilidad y el afán de cumplir un fin, supone una motivación que lleva a tener estupendos resultados. Los errores existentes en la consecución de un trabajo, que son subsanados a tiempo no constituyen un riesgo importante para el usuario.

Este artículo se ha realizado en base al trabajo realizado por una administrativa en diferentes centros de salud del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.

## BIBLIOGRAFÍA

[1] Gutiérrez Nicuesa L, Magaz Marqués S, Badía Llach X. Visados de inspección: ¿garantía

del uso adecuado de los medicamentos o medida de control del gasto? *Aten Primaria*. 2006; 37:278-286. URL: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/visados-inspeccion-garantia-uso-adecuado-los-medicamentos-13086315-originales-2006>

[2] Ley del Medicamento 25/1990 de 20 de diciembre [Disposición derogada]. *Boletín Oficial del Estado* 1990; 306: 38233 [art. 22] y 38242 [art. 94]. URL: <http://www.boe.es/boe/dias/1990/12/22/pdfs/A38228-38246.pdf>

[3] Giner J, Hernández G, Honorato J, López A, Paulino J, Vizoso JR, et al. Los visados: contención del gasto o calidad asistencial. Informe del Instituto de Estudios Médico Científicos; 2004. URL: <http://www.inesme.com/pdf/visados.pdf>

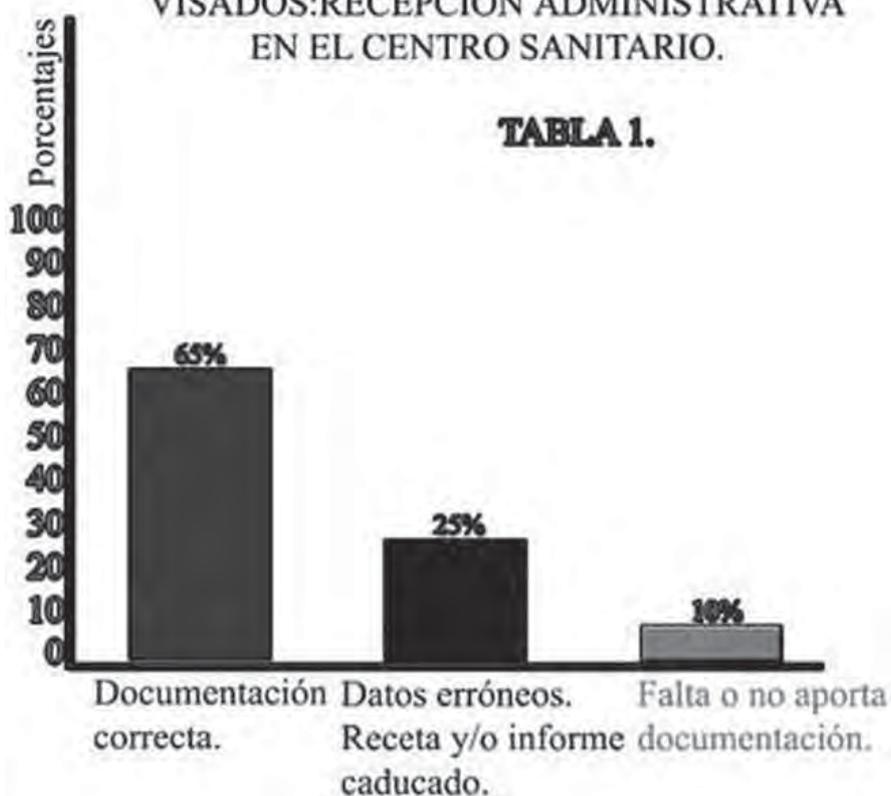
[4] Peinado AJ, Aguilar A. Receta electrónica. En: Carnicero J (Coordinador). *La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8)*. Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud; 2008. p: 191-227

[5] Vida Fernández J. Origen y evolución de los visados de recetas de los medicamentos. En: *El visado de recetas de medicamentos como instrumento de la política sanitaria: un análisis jurídico*. *Derecho y Salud*. 2006; 14: 129-130. URL: [http://www.cursoderechofarmaceutico.es/documentacion/bloque9/bloque9\\_312536660.pdf](http://www.cursoderechofarmaceutico.es/documentacion/bloque9/bloque9_312536660.pdf)

[6] Vida Fernández J. Régimen jurídico de los visados dispuestos para garantizar la seguridad en el uso del medicamento. En: *El visado de recetas de medicamentos como instrumento de la política sanitaria: un análisis jurídico*. *Derecho y salud*. 2006; 14: 25-44,134-136. URL: [http://www.cursoderechofarmaceutico.es/documentacion/bloque9/bloque9\\_312536660.pdf](http://www.cursoderechofarmaceutico.es/documentacion/bloque9/bloque9_312536660.pdf)

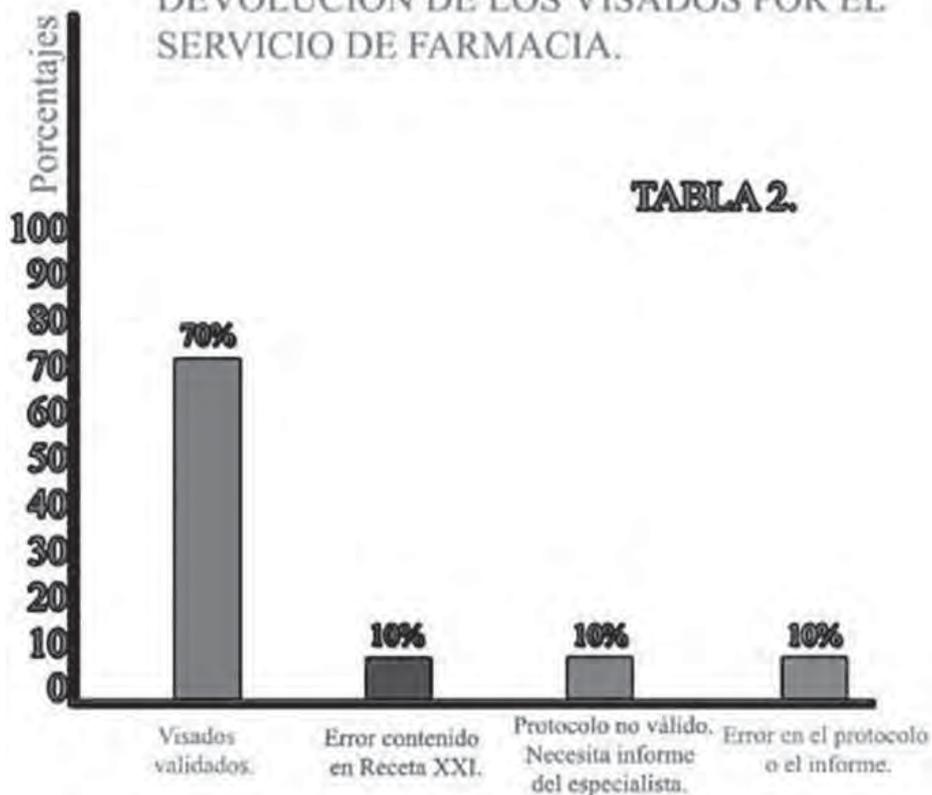
**VISADOS: RECEPCIÓN ADMINISTRATIVA EN EL CENTRO SANITARIO.**

**TABLA 1.**



**DEVOLUCIÓN DE LOS VISADOS POR EL SERVICIO DE FARMACIA.**

**TABLA 2.**



**MODELO DE UNA RECETA ELECTRÓNICA.**

 <b>HOJA DE INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE</b> <b>RECETA MÉDICA ELECTRÓNICA</b>							
<b>PACIENTE</b> (Nombre, Apellidos, Año de nacimiento y Nº de identificación)							
<b>PRESCRIPCIÓN</b> Consignar el producto, en caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y número de unidades por envase.							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">POSOLOGÍA</th> <th rowspan="2">DURACIÓN DEL TRATTO (DÍAS)</th> <th rowspan="2">FECHA FIN DEL TRATTO</th> </tr> <tr> <th>UNIDADES POR TOMA</th> <th>PERIODO ENTRE TOMAS</th> </tr> </thead> </table>	POSOLOGÍA		DURACIÓN DEL TRATTO (DÍAS)	FECHA FIN DEL TRATTO	UNIDADES POR TOMA	PERIODO ENTRE TOMAS
POSOLOGÍA		DURACIÓN DEL TRATTO (DÍAS)	FECHA FIN DEL TRATTO				
UNIDADES POR TOMA	PERIODO ENTRE TOMAS						
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
<b>JUICIO DIAGNÓSTICO</b> (Si procede)							
<b>INSTRUCCIONES AL PACIENTE</b>							
<b>MÉDICO</b> (Datos de identificación)	<b>FIRMA DEL MÉDICO</b>	<b>FECHA DE PRESCRIPCIÓN</b>					
<small> <b>INFORMACIÓN DE INTERÉS:</b> La RECETA MÉDICA ELECTRÓNICA permite retirar los productos de la farmacia según el paciente los vaya necesitando. Para mayor comodidad y evitar desplazamientos innecesarios, su plazo de caducidad es mucho más amplio y flexible que el de las Recetas tradicionales (60 días frente a los 10 de la receta tradicional).  <b>POR SU SALUD USE RACIONALMENTE LOS MEDICAMENTOS</b> </small>							

**Figura 1.-** La Receta XXI significa una profunda reordenación de todo el proceso prescripción-dispensación-facturación-control, que incluso ha requerido una modificación legal con rango de Ley y todo su desarrollo reglamentario [4].

## CARTA AL DIRECTOR

### Satisfacción con la nueva implantación de la radiología digital en atención primaria

Sr. Director:

La implantación de la Radiología Digital está llegando a todos los Centros de Atención Primaria de Andalucía. Este nuevo sistema ha cambiado totalmente la forma de gestionar, solicitar o visualizar las imágenes e informes radiológicos que se generan en nuestros centros [1].

En la actualidad, los Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Atención Primaria del Distrito Sanitario Córdoba Sur cuentan con Radiología Digital en todas sus Salas de Radiología.

El objetivo de este trabajo es conocer el grado de satisfacción de los Médicos de Atención Primaria y Urgencias con esta nueva tecnología.

Hemos realizado una encuesta anónima de satisfacción entre los Médicos de Atención Pri-

maria y de Urgencias de la UGC de Rute, CS Zambra, CS Los Llanos de Don Juan y la UGC de Iznajar (17 Médicos). Estos centros sanitarios de Atención Primaria derivan a sus pacientes a la Sala de Radiología de la UGC de Rute para realizar cualquier tipo de Radiografía dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Andalucía.

Nuestra encuesta incluyó 10 preguntas sobre el acceso a este nuevo servicio y la satisfacción con el mismo, y las respuestas fueron elaboradas con la escala Likert [2]. Los valores otorgados iban del 5 al 1, dando el valor más alto a las actitudes positivas; Totalmente de acuerdo (5), De acuerdo (4), Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3), En desacuerdo (2), y Totalmente en desacuerdo (1).

Los resultados de nuestro estudio se resumen en la siguiente tabla:

<b>Encuesta 17 Médicos AP/ Escala de Likert</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1. Visualizar estudio desde cualquier punto de red.	5	4	4	2	2
2. Historial Clínico Radiológico ordenado y legible.	7	6	3	1	0
3. Mejora las posibilidades de la visualización de la imagen.	2	5	6	1	3
4. Facilitar la modificación del estudio.	4	3	5	2	3
5. Posibilitar el acceso al visor de radiografía con buena calidad.	4	4	6	2	1
6. Evita la repetición de estudios radiológicos al quedar grabados en el ordenador, y poder visualizarlo cualquier médico tanto en Atención Primaria como Atención Hospitalaria.	4	4	6	2	1
7. No tiene problemas técnicos durante el uso de la Aplicación (tiempo consumido, ventanas emergentes, etc.).	2	2	10	1	2

Los resultados demuestran la satisfacción de los Médicos de Atención Primaria de nuestra zona con la implantación de la Radiología Digital en sus UGCs. Según la encuesta, este servicio ofrece accesibilidad desde cualquier punto de red, con historia radiológica ordenada y una mejor visualización. Sin embargo, no todos los Médicos de Atención Primaria de nuestra zona se vean capaces de modificar el estudio de imagen. Esto no hace pensar en organizar talleres de formación sobre el manejo de este nuevo servicio.

Muchos de nuestros médicos crean que el uso de Radiología Digital evitará la repetición de los estudios radiológicos. Esto supone un ahorro importante y menos radiación para los usuarios del sistema. Es decir mejor calidad asistencial, mejor seguridad y con menos coste. También, el Médico de Urgencias puede trabajar mejor y dar una respuesta inmediata en los casos urgentes.

Casi 2/3 de los médicos encuestados refieren algún problema técnico para acceder o durante el uso de este servicio. Esto nos exige mejor la aplicación y la red informática. A pesar de estos problemas técnicos, la gran mayoría de nuestros médicos demuestran sus intenciones de seguir usando este servicio.

No hay que olvidar que la desaparición de las reveladoras conlleva la ausencia de residuos contaminantes, objetivo marcado por la Junta de Andalucía [3,4].

En conclusión, la implantación de la Radiología Digital en los Centros de Atención Primaria y de Urgencias supone dotar todo el proceso de agilidad para poder trabajar con mayor calidad, efectividad y ahorro en todos los sentidos, tanto económicamente como de personal y tiempo.

## Referencias bibliográficas

1. Servicio Andaluz de Salud. Un nuevo servicio de radiología digital evitará desplazamientos a más de 26.000 vecinos de las localidades sevillanas de Arahal y Paradas. Servicio Andaluz de Salud. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=15130>. [Acceso 5 de Septiembre de 2012].
2. Llanos Zavalaga F, Rosas Aguirre A, Mendoza Requena D, Contreras Ríos C. Comparación de las escalas de Likert y Vigesimal para la evaluación de satisfacción de atención en un hospital del Perú. *RevMedHered.* 2001; 12:52-57.
3. Decreto 7/2012 de 17 de enero por el que se aprueba el Plan de Prevención y Gestión de Residuos Peligrosos de Andalucía 2012-2020. BOJA 2012; 114-196. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2012/28/d4.pdf> [Acceso 5 de Septiembre de 2012]
4. Sánchez JM. Preocupación por una Adecuada Gestión Medioambiental en Radiología Convencional en Atención Primaria en la Provincia de Córdoba. *Enfermería Docente* 2007; 87 37-38.

---

Jiménez Baena M<sup>al</sup>

*TER Unidad de Gestión Clínica Rute/Iznajar.  
Distrito Sanitario Córdoba Sur.*

Farouk Allam M

*Responsable de Epidemiología e Investigación.  
Distrito Sanitario Córdoba Sur, Lucena.*

fm2faahm@uco.es

## CARTA AL DIRECTOR

### Leishmaniasis en la Mancomunidad de la Campiña Sur Cordobesa

Sr. Director:

La leishmaniasis, también llamada Kala Azar, es una enfermedad causada por parásitos infecciosos llamados protozoos, del género *leishmania*, que afectan la piel y las vísceras, y que se transmite por la picadura de un mosquito llamado *phlebotomus*. Los animales más frecuentemente infectados son los perros y el hombre, interconectados por los roedores, los que entre sí constituyen una cadena (1-3).

Del 1 de Enero 2006 al 31 de Diciembre 2007, se diagnosticaron 13 casos de leishmaniasis en el Distrito Sanitario Córdoba Sur, lo que no coincide con la baja prevalencia e incidencia de esta enfermedad en la provincia de Córdoba y en España en general (2-3).

Se revisaron las historias clínicas correspondientes a todos los casos y se evaluaron los datos referentes al paciente, enfermedad, zona básica, tiempo y pronóstico.

De los 13 pacientes declarados, 5 eran niños menores de 24 meses y 11 residían en la Mancomunidad de la Campiña Sur Cordobesa. La gran mayoría de los casos (10 casos) fueron detectados en los meses de Febrero, Marzo y Abril. El pronóstico fue favorable para todos los pacientes (Tabla 1).

Se inició una Investigación Epidemiológica y Ambiental por parte de la Unidad de Protección de Salud del Sanitario Córdoba Sur principalmente en la ZBS de Castro de Río donde la mayoría de los afectados residían o habían estado en fechas anteriores al diagnóstico.

Durante la investigación, se presentaron otros dos casos de leishmaniasis en la ZBS de Castro del Río: 1. Un caso de leishmaniasis cutánea diagnosticado a una mujer de 62 años, residente en los Llanos del Espinar, localidad pedánea de Castro del Río (Junio de 2008), 2. Un caso de

leishmaniasis visceral diagnosticado a una niña de 3 años, residente en la localidad de Castro del Río (Septiembre de 2008).

Las investigaciones Epidemiológicas y Ambientales revelaron que el río Guadajoz pasaba muy cerca del parque infantil utilizado por los niños durante las noches de verano. En el cauce del río se observaron herbazales, cañizos y arboleda. Esta vegetación, así como la alta humedad y temperaturas superiores a 21°C durante más de la mitad del año, favorecían el desarrollo del ciclo diario del mosquito. También, se puso en contacto con el veterinario de una Consulta Privada de Veterinaria en la localidad de Castro del Río. Según informó el veterinario tenía en esa fecha veinte perros diagnosticados y en tratamiento de leishmaniasis. Además, se habían sacrificado otros tantos al informar a sus propietarios de las consecuencias epidemiológicas de esta enfermedad. Todos ellos eran perros de compañía y domiciliados en la zona de expansión próxima al río Guadajoz. Las viviendas de estos animales contaban normalmente con piscina y jardín, lo que suponía el hábitat ideal para la reproducción del mosquito. El mismo veterinario manifestó que la incidencia era bastante mayor, ya que los perros de caza no se llegaban a diagnosticar, pues ante los primeros fallos de potencia o resistencia del animal (coincidentes con los primeros síntomas de la enfermedad, astenia, anemia, caquexia...), los propietarios los sacrificaron ellos mismos.

En conclusión, nos encontremos en una zona con una alta incidencia de leishmaniasis clínica en perros, principal reservorio de la enfermedad. Además las condiciones de temperatura, humedad y vegetación eran las ideales para completar el ciclo de vida del mosquito flebotomo. Contábamos con el VECTOR en un ecosistema óptimo en las zonas próximas al cauce del río y con abundante vegetación. Los hábitos de la población infantil durante el verano, estancia en las zonas de expansión durante la noche debido a las altas temperaturas, junto al hábito nocturno de la hembra

del mosquito flebotomo, permitian completar el ciclo parasitario de la *Leishmania* spp. Todo ello favorecía la PREVALENCIA de la enfermedad en el perro y su posterior TRANSMISIÓN al hombre.

El Distrito Sanitario Córdoba Sur se puso en contacto con el Ayuntamiento de Castro del Río para iniciar conjuntamente las siguientes medidas:

- Limpieza de cañizos y maleza en las proximidades del cauce del río, y posterior desinsectación.
- Desinsectación periódica de todas las zonas ajardinadas de la localidad.
- Medidas de control animal.
- Aplicación de forma completa y rigurosa de la Ley 11/2003 de 24 de Noviembre, de Protección de los Animales en Andalucía.
- Información a la población de las consecuencias del tratamiento de perros positivos a *Leishmania*, y mantenimiento de los perros enfermos a una distancia mínima de 3 Km. de la población. (El mosquito difícilmente se desplaza más de 3 Km.).
- Mantenimiento de los perros dentro de casa o en lugar cerrado, desde el atardecer hasta el amanecer del día siguiente, durante los meses Mayo a Octubre.
- Promover información a los propietarios de animales para estimular medidas de prevención en los perros (Collares insecticidas, pipetas insecticidas e inmunización).

Estas medidas fueron aplicadas durante todo el año 2009. En los primeros 9 meses de este mismo año, se diagnosticaron en la Mancomunidad de la Campiña Sur Cordobesa 3 casos nuevos de leishmaniasis. Todos fueron adultos mayores de 50 años que convivían con perros.

Desde Octubre de 2009 hasta Julio de 2012, se notó una bajada importante en el número de

casos nuevos de en la Mancomunidad de la Campiña Sur Cordobesa en toda la Mancomunidad de la Campiña Sur Cordobesa (total 3 casos).

Nuestro trabajo demuestra que existe un período en el que la infección aparece; esto es, los meses de Febrero, Marzo y Abril, lo que refleja la importancia de extremar la vigilancia epidemiológica durante el cambio de invierno a primavera, especialmente en la Mancomunidad de la Campiña Sur Cordobesa.

Es imprescindible mejorar las medidas de control de esta infección entre los animales, pero el arma fundamental es la prevención mediante la eliminación del vector.

### Bibliografía

1. López-Vélez R, Molina Moreno R. Climate change in Spain and risk of infectious and parasitic diseases transmitted by arthropods and rodents. *Rev Esp Salud Publica*. 2005; 79(2):177-90.
2. Moral L, Rubio EM, Moya M. A leishmanin skin test survey in the human population of l'Alacantí region (Spain): implications for the epidemiology of *Leishmania infantum* infection in southern Europe. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2002; 96(2):129-32.
3. Acedo Sánchez C, Martín Sánchez J, Vélez Bernal ID, Sanchís Marín MC, Louassini M, Maldonado JA, Morillas Márquez F. Leishmaniasis eco-epidemiology in the Alpujarra region (Granada Province, southern Spain). *Int J Parasitol*. 1996; 26(3):303-10.

---

Farouk Allam M, Fernández Antolí P, Perona Salas M, De la Torre Molina R, Romero Otazua L, Arrabal Feixas MJ, Caballero Lanzas JM<sup>a</sup>

*Distrito Sanitario Córdoba Sur*

fm2faahm@uco.es

**Tabla 1.** Casos diagnosticados de Leishmaniasis en la Mancomunidad de la Campiña Sur Cordobesa durante los años 2006 y 2007.

Fecha de Declaración	Edad	Pronóstico	Localidad
27/01/2006	34 años	Curación sin séquela	Aguilar la Frontera
09/02/2006	49 años	Curación sin séquela	Fernán Núñez
16/02/2006	27 años	Curación sin séquela	Baena
10/03/2006	22 meses	Curación sin séquela	Espejo
13/03/2006	5 meses	Curación sin séquela	Espejo
21/04/2006	76 años	Curación sin séquela	Montalbán
09/02/2007	5 meses	Curación sin séquela	Castro del Río
09/02/2007	18 meses	Curación sin séquela	Montemayor
09/02/2007	12 meses	Curación sin séquela	Montalbán
24/04/2007	34 años	Curación sin séquela	Puente Genil
24/04/2007	82 años	Curación sin séquela	Fernán Núñez
11/11/2007	22 años	Curación sin séquela	Montilla
27/12/2007	88 años	Curación sin séquela	Cabra

## ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

### Disfagia y pérdida de peso en una mujer joven con epigastralgia

Juárez Jiménez M<sup>a</sup>V<sup>1</sup>, Simão Aiex L<sup>2</sup>, Ramírez Picó A<sup>1</sup>, Pérez Milena A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia

<sup>2</sup>Médico Interno Residente. Centro de Salud El Valle (Jaén)

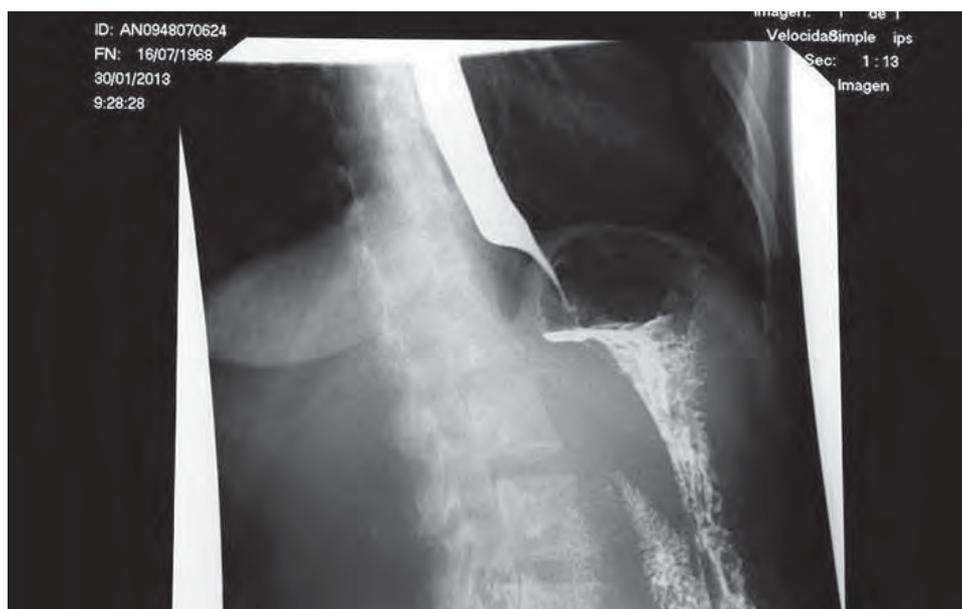
<sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén)

Mujer de 44 años de edad que presenta disfagia intermitente a sólidos y líquidos junto a pirosis y mal sabor de boca desde el año 2008. Fue valorada por el Servicio de Digestivo realizándosele endoscopias digestivas altas los años 2008 y 2010 con presencia de esofagitis grado I y lesiones eritematosas en zona distal esofágica. Presentó mejorías parciales con inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol, Esomeprazol) y procinéticos (Levosulpirida).

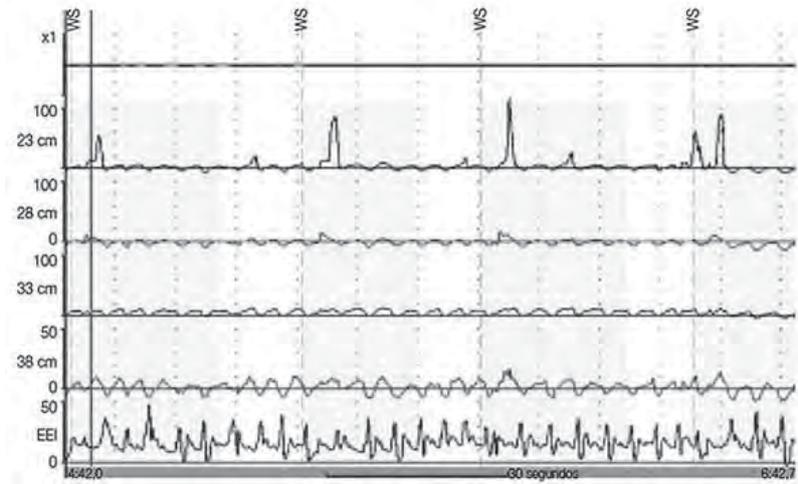
En el año 2011 se diagnosticó gastritis antral e infección por *Helicobacter pylori* que precisó cuádruple terapia para conseguir su erradicación. Desde entonces toma Omeprazol a demanda.

Acude a consulta en enero de 2013 por presentar nuevamente disfagia a sólidos y líquidos, continúa los últimos tres meses, junto a pérdida

ponderal de 4 kilogramos. La analítica sanguínea y la ecografía abdominal no ofrecen hallazgos patológicos de interés. En la radiografía esofagogastroduodenal seriada (figura 1) se objetiva estenosis de la unión esofagogástrica en "pico de ave" (o "cola de ratón") que se asocia a moderada dilatación esofágica supraestenótica, hipotonía y dificultad en el vaciamiento esofágico. Ante estos hallazgos, se deriva al Servicio de Digestivo donde se realiza una nueva endoscopia y una manometría. En esta última prueba se encuentran una presiones para los esfínteres esofágicos superior e inferior de 48,2 mmHg y 30 mmHg respectivamente, con una relajación anormal del esfínter inferior; la presión en el cuerpo esofágico es mayor que en el cuerpo gástrico, con ondas de 4,3 segundos de duración y una amplitud de 42,5 mmHg (figura 2). Se realiza biopsia en el tercio inferior del esófago y en estómago.



Radiografía esofagogastroduodenal seriada



Nanometría

1- ¿Cuál es el diagnóstico de esta paciente?

- a. Cáncer esofágico
- b. Linfoma
- c. Espasmo esofágico difuso
- d. Acalasia
- e. Enfermedad de Chagas

2- ¿Cuál es el tratamiento de elección?

- a. Procinéticos
- b. Calcio antagonistas
- c. Dilatación esofágica
- d. Intervención quirúrgica
- e. Toxina botulínica

## Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 14, Núm. 1) (Med fam Andal 2013; 14:61-63)

### Respuestas razonadas

González Álvarez M<sup>1</sup>, Montero Cruzada I<sup>2</sup>, Gómez Castro S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MFyC. Centro de Salud de Arroyomolinos de León. Sevilla

<sup>2</sup>DUE de la Residencia de Ancianos de Arroyomolinos de León. Sevilla

En resumen:

Tenemos a una paciente de 91 años de edad, sin AP de interés salvo el tratamiento con Torasemida por edemas en extremidades inferiores, que de forma súbita presenta un cuadro cutáneo caracterizado por múltiples lesiones ampollosas en miembros superiores, inferiores y tronco, muy pruriginosas, sin otra sintomatología asociada.

Inicialmente se prescribe para el tratamiento Hidroxicina por la sospecha de una Toxicodermia, pero ante el empeoramiento sintomático a pesar del mismo, se deriva al servicio de Dermatología dónde tras la realización de una serie de pruebas complementarias llegaron al Diagnóstico final.

El cuadro que presentaba la paciente, en principio es compatible con las cinco respuestas enunciadas.

1.- La posibilidad de **Reacción Urticarial** queda descartada porque a pesar de que esta se caracteriza al igual que nuestro cuadro por un intenso prurito, la lesión cutánea que caracterizativamente a las urticarias es el habón: máculo-pápula eritematosa, con un halo pálido central variable, confluyente, de aparición súbita en minutos-horas y de resolución rápida, generalmente menor de 24 horas; característicamente no deja lesión residual y es recidivante.

3.- La **Dermatitis de Contacto** se descartó inicialmente por la gran extensión de las lesiones, que no afectaban exclusivamente a zonas fotoexpuestas ni al contacto con ningún agente externo concreto, así como la evolución de las lesiones hacia ampollas de contenido sero-hemático, siempre pendientes del resultado de la biopsia cutánea (punch) que se le realizó a la paciente.

4.- Las **Toxicodermias ó Reacciones Cutáneas adversas provocadas por medicamentos** son dermatosis que pueden afectar a la piel, mucosas ó anejos cutáneos inducido por la administración de un medicamento ya sea por vía tópica, oral ó parenteral. En lo que se refiere a sus formas clínicas pueden imitar a cualquier dermatosis. La historia clínica es la base principal para establecer el diagnóstico.

5.- En lo que se refiere a las **Porfirias Cutáneas**, son un grupo heterogéneo de trastornos causados por déficit parcial genético ó adquirido de los enzimas que regulan la síntesis del grupo hemo. En este caso el Dx diferencial vendría caracterizado fundamentalmente por dos factores; por un lado las lesiones cutáneas, que corresponden a ampollas subepidérmicas en zonas expuestas (cara y extremidades), asociadas a hipertrichosis y pigmentación; el segundo factor correspondería a la ausencia de orinas oscuras en nuestro caso clínico, que son típicas sin embargo en este grupo de enfermedades, por la presencia de porfirinas en orina, sangre y heces.

**Respuesta correcta:**

2.- El Dx de sospecha al alta hospitalaria de la paciente fue de **Penfigoide Ampolloso** pendiente del resultado de la Biopsia cutánea, con el siguiente tratamiento: Prednisona 50 (1-0-0) 2 semanas debiendo reducir dosis un cuarto de comprimido cada 5 días hasta retirada, Betametasona/Gentamicina Crema (1 aplicac/d hasta resolución del cuadro, Hidroxicina (0-0-1) al acostarse y Ebastina 20 mg (1-0-0) con el desayuno. Inicialmente hubo una resolución importante del cuadro quedando únicamente lesiones residuales cutáneas hasta que la dosis de Prednisona se redujo de 12,5 mg, momento a partir del cuál reap-

recieron las lesiones iniciales; consultado con su MAP se decide aumentar la dosis de Prednisona de nuevo a 25 mg hasta revisión dermatológica.

Al mes del alta hospitalaria se realiza el primer control de la paciente en Consultas Externas de Dermatología acudiendo la paciente sin lesiones cutáneas activas con el tratamiento indicado anteriormente.

La Anatomía Patológica confirma el Dx de sospecha: Dermatitis ampollosa subdérmica de contenido eosinofílico compatible con **Penfigoide Ampoloso**.

El Estudio de Inmunofluorescencia Directa permite observar: Depósitos lineales a nivel de la unión dermoepidérmica de complemento C3 (++++) e IgG (+++).

Se indica como tratamiento Prednisona 10 mg (2-0-0) en el desayuno hasta nueva revisión.

#### **Bibliografía:**

- Harrison. Principios de Medicina Interna. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España SA; 2001.
- Acedo Gutiérrez MS, Barrios Blandino A, Simón R, Orche Galindo S, Sanz García M. Manual de diagnóstico y terapéutica médica (12 de Octubre). 4ª ed. Madrid: MSD; 1998.
- Armijo M, Camacho F. Tratado de dermatología. Madrid: Aula Médica; 1999.
- Kaplan AP. Chronic Urticaria: patogénesis and treatment. J Allergy Clin Immunol. 2004; 114:645.
- Aguirre Martínez-Falero A, Goday Buján JJ, Gil Ibarra N. Dermatitis de contacto. Med Integral. 1991; 18:378-90.
- Muñoz Santos C et al. Porfirias Cutáneas. Med Cutan iber lat am. 2005; 33(5):193-210.
- Barbaud A, Reichert S, Trechot P, Jachin MA, Ehlinger A, The use of skin testing in the investigation of cutaneous adverse drug reaction. Br J Dermatol. 1998;139:49-58.
- Worjnarowska F, Kirtchig G, Highet AS, Venning VA, Khumalo NP. Guidelines for the management of bullous pemphigoid. Br J Dermatol. 2002; 147:214-221.

## PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de Febrero a 30 de abril de 2013)

Manteca González A

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo

Los artículos publicados entre el 1 de Febrero de 2013 a 30 de Abril de 2013 aparecen a continuación, clasificados por **MESES/REVISTAS**, debajo de cada cual aparecen las reseñas bibliográficas correspondientes.

Mensualmente aparecen en la web de SAMFyC (en la sección publicaciones externas/alerta bibliográfica) con sus resúmenes y comentarios. También en la cuenta de twitter de la Revista <http://twitter.com/@RevistaMFSamfyc>

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

## FEBRERO

### ACADEMIC MEDICINE

Cook DA, West CP. Perspective: reconsidering the focus on "outcomes research" in medical education: a cautionary note. Acad Med. 2013; 88:162-167 [AO,I]  
23269304

Boudreaux AM, Vetter TR. The creation and impact of a dedicated section on quality and patient safety in a clinical academic department. Acad Med. 2013; 88:173-178 [T,I]  
23269289

Topps D, Helmer J, Ellaway R. YouTube as a platform for publishing clinical skills training vVideos. Acad Med. 2013; 88:192-197 [T,I]  
23269305

### ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Gulati R, Gore JL, Etzioni R. Comparative effectiveness of alternative prostate-specific antigen-based prostate cancer screening strategies: model estimates of potential benefits and harms. Ann Intern Med. 2013; 158:145-153 [T,I]  
23381039

Defina LF, Willis BL, Radford NB, Gao A, Leonard D, Haskell WL, et al. The association between midlife cardiorespiratory fitness levels and later-life dementia: a cohort study. Ann Intern Med. 2013; 158:162-168 [S,II]  
23381040

Selph SS, Bougatsos C, Blazina I, Nelson HD. Behavioral interventions and counseling to prevent child abuse and neglect: a systematic review to update the u.s. Preventive services task force recommendation. Ann Intern Med. 2013; 158:179-190 [M,II]  
23338775

Advisory Committee on Immunization Practices. Recommended adult immunization schedule: United States, 2013\*. Ann Intern Med. 2013; 158:191-199 [M,II]  
23358660

Concato J. Probability, uncertainty, and prostate cancer. Ann Intern Med. 2013; 158:211-212 [AO,I]  
23381041

Sano M. Never too fit for body and mind. Ann Intern Med. 2013; 158:213-214 [AO,I]  
23381042

Workowski K. Chlamydia and gonorrhea. Ann Intern Med. 2013; 158:ITC2-1 [AO,I]  
23381058

### ATENCION PRIMARIA

Llor C, Moragas A. Dificultades de selección en los ensayos clínicos en atención primaria. Cuando no se llega al tamaño muestral. Aten Primaria. 2013; 45:71-73 [AO,I]  
23142032

- Orozco D, Basora J, García L, Paz S, Lizan L. El visado de inspección de medicamentos en España: situación actual desde la perspectiva de los profesionales sanitarios a partir de la introducción de su modalidad electrónica. *Aten Primaria*. 2013; 45:74-81 [T,I]  
23149119
- Hernández MÁ, Orueta R. Visado electrónico: ¿necesidad real o antigüedad informatizada? *Aten Primaria*. 2013; 45:81-83 [AO,I]  
23428051
- López P, Sanz-Valero J. Presencia y adecuación de los principios activos farmacológicos en la edición española de la Wikipedia. *Aten Primaria*. 2013; 45:101-106 [T,I]  
23159792
- De Granda-Orive JI, Solano-Reina S, Jiménez-Ruiz CA. Intervenciones en tabaquismo en pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Aten Primaria*. 2013; 45:115-120 [R,I]  
22409838
- BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY**
- Oram S, Trevillion K, Feder G, Howard LM. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2013; 202:94-99 [T,I]  
23377208
- Anglin RE, Samaan Z, Walter SD, McDonald SD. Vitamin D deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013; 202:100-107 [M,II]  
23377209
- Sellers R, Collishaw S, Rice F, Thapar AK, Potter R, Mars B, et al. Risk of psychopathology in adolescent offspring of mothers with psychopathology and recurrent depression. *Br J Psychiatry*. 2013; 202:108-114 [S,I]  
23060622
- BRITISH MEDICAL JOURNAL**
- Tong L, Tan J, Thumboo J, Seow G. Dry eye. *BMJ*. 2012; 345:e7533 [R,I]  
23153839
- Davis A, Obi B, Ingram M. Investigating urinary tract infections in children. *BMJ*. 2013; 346:e8654 [R,I]  
23364051
- Ramsden CE, Zamora D, Leelarthaepin B, Majchrzak-Hong SF, Faurot KR, Suchindran CM, et al. Use of dietary linoleic acid for secondary prevention of coronary heart disease and death: evaluation of recovered data from the Sydney Diet Heart Study and updated meta-analysis. *BMJ*. 2013; 346:e8707 [M,II]  
23386268
- Myung SK, Ju W, Cho B, Oh SW, Park SM, Koo BK, et al; for the Korean Meta-Analysis (KORMA) Study Group. Efficacy of vitamin and antioxidant supplements in prevention of cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2013; 346:f10 [M,II]  
23335472
- Cowley NJ, Owen A, Bion JF. Interpreting arterial blood gas results. *BMJ*. 2013; 346:f16 [R,I]  
23325867
- Chatterjee S, Biondi-Zoccai G, Abbate A, D'Ascenzo F, Castagno D, Van Tassel B, et al. Benefits of  $\beta$  blockers in patients with heart failure and reduced ejection fraction: network meta-analysis. *BMJ*. 2013; 346:f55 [M,II]  
23325883
- Heikkilä K, Nyberg ST, Theorell T, Fransson EI, Alfredsson L, Björner JB, et al; IPD-Work Consortium. Work stress and risk of cancer: meta-analysis of 5700 incident cancer events in 116 000 European men and women. *BMJ*. 2013; 346:f165 [M,II]  
23393080
- Michaëlsson K, Melhus H, Warensjö Lemming E, Wolk A, Byberg L. Long term calcium intake and rates of all cause and cardiovascular mortality: community based prospective longitudinal cohort study. *BMJ*. 2013; 346:f228 [S,II]  
23403980
- Castro VM, Clements CC, Murphy SN, Gainer VS, Fava M, Weilburg JB, et al. QT interval and antidepressant use: a cross sectional study of electronic health records. *BMJ*. 2013; 346:f288 [T,I]  
23360890
- Nitsch D, Grams M, Sang Y, Black C, Cirillo M, Djurdjev O, et al; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with mortality and renal failure by sex: a meta-analysis. *BMJ*. 2013; 346:f324 [M,II]  
23360717
- Bateson D, McNamee K, Briggs P. Newer non-oral hormonal contraception. *BMJ*. 2013; 346:f341 [R,I]  
23412438
- Makani H, Bangalore S, Desouza KA, Shah A, Messerli FH. Efficacy and safety of dual blockade of the renin-angiotensin system: meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2013; 346:f360 [M,II]  
23358488
- Ford AC, Moayyedi P, Hanauer SB. Ulcerative colitis. *BMJ*. 2013; 346:f432 [R,I]  
23386404
- Mentz RJ.  $\beta$  blockers for heart failure: which works best? *BMJ*. 2013; 346:f480 [AO,I]  
23349410
- Simons FE, Sheikh A. Anaphylaxis: the acute episode and beyond. *BMJ*. 2013; 346:f602 [R,I]  
23403828
- Fields E, Chard J, James D, Treasure T; Guideline Development Group. Fertility (update): summary of NICE guidance. *BMJ*. 2013; 346:f650 [M,II]  
23427132
- Lapner ST, Kearon C. Diagnosis and management of pulmonary embolism. *BMJ*. 2013; 346:f757 [R,I]  
23427133
- Treasure T, Utey M. Surgical removal of asymptomatic pulmonary metastases: time for better evidence. *BMJ*. 2013; 346:f824 [R,I]  
23430330
- Wilcox M. Assuring the quality of diagnostic tests. *BMJ*. 2013; 346:f836 [AO,I]  
23403981

Manjunath A, Skinner R, Probert J. Assessment and management of renal colic. *BMJ*. 2013; 346:f985 [R,I]  
23430331

Sedgwick P. Sample size: how many participants are needed in a trial? *BMJ*. 2013; 346:f1041 [AO,II]  
23418280

Njor SH, Olsen AH, Blichert-Toft M, Schwartz W, Vejborg I, Lynge E. Overdiagnosis in screening mammography in Denmark: population based cohort study. *BMJ*. 2013; 346:f1064 [S,II]  
23444414

Kesselheim AS. Drug company gifts to medical students: the hidden curriculum. *BMJ*. 2013; 346:f1113 [AO,I]  
23427129

Spence D. The cause of clinical variance. *BMJ*. 2013; 346:f1122 [AO,I]  
23422901

**CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL**

Fletcher J, Tsuyuki R. Don't tamper with oxycodone. *CMAJ*. 2013; 185:107 [AO,I]  
23296585

Prina AM, Huisman M, Yeap BB, Hankey GJ, Flicker L, Brayne C, et al. Association between depression and hospital outcomes among older men. *CMAJ*. 2013; 185:117-123 [S,I]  
23228999

Jacoby DL, Depasquale EC, McKenna WJ. Hypertrophic cardiomyopathy: diagnosis, risk stratification and treatment. *CMAJ*. 2013; 185:127-134 [R,I]  
23109605

Li YK, White CP. Carpometacarpal osteoarthritis of the thumb. *CMAJ*. 2013; 185:149 [AO,I]  
23008487

Bird ST, Hartzema AG, Brophy JM, Etminan M, Delaney JA. Risk of venous thromboembolism in women with polycystic ovary syndrome: a population-based matched cohort analysis. *CMAJ*. 2013; 185:E115-E120 [S,I]  
23209115

Gomes T, Mamdani MM, Holbrook AM, Paterson JM, Hellings C, Juurlink DN. Rates of hemorrhage during warfarin therapy for atrial fibrillation. *CMAJ*. 2013; 185:E121-E127 [S,I]  
23184840

Kiran T, Kopp A, Moineddin R, Victor JC, Campbell RJ, Shah BR, et al. Unintended consequences of delisting routine eye exams on retinopathy screening for people with diabetes in Ontario, Canada. *CMAJ*. 2013; 185:E167-E173 [S,I]  
23296581

Freiman A, Barankin B. Psoriasis. *CMAJ*. 2013; 185:E174 [AO,I]  
22949562

**CIRCULATION**

Dumas F, Rea TD, Fahrenbruch C, Rosenqvist M, Faxén J, Svensson L, et al. Chest compression alone cardiopulmonary resuscitation is associated with better long-term survival compared with standard cardiopulmonary resuscitation. *Circulation*. 2013; 127:435-441 [EC,II]  
23230313

Januzzi JL, Troughton R. Are serial BNP measurements useful in heart failure management?: serial natriuretic peptide measurements are useful in heart failure management. *Circulation*. 2013; 127:500-508 [R,I]  
23357662

Desai AS. Are serial BNP measurements useful in heart failure management?: serial natriuretic peptide measurements are not useful in heart failure management: the art of medicine remains long. *Circulation*. 2013; 127:509-516 [R,I]  
23357663

O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA, et al; WRITING COMMITTEE MEMBERS. 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013; 127:529-555 [M,III]  
23247303

Intapad S, Alexander BT. Future cardiovascular risk: interpreting the importance of increased blood pressure during pregnancy. *Circulation*. 2013; 127:668-669 [AO,I]  
23401111

Männistö T, Mendola P, Väärämäki M, Järvelin MR, Hartikainen AL, Pouta A, et al. Elevated blood pressure in pregnancy and subsequent chronic disease risk. *Circulation*. 2013; 127:681-690 [S,I]  
23401113

O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA, et al; WRITING COMMITTEE MEMBERS. 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013; 127:e362-e425 [M,III]  
23247304

**DIABETES CARE**

Piatt GA, Seidel MC, Powell RO, Zgibor JC. Comparative effectiveness of lifestyle intervention efforts in the community: results of the Rethinking Eating and ACTivity (REACT) study. *Diabetes Care*. 2013; 36:202-209 [EC,II]  
22966092

Davidson MB, Duran P, Lee ML, Friedman TC. High-dose vitamin D supplementation in people with prediabetes and hypovitaminosis D. *Diabetes Care*. 2013; 36:260-266 [EC,I]  
23033239

Pajunen P, Rissanen H, Laaksonen MA, Heliövaara M, Reunanen A, Knekt P. Sagittal abdominal diameter as a new predictor for incident diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36:283-288 [S,II]  
22961578

Wander PL, Boyko EJ, Leonetti DL, McNeely MJ, Kahn SE, Fujimoto WY. Change in visceral adiposity independently predicts a greater risk of developing type 2 diabetes over 10 years in Japanese americans. *Diabetes Care*. 2013; 36:289-293 [S,I]  
22966093

O'Connor PJ, Vazquez-Benitez G, Schmittiel JA, Parker ED, Trower NK, Desai JR, et al. Benefits of early hypertension control on cardiovascular outcomes in patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36:322-327 [S,I]  
22966094

Buse JB, Kaufman FR, Linder B, Hirst K, El Ghormli L, Willi S; HEALTHY Study Group. Diabetes screening with hemoglobin A1C versus fasting plasma glucose in a multiethnic middle-school cohort. *Diabetes Care*. 2013; 36:429-435 [EC,II] 23193207

Kodama S, Tanaka S, Heianza Y, Fujihara K, Horikawa C, Shimano H, et al. Association between physical activity and risk of all-cause mortality and cardiovascular disease in patients with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2013; 36:471-479 [M,II] 23349151

#### EUROPEAN HEART JOURNAL

Doehner W, Schenkel J, Anker SD, Springer J, Audebert HJ. Overweight and obesity are associated with improved survival, functional outcome, and stroke recurrence after acute stroke or transient ischaemic attack: observations from the TEMPiS trial. *Eur Heart J*. 2013; 34:268-277 [EC,I] 23076781

Ortega FB, Lee DC, Katzmarzyk PT, Ruiz JR, Sui X, Church TS, et al. The intriguing metabolically healthy but obese phenotype: cardiovascular prognosis and role of fitness. *Eur Heart J*. 2013; 34:389-397 [T,I] 22947612

Ukena C, Böhm M. Management of heart failure: are specialists really needed? *Eur Heart J*. 2013; 34:416-418 [AO,I] 22952139

Fard A, Maisel A. Natriuretic peptides, novel biomarkers, and the prediction of future events. *Eur Heart J*. 2013; 34:419-421 [AO,I] 23197567

Welsh P, Doolin O, Willeit P, Packard C, Macfarlane P, Cobbe S, et al. N-terminal pro-B-type natriuretic peptide and the prediction of primary cardiovascular events: results from 15-year follow-up of WOSCOPS. *Eur Heart J*. 2013; 34:443-450 [S,II] 22942340

#### FAMILY MEDICINE

Saultz J. Informed consent? *Fam Med*. 2013; 45:81-82 [AO,I] 23378073

Schwartz PH, Edenberg E, Barrett PR, Perkins SM, Meslin EM, Imperiale TF. Patient understanding of benefits, risks, and alternatives to screening colonoscopy. *Fam Med*. 2013; 45:83-89 [T,I] 23378074

Goetz K, Musselmann B, Szecsenyi J, Joos S. The influence of workload and health behavior on job satisfaction of general practitioners. *Fam Med*. 2013; 45:95-101 [T,I] 23378076

Ray MK, Beach MC, Nicolaidis C, Choi D, Saha S, Korthuis PT. Patient and provider comfort discussing substance use. *Fam Med*. 2013; 45:109-117 [T,I] 23378078

#### FAMILY PRACTICE

Burton C, Campbell P, Jordan K, Strauss V, Mallen C. The association of anxiety and depression with future dementia diagnosis: a case-control study in primary care. *Fam Pract*. 2013; 30:25-30 [CC,I] 22915794

Mira JJ, Orozco-Beltrán D, Pérez-Jover V, Martínez-Jimeno L, Gil-Guillén VF, Carratala-Munuera C, et al. Physician patient communication failure facilitates medication errors in older polymedicated patients with multiple comorbidities. *Fam Pract*. 2013; 30:56-63 [T,II] 22904014

Clerkin P, Buckley BS, Murphy AW, Macfarlane AE. Patients' views about the use of their personal information from general practice medical records in health research: a qualitative study in Ireland. *Fam Pract*. 2013; 30:105-112 [C,I] 22850249

#### JAMA INTERNAL MEDICINE (Antes Archives of Internal Medicine)

Redberg RF. Getting to best care at lower cost. *JAMA Intern Med*. 2013; 173:91-92 [AO,I] 22961503

Spring B, Duncan JM, Janke EA, Kozak AT, McFadden HG, Demott A, et al. Integrating technology into standard weight loss treatment: a randomized controlled trial. *JAMA Intern Med*. 2013; 173:105-111 [EC,I] 23229890

Ma J, Yank V, Xiao L, Lavori PW, Wilson SR, Rosas LG, et al. Translating the diabetes prevention program lifestyle intervention for weight loss into primary care: a randomized trial. *JAMA Intern Med*. 2013; 173:113-121 [EC,I] 23229846

#### JAMA PSYCHIATRY (Antes Archives of General Psychiatry)

Ramanathan S, Balasubramanian N, Krishnadas R. Macroeconomic environment during infancy as a possible risk factor for adolescent behavioral problems. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70:218-225 [T,I] 23277351

#### MEDICINA CLÍNICA

González B, Sosa M. Estimación del riesgo de fractura osteoporótica a los 10 años para la población española. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:104-109 [T,I] 22401729

Gullón JA, Rodríguez C, García JM, Alvarez F, Villanueva MA, Castaño G. Obesidad y control del asma bronquial: un vínculo consistente. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:110-112 [T,I] 23199829

Camafort-Babkowski M, López-Soto A. Anticoagulación en la fibrilación auricular del paciente pluripatológico, ¿riesgo o beneficio? *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:113-114 [AO,I] 23199833

Labiano-Fontcuberta A, Benito-León J. Temblor esencial: una actualización. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140: 128-133 [R,I] 22995841

Gómez Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita J, Rodríguez L, González-Sarmiento E, et al; en nombre del Grupo de Trabajo para el Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el anciano. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:134.e1-e12 [R,II] 23199835

Mena G, Llupia A, Sequera VG, Aldea M. Formación sanitaria especializada: preferencias y percepciones de los estudiantes de medicina. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:135-138 [AO,II] 23199832

Jacob J, Martín-Sánchez FJ, Herrero P, Miró O, Llorens P; en representación de los miembros del grupo ICA-SEMES. Valor pronóstico de la troponina en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda atendidos en los Servicios de Urgencias hospitalarios españoles: estudio TROPICA (TROPonina en Insuficiencia Cardiaca Aguda) *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:145-151 [S,II] 23122607

Pascual-Figal DA. Troponinas, una señal de SOS en el corazón insuficiente. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:161-163 [AO,I] 23141046

Catalá-López F, Tobías A. Síntesis de la evidencia clínica y metaanálisis en red con comparaciones indirectas. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:182-187 [R,I] 23177302

Díez-Manglano J, Bernabeu-Wittel M, Barón-Franco B, Murcia-Zaragoza J, Fuertes Martín A, Alemán A, et al; en representación de los investigadores del Proyecto PROFUND. Anticoagulación en pacientes pluripatológicos con fibrilación auricular. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:97-103 [S,I] 23199837

Xifró X, Puig T, Boadas-Vaello P. Diagnóstico y tratamiento farmacológico del dolor neuropático del lesionado medular: del laboratorio a la clínica. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:175-181 [R,I] 23177311

**REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA**

Marrodán MD, Cabañas MD, Carmenate MM, González-Montero M, López-Ejeda N, Martínez JR, et al. Asociación entre adiposidad corporal y presión arterial entre los 6 y los 16 años. Análisis en una población escolar madrileña. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:110-115 [T,I] 23218421

**THE LANCET**

Otto MW, Wisniewski SR. CBT for treatment resistant depression. *Lancet*. 2013; 381:352-353 [AO,I] 23219571

Hallal PC, Lee IM. Prescription of physical activity: an undervalued intervention. *Lancet*. 2013; 381:356-357 [AO,I] 23199848

Wiles N, Thomas L, Abel A, Ridgway N, Turner N, Campbell J, et al. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaIT randomised controlled trial. *Lancet*. 2013; 381:375-384 [EC,I] 23219570

Kulendran M, Leff DR, Kerr K, Tekkis PP, Athanasiou T, Darzi A. Global cancer burden and sustainable health development. *Lancet*. 2013; 381:427-429 [AO,I] 23388076

Horton R. Non-communicable diseases: 2015 to 2025. *Lancet*. 2013; 381:509-510 [AO,I] 23410603

Clark H. NCDs: a challenge to sustainable human development. *Lancet*. 2013; 381:510-511 [AO,I] 23410604

Weber MA, Jamerson K, Bakris GL, Weir MR, Zappe D, Zhang Y, et al. Effects of body size and hypertension treatments on cardiovascular event rates: subanalysis of the ACCOMPLISH randomised controlled trial. *Lancet*. 2013; 381:537-545 [EC,I] 23219284

**THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE**

Casazza K, Fontaine KR, Astrup A, Birch LL, Brown AW, Bohan Brown MM, et al. Myths, presumptions, and facts about obesity. *N Engl J Med*. 2013; 368:446-454 [R,I] 23363498

Nabel GJ. Designing tomorrow's vaccines. *N Engl J Med*. 2013; 368:551-560 [R,I] 23388006

Dor Y, Glaser B.  $\beta$ -cell dedifferentiation and type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2013; 368:572-573 [AO,I] 23388011

Tanner CM. A second honeymoon for Parkinson's disease? *N Engl J Med*. 2013; 368:675-676 [AO,I] 23406033

Agnelli G, Buller HR, Cohen A, Curto M, Gallus AS, Johnson M, et al; PLIFY-EXT Investigators. Apixaban for extended treatment of venous thromboembolism. *N Engl J Med*. 2013; 368:699-708 [EC,I] 23216615

Schulman S, Kearon C, Kakkar AK, Schellong S, Eriksson H, Baanstra D, et al; RE-MEDY Trial Investigators; RE-SONATE Trial Investigators. Extended use of dabigatran, warfarin, or placebo in venous thromboembolism. *N Engl J Med*. 2013; 368:709-718 [EC,I] 23425163

Tammemägi MC, Katki HA, Hocking WG, Church TR, Caporaso N, Kvale PA, et al. Selection criteria for lung-cancer screening. *N Engl J Med*. 2013; 368:728-736 [T,II] 23425165

Zumla A, Raviglione M, Hafner R, von Reyn CF. Tuberculosis. *N Engl J Med*. 2013; 368:745-755 [R,I] 23425167

Connors JM. Extended treatment of venous thromboembolism. *N Engl J Med*. 2013; 368:767-769 [AO,I] 23425170

**THORAX**

Obiora E, Hubbard R, Sanders RD, Myles PR. The impact of benzodiazepines on occurrence of pneumonia and mortality from pneumonia: a nested case-control and survival analysis in a population-based cohort. *Thorax*. 2013; 68:163-170 [CC,I] 23220867

## MARZO

## ACADEMIC MEDICINE

Sklar DP. Financial incentives, health care delivery, and the crucial role of academic medicine. *Acad Med.* 2013; 88:293-294 [AO,I]

23442419

Epstein RM, Krasner MS. Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med* 2013; 88:301-303 [AO,I]

23442430

Cornetta K, Brown CG. Balancing personalized medicine and personalized care. *Acad Med.* 2013; 88:309-313 [AO,I]

23348082

Armstrong EG, Barsion SJ. Creating "Innovator's DNA" in health care education. *Acad Med.* 2013; 88:343-348 [R,I]

23348085

## ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Green BB, Wang CY, Anderson ML, Chubak J, Meenan RT, Vernon SW, et al. An automated intervention with stepped increases in support to increase uptake of colorectal cancer screening: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2013; 158:301-311 [EC,II]

23460053

Kirkcaldy RD, Zaidi A, Hook EW, Holmes KH, Soge O, Del Rio C, et al. Neisseria gonorrhoeae antimicrobial resistance among men who have sex with men and men who have sex exclusively with women: The Gonococcal Isolate Surveillance Project, 2005-2010. *Ann Intern Med.* 2013; 158:321-328 [S,I]

23460055

Morgan RL, Baack B, Smith BD, Yartel A, Pitasi M, Falck-Ytter Y. Eradication of hepatitis C virus infection and the development of hepatocellular carcinoma: a meta-analysis of observational studies. *Ann Intern Med.* 2013; 158:329-337 [M,II]

23460056

Kalantarian S, Stern TA, Mansour M, Ruskin JN. Cognitive impairment associated with atrial fibrillation: a meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2013; 158:338-346 [M,II]

23460057

Wachter RM, Pronovost P, Shekelle P. Strategies to improve patient safety: the evidence base matures. *Ann Intern Med.* 2013; 158:350-352 [R,I]

23460060

Shine KI. Patient safety strategies: a call for physician leadership. *Ann Intern Med.* 2013; 158:353-354 [AO,I]

23460061

Dhalla IA, Gomes T, Yao Z, Nagge J, Persaud N, Helings C et al. Chlorthalidone versus hydrochlorothiazide for the treatment of hypertension in older adults: a population-based cohort study. *Ann Intern Med.* 2013; 158:447-455 [S,II]

Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force\*. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2013; 158:478-486 [M,II]

23338828

Kim CS, Flanders SA. Transitions of care. *Ann Intern Med.* 2013; 158:ITC3-1 [AO,I]

23460071

## ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA

Martínez-Moratalla J, Almar E, Antó JM. Changes in asthma treatment in the Spanish Cohort of the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS) from 1991-2001: a perspective over time. *Arch Bronconeumol.* 2013; 49:113-118 [R,I]

22974768

## ATENCION PRIMARIA

Cofiño R. Tú código postal es más importante para tu salud que tu código genético (1). *Aten Primaria.* 2013; 45:127-128 [AO,I]

23499154

Prados JA. Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. *Aten Primaria.* 2013; 45:129-132 [AO,I]

22981128

Calzón S, Mercader JJ, Montero JC, Sánchez-Cantalejo C, Valencia R. Incorporación de la prescripción electrónica en un distrito de atención primaria: implicaciones en el gasto farmacéutico y factores determinantes de su utilización. *Aten Primaria.* 2013; 45:133-139 [T,I]

23199884

Acezat J. ¿Impacta el uso de las TICS en el gasto farmacéutico? Incorporación de la receta electrónica. *Aten Primaria.* 2013; 45:139-140 [AO,I]

23434152

Rodríguez LC, Gómez de Cádiz A, Pérez J, Muñoz JJ, García G, Alonso MT. Implantación del cribado de retinopatía diabética mediante retinografía digital en atención primaria. *Aten Primaria.* 2013; 45:149-156 [T,I]

23207248

Juan-Quilis V. Recursos bibliográficos para Atención Primaria en las bibliotecas virtuales de salud de las comunidades autónomas. *Aten Primaria.* 2013; 45:165-171 [T,I]

22824151

## BRITISH MEDICAL JOURNAL

Bower P, Kontopantelis E, Sutton A, Kendrick T, Richards DA, Gilbody S, et al. Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. *BMJ.* 2013; 346:f540 [M,II]

23444423

Roshanov PS, Fernandes N, Wilczynski JM, Hemens BJ, You JJ, Handler SM, et al. Features of effective computerised clinical decision support systems: meta-regression of 162 randomised trials. *BMJ.* 2013; 346:f657 [M,II]

23412440

Dormuth CR, Hemmelgarn BR, Paterson JM, James MT, Teare GF, Raymond CB, et al; Canadian Network for Observational Drug Effect Studies (CNODES). Use of high potency statins and rates of admission for acute kidney injury: multicenter, retrospective observational analysis of administrative databases. *BMJ.* 2013; 346:f880 [T,I]

23511950

Prague JK, May S, Whitelaw BC. Cushing's syndrome. *BMJ*. 2013; 346:f945 [R,I]  
23535464

Henderson C, Knapp M, Fernández JL, Beecham J, Hirani SP, Cartwright M, et al; Whole System Demonstrator evaluation team. Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013; 346:f1035 [CE,I]  
23520339

Njor SH, Olsen AH, Blichert-Toft M, Schwartz W, Vejborg I, Lyng E. Overdiagnosis in screening mammography in Denmark: population based cohort study. *BMJ*. 2013; 346:f1064 [S,II]  
23444414

Clark T, Berger U, Mansmann U. Sample size determinations in original research protocols for randomised clinical trials submitted to UK research ethics committees: review. *BMJ*. 2013; 346:f1135 [R,II]  
23518273

Sharwood LN, Elkington J, Meuleners L, Ivers R, Boufous S, Stevenson M. Use of caffeinated substances and risk of crashes in long distance drivers of commercial vehicles: case-control study. *BMJ*. 2013; 346:f1140 [CC,I]  
23511947

Arya M, Kalsi J, Kelly J, Muneer A. Malignant and premalignant lesions of the penis. *BMJ*. 2013; 346:f1149 [R,I]  
23468288

Wallace WH, Thompson L, Anderson RA; Guideline Development Group. Long term follow-up of survivors of childhood cancer: summary of updated SIGN guidance. *BMJ*. 2013; 346:f1190 [M,II]  
23535255

Butler CC, Simpson SA, Hood K, Cohen D, Pickles T, Spanou C, et al. Training practitioners to deliver opportunistic multiple behaviour change counselling in primary care: a cluster randomised trial. *BMJ*. 2013; 346:f1191 [EC,I]  
23512758

Hastings G, Sheron N. Alcohol marketing: grooming the next generation. *BMJ*. 2013; 346:f1227 [AO,I]  
23449659

Schembri S, Williamson PA, Short PM, Singanayagam A, Akram A, Taylor J, et al. Cardiovascular events after clarithromycin use in lower respiratory tract infections: analysis of two prospective cohort studies. *BMJ*. 2013; 346:f1235 [S,II]  
23525864

Asplund CA, Best TM. Achilles tendon disorders. *BMJ*. 2013; 346:f1262 [R,I]  
23482943

Gale EA. GLP-1 based agents and acute pancreatitis. *BMJ*. 2013; 346:f1263 [AO,I]  
23447344

Steventon A. Making the best use of administrative data. *BMJ*. 2013; 346:f1284 [AO,I]  
23447347

Stuckler D, Basu S. Getting serious about obesity. *BMJ*. 2013; 346:f1300 [AO,I]  
23479659

Playford ED. Increasing activity in patients with Parkinson's disease. *BMJ*. 2013; 346:f1429 [AO,I]  
23468292

Helmerhorst FM, Rosendaal FR. Is an EMA review on hormonal contraception and thrombosis needed? *BMJ*. 2013; 346:f1464 [AO,I]  
23471363

Newcombe VFJ, Menon DK. Cognitive deficits and mild traumatic brain injury. *BMJ*. 2013; 346:f1522 [AO,I]

Fassett RG, Coombes JS. Statins in acute kidney injury: friend or foe? *BMJ*. 2013; 346:f1531 [AO,I]  
23511948

Lobach DF. The road to effective clinical decision support: are we there yet? *BMJ*. 2013; 346:f1616 [AO,I]  
23487164

Storz-Pfennig P, Schmedders M, Dettloff M. Trials are needed before new devices are used in routine practice in Europe. *BMJ*. 2013; 346:f1646 [AO,I]  
23507537

Kramer CK, Zinman B, Gross JL, Canani LH, Rodrigues TC, Azevedo MJ et al. Coronary artery calcium score prediction of all cause mortality and cardiovascular events in people with type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013; 346:f1654 [M,II]

McCartney M. Would doctors routinely asking older patients about their memory improve dementia outcomes? No. *BMJ*. 2013; 346:f1745 [AO,I]

Rasmussen J. Would doctors routinely asking older patients about their memory improve dementia outcomes? Yes. *BMJ*. 2013; 346:f1780 [AO,I]

Kaner E, McGovern R. Training practitioners in primary care to deliver lifestyle advice. *BMJ*. 2013; 346:f1763 [AO,I]  
23512762

Davies E. DSM-5 and the rough ride from approval to publication. *BMJ*. 2013; 346:f1918 [AO,I]

**CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL**

Bailey DG, Dresser G, Arnold JM. Grapefruit-medication interactions: Forbidden fruit or avoidable consequences? *CMAJ*. 2013; 185:309-316 [R,I]  
23184849

Stoopler ET, Sollecito TP. Temporomandibular disorders. *CMAJ*. 2013; 185:324 [R,I]  
23128277

Sun D, Lazo-Langner A. New oral anticoagulants. *CMAJ*. 2013; 185:E212 [R,I]  
23148053

**CIRCULATION**

Scirica BM. Prevalence, incidence, and implications of silent myocardial infarctions in patients with diabetes mellitus. *Circulation*. 2013; 127:965-967 [AO,I]  
23459575

Saklani P, Krahn A, Klein G. Syncope. *Circulation*. 2013; 127:1330-1339 [R,I]  
23529534

#### DIABETES CARE

Rosenstock J, Bergenstal RM, Blevins TC, Morrow LA, Prince MJ, Qu Y, et al. Better glycemic control and weight loss with the novel long-acting basal insulin LY2605541 compared with insulin glargine in type 1 diabetes: a randomized, crossover study. *Diabetes Care*. 2013; 36:522-528 [EC,II]  
23193209

Munshi MN, Segal AR, Suhl E, Ryan C, Sternthal A, Giusti J, et al. Assessment of barriers to improve diabetes management in older adults: a randomized controlled study. *Diabetes Care*. 2013; 36:543-549 [EC,I]  
23193208

Stratton IM, Aldington SJ, Taylor DJ, Adler AI, Scanlon PH. A simple risk stratification for time to development of sight-threatening diabetic retinopathy. *Diabetes Care*. 2013; 36:580-585 [S,II]  
23150285

Moe B, Eilertsen E, Nilsen TI. The combined effect of leisure-time physical activity and diabetes on cardiovascular mortality: the Nord-Trøndelag Health (HUNT) cohort study, Norway. *Diabetes Care*. 2013; 36:690-695 [S,II]  
23160724

Breton MC, Guénette L, Amiche MA, Kayibanda JF, Grégoire JP, Moisan J. Burden of diabetes on the ability to work: a systematic review. *Diabetes Care*. 2013; 36:740-749 [M,II]  
23431092

#### DRUGS

Navari RM. Management of chemotherapy-induced nausea and vomiting : focus on newer agents and new uses for older agents. *Drugs*. 2013; 73:249-262 [R,I]  
23404093

#### EUROPEAN HEART JOURNAL

Fosbøl EL, Peterson ED, Weeke P, Wang TY, Mathews R, Kober L, et al. Spousal depression, anxiety, and suicide after myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2013; 34:649-656 [CC,I]  
22915163

#### FAMILY MEDICINE

Voorhees KI, Prado-Gutierrez A, Epperly T, Dirkson D. A proposal for reform of the structure and financing of primary care graduate medical education. *Fam Med*. 2013; 45:164-170 [T,I]  
23463428

Wallace R, Dehlendorf C, Vittinghoff E, Gold KJ, Dalton VK. Early pregnancy failure management among family physicians. *Fam Med*. 2013; 45:173-179 [T,I]  
23463430

Blake GH, Skye E, Biggs WS, Pugno PA. Residency program solutions: making a difference in quality residency education. *Fam Med* 2013; 45: 187-192 [T,I]  
23463432

Ray SM, Helmer RS, Stevens AB, Franks AS, Wallace LS. Clinical utility of the chronic obstructive pulmonary disease knowledge questionnaire. *Fam Med*. 2013; 45:197-200 [T,I]  
23463434

#### GACETA SANITARIA

Domínguez A. ¿Qué nos enseñan los brotes de enfermedades inmunoprevenibles? *Gac Sanit*. 2013; 27:101-103 [AO,I]  
23200768

Ruiz-Ramos M, Juárez S. Mortalidad general y por causas en la población autóctona e inmigrante en Andalucía. *Gac Sanit*. 2013; 27:116-122 [T,I]  
22633801

Eustaquio-Raga MV, Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM. Factores asociados con el edentulismo en población anciana de Valencia (España). *Gac Sanit*. 2013; 27:123-127 [T,I]  
22591636

Córdoba R, Nerín I, Galindo V, Alayeto C, Villaverde-Royo MA, Sanz C. Impacto de la nueva legislación sobre tabaquismo (Ley 42/2010) en los niveles de humo ambiental de tabaco en locales de hostelería. *Gac Sanit*. 2013; 27:161-163 [QE,I]  
22657871

Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit*. 2013; 27:175-179 [R,I]  
22459740

#### GUT

Canto MI, Harinck F, Hruban RH, Offerhaus GJ, Poley JW, Kamel I, et al; International Cancer of the Pancreas Screening (CAPS) Consortium. International Cancer of the Pancreas Screening (CAPS) Consortium summit on the management of patients with increased risk for familial pancreatic cancer. *Gut*. 2013; 62:339-347 [M,II]  
23135763

#### JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Stine NW, Chokshi DA, Gourevitch MN. Improving population health in US cities. *JAMA*. 2013; 309:449-450 [AO,I]  
23385269

Ahimastos AA, Walker PJ, Askew C, Leicht A, Pappas E, Blombery P, et al. Effect of ramipril on walking times and quality of life among patients with peripheral artery disease and intermittent claudication: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2013; 309:453-460 [EC,I]  
23385271

Surén P, Roth C, Bresnahan M, Haugen M, Hornig M, Hirtz D, et al. Association between maternal use of folic acid supplements and risk of autism spectrum disorders in children. *JAMA*. 2013; 309:570-577 [S,II]  
23403681

Berry RJ, Crider KS, Yeargin-Allsopp M. Periconceptional folic acid and risk of autism spectrum disorders. *JAMA*. 2013; 309:611-613 [AO,I]  
23403688

Juurlink DN, Dhalla IA, Nelson LS. Improving opioid prescribing: the New York City recommendations. *JAMA*. 2013; 309:879-880 [AO,I]  
23462783

Talbot TR, Talbot HK. Influenza prevention update: examining common arguments against influenza vaccination. *JAMA*. 2013; 309:881-882. [AO,I]  
23334755

Wong PF, Chong LY, Stansby G. Antiplatelet therapy to prevent cardiovascular events and mortality in patients with intermittent claudication. *JAMA*. 2013; 309:926-927 [AO,I]  
23462789

Cimino JJ. Improving the electronic health record—are clinicians getting what they wished for? *JAMA*. 2013; 309:991-992 [AO,I]  
23483171

Clair C, Rigotti NA, Porneala B, Fox CS, D'Agostino RB, Pencina MJ, et al. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes. *JAMA*. 2013; 309:1014-1021 [S,I]  
23483176

Fiore MC, Baker TB. Should clinicians encourage smoking cessation for every patient who smokes? *JAMA*. 2013; 309:1032-1033 [AO,I]  
23483179

Agrawal S, Taitsman J, Cassel C. Educating physicians about responsible management of finite resources. *JAMA*. 2013; 309:1115-1116 [AO,I]  
23512056

Rutten-Jacobs LC, Arntz RM, Maaijwee NA, Schoonderwaldt HC, Dorresteijn LD, van Dijk EJ, et al. Long-term mortality after stroke among adults aged 18 to 50 years. *JAMA*. 2013; 309:1136-1144 [S,I]  
23512060

Hankey GJ. Stroke in young adults: implications of the long-term prognosis. *JAMA*. 2013; 309:1171-1172 [AO,I]  
23512064

Altenburg J, de Graaff CS, Stienstra Y, Sloos JH, van Haren EH, Koppers RJ, et al. Effect of azithromycin maintenance treatment on infectious exacerbations among patients with non-cystic fibrosis bronchiectasis: the BAT randomized controlled trial. *JAMA*. 2013; 309:1251-1259 [EC,II]  
23532241

Serisier DJ, Martin ML, McGuckin MA, Lourie R, Chen AC, Brain B, et al. Effect of long-term, low-dose erythromycin on pulmonary exacerbations among patients with non-cystic fibrosis bronchiectasis: the BLESS randomized controlled trial. *JAMA*. 2013; 309:1260-1267 [EC,II]  
23532242

Lin SY, Erekosima N, Kim JM, Ramanathan M, Suarez-Cuervo C, Chelladurai Y, et al. Sublingual immunotherapy for the treatment of allergic rhinoconjunctivitis and asthma: a systematic review. *JAMA*. 2013; 309:1278-1288 [M,I]  
23532243

Elborn JS, Tunney MM. Macrolides and bronchiectasis: clinical benefit with a resistance price. *JAMA*. 2013; 309:1295-1296 [AO,I]  
23532247

## MEDICINA CLINICA

de Abajo FJ, Rodríguez A, Blas J. El seguro de responsabilidad civil en los ensayos clínicos: reflexiones a propósito de una reclamación. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:224-228 [T,I]  
23337451

Masson W, Siniawski D, Toledo G, Vita T, Fernández G, Del Castillo S, et al. Estimación de la «edad vascular» basada en el índice de masa corporal en una población en prevención primaria. Asociación con la aterosclerosis carotídea subclínica. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:255-259 [T,I]  
23122608

Cruz-Jentoft AJ, Rexach L. Pronóstico vital en cuidados paliativos: ¿una realidad esquiva o un paradigma erróneo? *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:260-262 [AO,I]  
23141047

Puerta JL. Análisis de redes y medicina: una nueva perspectiva. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:273-277 [AO,I]  
23199836

Camarellas F, Dalmau R, Clemente L, Díaz-Maroto JL, Lozano A, Pinet MC; grupo colaborador Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:272.e1-e12 [M,II]  
23246167

## REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA

Rademakers FE. Necesidad clínica de evaluación de la isquemia. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:161-162 [AO,I]  
23021835

## SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE

Sigurdsson EL. Up and running: an underutilized prescription in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2013; 31:1-2 [AO,I]  
23331335

Sigurdsson JA. Milestones in the development of Nordic general practice\*. *Scand J Prim Health Care*. 2013; 31:3-5 [AO,I]  
23336114

Kvitting AS, Wimo A, Johansson MM, Marcusson J. A quick test of cognitive speed (AQT): usefulness in dementia evaluations in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2013; 31:13-19 [S,I]  
23293859

Magnil M, Janmarker L, Gunnarsson R, Björkelund C. Course, risk factors, and prognostic factors in elderly primary care patients with mild depression: a two-year observational study. *Scand J Prim Health Care*. 2013; 31:20-25 [T,I]  
23330583

Gude T, Vaglum P, Anvik T, Bærheim A, Grimstad H. A few more minutes make a difference? The relationship between content and length of GP consultations. *Scand J Prim Health Care*. 2013; 31:31-35 [S,I]  
23282010

Rosendal M, Vedsted P, Christensen KS, Moth G. Psychological and social problems in primary care patients - general practitioners' assessment and classification. *Scand J Prim Health Care*. 2013; 31:43-49 [T,I]  
23281962

Björkman I, Berg J, Viberg N, Stålsby Lundborg C. Awareness of antibiotic resistance and antibiotic prescribing in UTI treatment: a qualitative study among primary care physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2013; 31:50-55 [C,I] 23281925

van Dijk CE, Verheij RA, Spreeuwenberg P, van den Berg MJ, Groenewegen PP, Braspenning J, et al. Impact of remuneration on guideline adherence: empirical evidence in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2013; 31:56-63 [S,I] 23330604

#### THE LANCET

Nylenna A. Occasional smoking: a new campaign target in Norway. *Lancet*. 2013; 381:708-709 [AO,I] 23465425

Clegg A, Young J, Illife S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013; 381:752-762 [R,II] 23395245

Air pollution: Europe's avoidable health risk. *Lancet*. 2013; 381:876 [AO,I] 23499024

Blakemore SJ. Teenage kicks: cannabis and the adolescent brain. *Lancet*. 2013; 381:888-889 [AO,I] 23117180

Miller JW, Ulrich CM. Folic acid and cancer—where are we today? *Lancet*. 2013 [Epub ahead of print] [R,I] 23352551

Powles TJ. Extended adjuvant tamoxifen for breast cancer—a new era? *Lancet*. 2012 [Epub ahead of print] [AO,I] 23219287

Davies C, Pan H, Godwin J, Gray R, Arriagada R, Raina V, et al; for the Adjuvant Tamoxifen: Longer Against Shorter (ATLAS) Collaborative Group. Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised trial. *Lancet*. 2012 [Epub ahead of print] [EC,II] 23219286

Hansel TT, Johnston SL, Openshaw PJ. Microbes and mucosal immune responses in asthma. *Lancet*. 2013 [Epub ahead of print] [R,I] 23428115

Toroyan T, Peden M, Iaych K, Krug E. More action needed to protect vulnerable road users. More action needed to protect vulnerable road users. *Lancet*. 2013 [Epub ahead of print] [AO,I] 23499438

#### THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Bayer R, Oppenheimer GM. Routine HIV testing, public health, and the USPSTF—an end to the debate. *N Engl J Med*. 2013; 368:881-884 [AO,I] 23425134

Martin EG, Schackman BR. Updating the HIV-testing guidelines—a modest change with major consequences. *N Engl J Med*. 2013; 368:884-886 [AO,I] 23425132

Taitsman JK, Grimm CM, Agrawal S. Protecting patient privacy and data security. *N Engl J Med*. 2013; 368:977-979 [AO,I] 23444980

Billir-Andorno N, Lee TH. Ethical physician incentives—from carrots and sticks to shared purpose. *N Engl J Med*. 2013; 368:980-982 [AO,I] 23484824

el Barzouhi A, Vleggeert-Lankamp CL, Lycklama à Nijeholt GJ, Van der Kallen BF, van den Hout WB, Jacobs WC, et al; Leiden-The Hague Spine Intervention Prognostic Study Group. Magnetic resonance imaging in follow-up assessment of sciatica. *N Engl J Med*. 2013; 368:999-1007 [EC,I] 23484826

Chan PS, Nallamothu BK, Krumholz HM, Spertus JA, Li Y, Hammill BG, et al; American Heart Association Get with the Guidelines—Resuscitation Investigators. Long-term outcomes in elderly survivors of in-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*. 2013; 368:1019-1026 [S,II] 23484828

Kramer DB, Mitchell SL. Weighing the benefits and burdens of witnessed resuscitation. *N Engl J Med*. 2013; 368:1058-1059 [AO,I] 23484835

Downar J, Kritek PA. Family presence during cardiac resuscitation. *N Engl J Med*. 2013; 368:1060-1062 [AO,I] 23484836

Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care—creating a more sustainable model. *N Engl J Med*. 2013; 368:1173-1175 [AO,I] 23465068

Dawson SJ, Tsui DW, Murtaza M, Biggs H, Rueda OM, Chin SF, et al. Analysis of circulating tumor DNA to monitor metastatic breast cancer. *N Engl J Med*. 2013; 368:1199-1209 [T,II] 23484797

Allen DB, Cuttler L. Clinical practice. Short stature in childhood—challenges and choices. *N Engl J Med*. 2013; 368:1220-1228 [R,II] 23534561

Kotchen TA, Cowley AW Jr, Frohlich ED. Salt in health and disease—a delicate balance. *N Engl J Med*. 2013; 368:1229-1237 [R,II] 23534562

Lippman M, Osborne CK. Circulating tumor DNA—ready for prime time? *N Engl J Med*. 2013; 368:1249-1250 [AO,I] 23484798

## ABRIL

#### ACADEMIC MEDICINE

Durning SJ, Artino AR Jr, Schuwirth L, van der Vleuten C. Clarifying assumptions to enhance our understanding and assessment of clinical reasoning. *Acad Med*. 2013; 88:442-448 [R,I] 23425980

Welty LJ, Carter RE, Finkelstein DM, Harrell FE Jr, Lindsell CJ, Macaluso M, et al; on behalf of the Biostatistics, Epidemiol-

ogy, and Research Design Key Function Committee of the Clinical and Translational Science Award Consortium. Strategies for developing biostatistics resources in an academic health center. *Acad Med.* 2013; 88:454-460 [R,I]  
23425984

Jolly P, Erikson C, Garrison G. U.S. Graduate medical education and physician specialty choice. *Acad Med.* 2013; 88:468-474 [T,I]  
23425979

#### ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Zhang H, Plutzky J, Skentzos S, Morrison F, Mar P, Shubina M, et al. Discontinuation of statins in routine care settings: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2013; 158:526-534 [S,I]  
23546564

Fink HA, Wilt TJ, Eidman KE, Garimella PS, MacDonald R, Rutks IR, et al. Medical management to prevent recurrent nephrolithiasis in adults: a systematic review for an American College of Physicians clinical guideline. *Ann Intern Med.* 2013; 158:535-543 [M,II]  
23546565

Weiner SJ, Schwartz A, Sharma G, Binns-Calvey A, Ashley N, Kelly B, et al. Patient-centered decision making and health care outcomes: an observational study. *Ann Intern Med.* 2013; 158:573-579 [T,I]  
23588745

Fenton JJ, Xing G, Elmore JG, Bang H, Chen SL, Lindfors KK, et al. Short-term outcomes of screening mammography using computer-aided detection: a population-based study of Medicare enrollees. *Ann Intern Med.* 2013; 158:580-587 [S,I]  
23588746

Pickhardt PJ, Pooler BD, Lauder T, Del Rio AM, Bruce RJ, Binkley N. Opportunistic screening for osteoporosis using abdominal computed tomography scans obtained for other indications. *Ann Intern Med.* 2013; 158:588-595 [T,I]  
23588747

Tangri N, Kitsios GD, Inker LA, Griffith J, Naimark DM, Walker S, et al. Risk prediction models for patients with chronic kidney disease: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013; 158:596-603 [M,II]  
23588748

Nelson HD, Smith ME, Griffin JC, Fu R. Use of medications to reduce risk for primary breast cancer: a systematic review for the U.S. Preventive services task force. *Ann Intern Med.* 2013; 158:604-614 [M,II]  
23588749

#### ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA

Ruano-Ravina A, Pérez M, Fernández-Villar A. Cribado de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis después del National Lung Screening Trial. El debate continúa abierto. *Arch Bronconeumol.* 2013; 49:158-165 [R,II]  
23317766

#### ATENCION PRIMARIA

Aragonès E, Caballero A, Piñol JL. El modelo INDI (INterventions for Depression Improvement). Una propuesta eficaz para

mejorar los resultados clínicos de la depresión en atención primaria. *Aten Primaria.* 2013;45:179-180 [AO,I]  
23473632

Martín I. Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hechos. *Aten Primaria.* 2013; 45:181-183 [AO,I]  
23433703

Ballesteros S. Análisis inadecuados de los desfibriladores externos semiautomáticos durante la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. *Aten Primaria.* 2013; 45:193-198 [T,I]  
23265845

Domínguez JM, Padilla I, Domínguez J, Domínguez M. Tipologías comportamentales en relación con el burnout, mobbing, personalidad, autoconcepto y adaptación de conducta en trabajadores sanitarios. *Aten Primaria.* 2013; 45:199-207 [T,I]  
23274059

Robles P, de Frutos E, Moreno N, Mas A, Sánchez A, Morató ML. Me voy al dentista: ¿antibiótico como prevención o como tratamiento? *Aten Primaria.* 2013; 45:216-221 [R,I]  
23182318

#### BRITISH MEDICAL JOURNAL

Pilling S, Gould N, Whittington C, Taylor C, Scott S; Guideline Development Group. Recognition, intervention, and management of antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance. *BMJ.* 2013; 346:f1298 [M,II]  
23535256

He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ.* 2013; 346:f1325 [M,II]  
23558162

Aburto NJ, Ziolkovska A, Hooper L, Elliott P, Cappuccio FP, Meerpohl JJ. Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses. *BMJ.* 2013; 346:f1326 [M,II]  
23558163

Baldassarre RL, Hughes TH. Investigating suspected scaphoid fracture. *BMJ.* 2013; 346:f1370 [R,I]  
23535257

Aburto NJ, Hanson S, Gutierrez H, Hooper L, Elliott P, Cappuccio FP. Effect of increased potassium intake on cardiovascular risk factors and disease: systematic review and meta-analyses. *BMJ.* 2013; 346:f1378 [M,II]  
23558164

Franco M, Bilal U, Orduñez P, Benet M, Morejón A, Caballero B, et al. Population-wide weight loss and regain in relation to diabetes burden and cardiovascular mortality in Cuba 1980-2010: repeated cross sectional surveys and ecological comparison of secular trends. *BMJ.* 2013; 346:f1515 [T,I]  
23571838

Kramer CK, Zinman B, Gross JL, Canani LH, Rodrigues TC, Azevedo MJ, et al. Coronary artery calcium score prediction of all cause mortality and cardiovascular events in people with type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2013; 346:f1654 [M,II]  
23529983

- Nijman RG, Vergouwe Y, Thompson M, van Veen M, van Meurs AH, van der Lei J, et al. Clinical prediction model to aid emergency doctors managing febrile children at risk of serious bacterial infections: diagnostic study. *BMJ* 2013; 346:f1706 [T,I] 23550046
- Willett WC. Weight changes and health in Cuba. *BMJ*. 2013; 346:f1777 [AO,I] 23571839
- Vale CL, Tierney JF, Burdett S. Can trial quality be reliably assessed from published reports of cancer trials: evaluation of risk of bias assessments in systematic reviews. *BMJ*. 2013; 346:f1798 [M,II] 23610376
- Bell KJ, Hayen A, Irwig L, Takahashi O, Ohde S, Glasziou P. When to remeasure cardiovascular risk in untreated people at low and intermediate risk: observational study. *BMJ*. 2013; 346:f1895 [T,I] 23553971
- Raaschou P, Simard JF, Holmqvist M, Askling J; ARTIS Study Group. Rheumatoid arthritis, anti-tumour necrosis factor therapy, and risk of malignant melanoma: nationwide population based prospective cohort study from Sweden. *BMJ*. 2013; 346:f1939 [S,I] 23568792
- Vidal EI, Villas Boas PJ, Valle AP, Cerqueira AT, Fukushima FB. Delirium in older adults. *BMJ*. 2013; 346:f2031 [R,I] 23571740
- Rai D, Lee BK, Dalman C, Golding J, Lewis G, Magnusson C. Parental depression, maternal antidepressant use during pregnancy, and risk of autism spectrum disorders: population based case-control study. *BMJ*. 2013; 346:f2059 [CC,I] 23604083
- Collier F, Smith RC, Morton CA. Diagnosis and management of hidradenitis suppurativa. *BMJ*. 2013; 346:f2121 [R,I] 23613539
- Strazzullo P. Reducing sodium and increasing potassium intake. *BMJ*. 2013; 346:f2195 [AO,I] 23572093
- Schroll JB, Bero L, Gøtzsche PC. Searching for unpublished data for Cochrane reviews: cross sectional study. *BMJ*. 2013; 346:f2231 [T,I] 23613540 R/C
- McCulloch P. Surgery or drugs for gastro-oesophageal reflux? *BMJ*. 2013; 346:f2263 [AO,I] 23599319
- Eurich DT, Simpson S, Senthilselvan A, Asche CV, Sandhu-Minhas JK, McAlister FA. Comparative safety and effectiveness of sitagliptin in patients with type 2 diabetes: retrospective population based cohort study. *BMJ*. 2013; 346:f2267 [S,II] 23618722 R/C
- Dechartres A, Trinquart L, Boutron I, Ravaud P. Influence of trial sample size on treatment effect estimates: meta-epidemiological study. *BMJ*. 2013; 346:f2304 [M,II] 23616031 R/C
- Ball HL. Supporting parents who are worried about their newborn's sleep. *BMJ*. 2013; 346:f2344 [AO,I] 23587748
- Kotecha T, Fox K. Investigating suspected heart failure. *BMJ*. 2013; 346:f2442 [R,I] 23616032
- Edmiston R, Mitchell C. Hearing loss in adults. *BMJ*. 2013; 346:f2496 [R,I] 23618723
- Altaf F, Gibson A, Dannawi Z, Noordeen H. Adolescent idiopathic scoliosis. *BMJ*. 2013; 346:f2508 [R,I] 23633006
- Chinthapalli K. NICE is dead; long live NICE. *BMJ*. 2013; 346:f2546 [AO,I] 23615594
- Blackhall LJ. Do patients need to know they are terminally ill? No. *BMJ*. 2013; 346:f2560 [AO,I] 23615595
- Collis E, Sleeman KE. Do patients need to know they are terminally ill? Yes. *BMJ*. 2013; 346:f2589 [AO,I] 23615596
- McLaren LA, Quinn TJ, McKay GA. Diabetes control in older people. *BMJ*. 2013; 346:f2625 [AO,I] 23615598
- Godlee F. Helping patients to die well. *BMJ*. 2013; 346:f2656 [AO,I]
- Harder B. Are MOOCs the future of medical education? *BMJ*. 2013; 346:f2666 [AO,I]
- Sedgwick P. Statistical Question. Correlation versus linear regression. *BMJ*. 2013; 346:f2686 [R,I]

## CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

- Lewis SP, Heath NL. Nonsuicidal self-injury. *CMAJ*. 2013; 185:505 [AO,I] 23228994
- Liu B. Is transdermal menopausal hormone therapy a safer option than oral therapy? *CMAJ*. 2013; 185:549-550 [AO,I] 23509132
- Racine A, Bijon A, Fournier A, Mesrine S, Clavel-Chapelon F, Carbonnel F, et al. Menopausal hormone therapy and risk of cholecystectomy: a prospective study based on the French E3N cohort. *CMAJ*. 2013; 185:555-561 [S,I] 23509128
- Allen RH, Cwiak CA, Kaunitz AM. Contraception in women over 40 years of age. *CMAJ*. 2013; 185:565-573 [R,I] 23460635
- Olah ME, Gaisano G, Hwang SW. The effect of socioeconomic status on access to primary care: an audit study. *CMAJ*. 2013; 185:E263-E269 [T,II] 23439620

## CIRCULATION

- Chretien KC, Kind T. Social media and clinical care: ethical, professional, and social implications. *Circulation*. 2013; 127:1413-1421 [R,I] 23547180

Anderson JL, Halperin JL, Albert NM, Bozkurt B, Brindis RG, Curtis LH, et al. Management of patients with peripheral artery disease (Compilation of 2005 and 2011 ACCF/AHA Guideline Recommendations): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013; 127:1425-1443 [M,II] 23457117

Mandawat A, Curtis JP, Mandawat A, Njike VY, Lampert R. Safety of pacemaker implantation in nonagenarians: an analysis of the healthcare cost and utilization project-nationwide inpatient sample. *Circulation*. 2013; 127:1453-1465 [T,I] 23513066

Danaei G, Singh GM, Paciorek CJ, Lin JK, Cowan MJ, Finucane MM, et al; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group. The global cardiovascular risk transition: associations of four metabolic risk factors with national income, urbanization, and Western diet in 1980 and 2008. *Circulation*. 2013; 127:1493-1502 [S,II] 23481623

Lilly LS. Treatment of acute and recurrent idiopathic pericarditis. *Circulation*. 2013; 127:1723-1726 [R,I] 23609551

Pearson TA, Palaniappan LP, Artinian NT, Carnethon MR, Criqui MH, Daniels SR, et al; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention. American Heart Association guide for improving cardiovascular health at the community level, 2013 update: a scientific statement for public health practitioners, healthcare providers, and health policy makers. *Circulation*. 2013; 127:1730-1753 [M,II] 23519758

**DIABETES CARE**

Herman WH. The economic costs of diabetes: is it time for a new treatment paradigm? *Diabetes Care*. 2013; 36:775-776 [AO,I] 23520368

Coustan DR. Can a dietary supplement prevent gestational diabetes mellitus? *Diabetes Care*. 2013; 36:777-779 [AO,I] 23520369

Fonda SJ, Salkind SJ, Walker MS, Chellappa M, Ehrhardt N, Vigersky RA. Heterogeneity of responses to Real-Time Continuous Glucose Monitoring (RT-CGM) in patients with type 2 diabetes and its implications for application. *Diabetes Care*. 2013; 36:786-792 [EC,I] 23172975

Wolpert HA, Atakov-Castillo A, Smith SA, Steil GM. Dietary fat acutely increases glucose concentrations and insulin requirements in patients with type 1 diabetes: implications for carbohydrate-based bolus dose calculation and intensive diabetes management. *Diabetes Care*. 2013; 36:810-816 [EC,II] 23193216

D'Anna R, Scilipoti A, Giordano D, Caruso C, Cannata ML, Interdonato ML, et al. myo-Inositol supplementation and onset of gestational diabetes mellitus in pregnant women with a family history of type 2 diabetes: a prospective, randomized, placebo-controlled study. *Diabetes Care*. 2013; 36:854-857 [EC,I] 23340885

Meneghini L, Atkin SL, Gough SC, Raz I, Blonde L, Shestakova M, et al; NN1250-3668 (BEGIN FLEX) Trial Investigators.

The efficacy and safety of insulin degludec given in variable once-daily dosing intervals compared with insulin glargine and insulin degludec dosed at the same time daily: a 26-week, randomized, open-label, parallel-group, treat-to-target trial in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36:858-864 [EC,II] 23340894

Logue J, Walker JJ, Leese G, Lindsay R, McKnight J, Morris A, et al; Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group. Association between BMI measured within a year after diagnosis of type 2 diabetes and mortality. *Diabetes Care*. 2013; 36:887-893 [T,I] 23139375

Agarwal S, Cox AJ, Herrington DM, Jorgensen NW, Xu J, Freedman BI, et al. Coronary calcium score predicts cardiovascular mortality in diabetes: Diabetes Heart study. *Diabetes Care*. 2013; 36:972-977 [S,II] 23230101

Brand JS, van der Schouw YT, Onland-Moret NC, Sharp SJ, Ong KK, Khaw KT, et al; InterAct Consortium. Age at menopause, reproductive life span, and type 2 diabetes risk: results from the EPIC-InterAct study. *Diabetes Care*. 2013; 36:1012-1019 [S,II] 23230098

American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2012. *Diabetes Care*. 2013; 36:1033-1046 [T,II] 23468086

**DRUGS**

Gallwitz B. Novel oral anti-obesity agents: new perspectives with lorcaserin? *Drugs*. 2013; 73:393-395 [AO,I] 23532530

Carpenter MJ, Jardin BF, Burriss JL, Mathew AR, Schnoll RA, Rigotti NA, et al. Clinical strategies to enhance the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: a review of the literature. *Drugs*. 2013; 73:407-426 [R,I] 23572407

Hoy SM. Lorcaserin: a review of its use in chronic weight management. *Drugs*. 2013; 73:463-473 [R,I] 23529825

**ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA CLINICA**

Campins M, Moreno-Pérez D, Gil-de Miguel A, González-Romo F, Moraga-Llop FA, Arístegui-Fernández J, et al. Tos ferina en España. Situación epidemiológica y estrategias de prevención y control. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Tos ferina. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013; 31:240-253 [M,II] 23411362

**EUROPEAN HEART JOURNAL**

Faergeman O. Genes and cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2013; 34:949-950 [AO,I] 23257949

Ehret GB, Caulfield MJ. Genes for blood pressure: an opportunity to understand hypertension. *Eur Heart J*. 2013; 34:951-961 [R,I] 23303660

- Leong DP, Eikelboom JW, Healey JS, Connolly SJ. Atrial fibrillation is associated with increased mortality: causation or association? *Eur Heart J*. 2013; 34:1027-1030 [AO,I] 23407094
- O'Donnell MJ, Mente A, Smyth A, Yusuf S. Salt intake and cardiovascular disease: why are the data inconsistent? *Eur Heart J*. 2013; 34:1034-1040 [R,I] 23257945
- Lip GY. Stroke and bleeding risk assessment in atrial fibrillation: when, how, and why? *Eur Heart J*. 2013; 34:1041-1049 [R,II] 23257951
- Onuma Y, Thuesen L, van Geuns RJ, van der Ent M, Desch S, Fajadet J, et al; TROFI Investigators. Randomized study to assess the effect of thrombus aspiration on flow area in patients with ST-elevation myocardial infarction: an optical frequency domain imaging study--TROFI trial. *Eur Heart J*. 2013; 34:1050-1060 [EC,I] 23396493
- Andersson T, Magnuson A, Bryngelsson IL, Frøbert O, Henriksen KM, Edvardsson N, et al. All-cause mortality in 272 186 patients hospitalized with incident atrial fibrillation 1995-2008: a Swedish nationwide long-term case-control study. *Eur Heart J*. 2013; 34:1061-1067 [CC,II] 23321349
- Giang KW, Björck L, Novak M, Lappas G, Wilhelmsen L, Torén K, et al. Stroke and coronary heart disease: predictive power of standard risk factors into old age--long-term cumulative risk study among men in Gothenburg, Sweden. *Eur Heart J*. 2013; 34:1068-1074 [S,II] 23303661
- Ketteler M, Wolf M, Hahn K, Ritz E. Phosphate: a novel cardiovascular risk factor. *Eur Heart J*. 2013; 34:1099-1101 [AO,I] 23045267
- Heine GH, Nangaku M, Fliser D. Calcium and phosphate impact cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2013; 34:1112-1121 [R,II] 23109644
- Messerli FH, Bangalore S. Treatment-resistant hypertension: another Cinderella story. *Eur Heart J*. 2013; 34:1175-1177 [AO,I] 23386710
- Sakata Y, Shimokawa H. Saturated fatty acid intake and cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2013; 34:1178-1180 [AO,I] 23425524
- Pinto Pereira SM, Power C. Life course body mass index, birthweight and lipid levels in mid-adulthood: a nationwide birth cohort study. *Eur Heart J*. 2013; 34:1215-1224 [S,II] 23234645
- Yamagishi K, Iso H, Kokubo Y, Saito I, Yatsuya H, Ishihara J, et al; JPHC Study Group. Dietary intake of saturated fatty acids and incident stroke and coronary heart disease in Japanese communities: the JPHC Study. *Eur Heart J*. 2013; 34:1225-1232 [S,II] 23404536
- FAMILY MEDICINE**
- Magill MK, Baxley E. Virtuous cycles: patient care, education, and scholarship in the patient-centered medical home. *Fam Med*. 2013; 45:235-239 [R,I] 23553085
- Newman RJ, Cummings DM, Lukosius E, Patel H, Carmon T. A survey of exercise stress test training in US family medicine residency programs. *Fam Med*. 2013; 45:247-251 [T,I] 23553087
- Hughes AK. Mid-to-late-life women and sexual health: communication with health care providers. *Fam Med*. 2013; 45:252-256 [C,I] 23553088
- Mainous III AG, Johnson SP, Chirina S, Baker R. Academic family physicians' perception of genetic testing and integration into practice: a CERA study. *Fam Med*. 2013; 45:257-262 [T,I] 23553089
- Kobus AM, Harman JS, Do HD, Garvin RD. Challenges to depression care documentation in an EHR. *Fam Med*. 2013; 45:268-271 [T,I] 23553091
- Kruse J. Income ratio and medical student specialty choice: the primary importance of the ratio of mean primary care physician income to mean consulting specialist income. *Fam Med*. 2013; 45:281-283 [AO,I] 23553096
- FAMILY PRACTICE**
- Guldin MB, Vedsted P, Jensen AB, Olesen F, Zachariae R. Be-  
reavement care in general practice: a cluster-randomized clinical trial. *Fam Pract*. 2013; 30:134-141 [EC,I] 22964078
- Ingebrigtsen SG, Scheel BI, Hart B, Thorsen T, Høltedahl K. Frequency of 'warning signs of cancer' in Norwegian general practice, with prospective recording of subsequent cancer. *Fam Pract*. 2013; 30:153-160 [S,I] 23097250
- Kirschner K, Braspenning J, Akkermans RP, Jacobs JE, Grol R. Assessment of a pay-for-performance program in primary care designed by target users. *Fam Pract*. 2013; 30:161-171 [QE,II] 22997223
- Brilleman SL, Salisbury C. Comparing measures of multimorbidity to predict outcomes in primary care: a cross sectional study. *Fam Pract*. 2013; 30:172-178 [T,I] 23045354
- Stigler FL, Starfield B, Sprenger M, Salzer HJ, Campbell SM. Assessing primary care in Austria: room for improvement. *Fam Pract*. 2013; 30:185-189 [C,II] 23148121
- Magin P, Holliday S, Dunlop A, Ewald B, Dunbabin J, Henry J, et al. Discomfort sharing the general practice waiting room with mentally ill patients: a cross-sectional study. *Fam Pract*. 2013; 30:190-196 [T,I] 23024372
- Hilts L, Howard M, Price D, Risdon C, Agarwal G, Childs A. Helping primary care teams emerge through a quality improvement program. *Fam Pract*. 2013; 30:204-211 [C,I] 22990026
- MacKichan F, Paterson C, Britten N. GP support for self-care: the views of people experiencing long-term back pain. *Fam Pract*. 2013; 30:212-218 [C,I] 23042439

**GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA**

Senosiain C, Tavío E, Moreira V, Maroto M, García MC, Aicart M, et al. Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia. *Gastroenterol Hepatol.* 2013; 36:274-279 [R,I] 23522394

**GUT**

Chen HP, Shieh JJ, Chang CC, Chen TT, Lin JT, Wu MS, et al. Metformin decreases hepatocellular carcinoma risk in a dose-dependent manner: population-based and in vitro studies. *Gut.* 2013; 62:606-615 [CC,I] 22773548

Lee YC, Chen TH, Chiu HM, Shun CT, Chiang H, Liu TY, et al. The benefit of mass eradication of *Helicobacter pylori* infection: a community-based study of gastric cancer prevention. *Gut.* 2013; 62:676-682 [S,II] 22698649

**JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION**

Smith EM, Pang H, Cirrincione C, Fleishman S, Paskett ED, Ahles T, et al; Alliance for Clinical Trials in Oncology. Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2013; 309:1359-1367 [EC,II] 23549581

Greene M, Justice AC, Lampiris HW, Valcour V. Management of human immunodeficiency virus infection in advanced age. *JAMA.* 2013; 309:1397-1405 [R,I] 23549585

Robertson MC, Gillespie LD. Fall prevention in community-dwelling older adults. *JAMA.* 2013; 309:1406-1407 [AO,II] 23549586

Ginsburg GS. Realizing the opportunities of genomics in health care. *JAMA.* 2013; 309:1463-1464 [AO,I] 23571581

Korf BR, Rehm HL. New approaches to molecular diagnosis. *JAMA.* 2013; 309:1511-1521 [R,I] 23571590

Feero WG. Genomics in medicine: maturation, but not maturity. *JAMA.* 2013; 309:1522-1524 [AO,I]

Nussbaum RL. Genome-wide association studies, Alzheimer disease, and understudied populations. *JAMA.* 2013; 309:1527-1528 [AO,I] 23571593

Butler J, Fonarow GC, Gheorghiade M. Strategies and opportunities for drug development in heart failure. *JAMA.* 2013; 309:1593-1594 [AO,I] 23538438

Smith R, McCready T, Yusuf S. Combination therapy to prevent cardiovascular disease: slow progress. *JAMA.* 2013; 309:1595-1596 [AO,I] 23529576

Romanello S, Spiri D, Marcuzzi E, Zanin A, Boizeau P, Riviere S, et al. Association between childhood migraine and history of infantile colic. *JAMA.* 2013; 309:1607-1612 [CC,I] 23592105

Teo K, Lear S, Islam S, Mony P, Dehghan M, Li W, et al; PURE Investigators. Prevalence of a healthy lifestyle among individuals with cardiovascular disease in high-, middle- and low-income countries: The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *JAMA.* 2013; 309:1613-1621 [S,II] 23592106

Epstein LG, Zee PC. Infantile colic and migraine. *JAMA.* 2013; 309:1636-1637 [AO,I] 23592110

Christensen J, Grønberg TK, Sørensen MJ, Schendel D, Parner ET, Pedersen LH, et al. Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *JAMA.* 2013; 309:1696-1703 [S,II] 23613074

Crochet JR, Bastian LA, Chireau MV. Does this woman have an ectopic pregnancy?: the rational clinical examination systematic review. *JAMA.* 2013; 309:1722-1729 [M,II] 23613077

Gallo S, Comeau K, Vanstone C, Agellon S, Sharma A, Jones G, et al. Effect of different dosages of oral vitamin D supplementation on vitamin D status in healthy, breastfed infants: a randomized trial. *JAMA.* 2013; 309:1785-1792 [EC,I] 23632722

Dobson SR, McNeil S, Dionne M, Dawar M, Ogilvie G, Krajden M, et al. Immunogenicity of 2 doses of HPV vaccine in younger adolescents vs 3 doses in young women: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2013; 309:1793-1802 [EC,II] 23632723

Serenius F, Källén K, Blennow M, Ewald U, Fellman V, Holmström G, et al; EXPRESS Group. Neurodevelopmental outcome in extremely preterm infants at 2.5 years after active perinatal care in Sweden. *JAMA.* 2013; 309:1810-1820 [S,I] 23632725

Abrams SA. Targeting dietary vitamin D intakes and plasma 25-hydroxyvitamin D in healthy infants. *JAMA.* 2013; 309:1830-1831 [AO,I] 23632728

Kahn JA, Bernstein DI. HPV vaccination: too soon for 2 doses? *JAMA.* 2013; 309:1832-1834 [AO,I] 23632729

**JAMA INTERNAL MEDICINE**

Wilt TJ, Macdonald R, Ouellette J, Khawaja IS, Rutks I, Butler M, et al. Pharmacologic therapy for primary restless legs syndrome: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:496-505 [M,I] 23460396

Linsky A, Simon SR. Reversing gears: discontinuing medication therapy to prevent adverse events comment on "proton pump inhibitors and risk of 1-year mortality and rehospitalization in older patients discharged from acute care hospitals". *JAMA Intern Med.* 2013; 173:524-525 [AO,I] 23459795

Singh S, Chang HY, Richards TM, Weiner JP, Clark JM, Segal JB. Glucagonlike Peptide 1-based therapies and risk of hospitalization for acute pancreatitis in type 2 diabetes mellitus: a population-based matched case-control study. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:534-539 [CC,I] 23440284

Gier B, Butler PC. Glucagonlike Peptide 1-based drugs and pancreatitis: clarity at last, but what about pancreatic cancer? Comment on "glucagonlike Peptide 1-based therapies and risk of hospitalization for acute pancreatitis in type 2 diabetes mellitus". *JAMA Intern Med.* 2013; 173:539-541 [AO,I]

23463371

Cooper GS, Kou TD, Rex DK. Complications following colonoscopy with anesthesia assistance: a population-based analysis. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:551-556 [S,II]

23478904

Wernli KJ, Inadomi JM. Anesthesia for colonoscopy: too much of a good thing? Comment on "complications following colonoscopy with anesthesia assistance". *JAMA Intern Med.* 2013; 173:556-558 [AO,I]

23479078

Bero L. Industry sponsorship and research outcome: a Cochrane review. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:580-581 [AO,I]

23440226

Larsson SC. Are calcium supplements harmful to cardiovascular disease?: comment on "Dietary and supplemental calcium intake and cardiovascular diseases mortality: the National Institutes of Health-AARP Diet and Health study". *JAMA Intern Med.* 2013; 173:647-648 [AO,I]

23380757

Tzoulaki I, Siontis KC, Evangelou E, Ioannidis JP. Bias in associations of emerging biomarkers with cardiovascular disease. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:664-671 [M,II]

23529078

Nissen SE. Biomarkers in cardiovascular medicine: the shame of publication bias; comment on "bias in associations of emerging biomarkers with cardiovascular disease". *JAMA Intern Med.* 2013; 173:671-672 [AO,I]

23529374

#### JAMA PSYCHIATRY

Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry.* 2013; 70:419-426 [S,I]

23426798

#### MEDICINA CLINICA

Ballaz A, Salinas C, Aguirre U, López de Goicoechea MJ, Diez R, Egurrola M. Análisis de la discordancia entre la prueba de la tuberculina y el QuantiFERON-TB® Gold In-Tube en estudios de contactos. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:289-295 [T,I]

23339888

Marrodán MD, Martínez-Álvarez JR, González-Montero M, López-Ejeda N, Cabañas MD, Prado C. Precisión diagnóstica del índice cintura-talla para la identificación del sobrepeso y de la obesidad infantil. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:296-301 [T,I]

22726769

García-Gasalla M. ¿Podemos mejorar el estudio de contactos en la tuberculosis? *Med Clin (Barc).* 2013; 140:305-306 [AO,I]

23337448

Calvo JM. Riesgo de recurrencia en la enfermedad tromboembólica venosa tras suspender la anticoagulación. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:310-313 [AO,I]

22995846

Anglès R, Llinás M, Alerany C, Garcia MV. Sistema de notificación genérico y gestión de incidentes: Implantación y acciones de mejora derivadas para la seguridad del paciente. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:320-324 [R,I]

23246168

Pons JM, Rodés J, Andreu A, Arenas J. La olvidada investigación clínica. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:325-331 [R,I]

23246173

Catalá-López F, Gènova-Maleras R, Ridao M, Alvarez E, Sanfèlix-Gimeno G, Morant C, et al. Evaluación de la carga de enfermedad con medidas sintéticas de salud de la población para la Comunidad Valenciana, España: un estudio de base poblacional. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:343-350 [T,I]

22498350

Suarez C. ¿Debemos buscar enfermedad subclínica en pacientes de alto riesgo vascular? *Med Clin (Barc).* 2013; 140:356-357 [AO,I]

23337453

Díaz S, Mayorals S. Situación actual de la prescripción de oxígeno domiciliario. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:358-359 [AO,I]

23337452

Alonso-Coello P, Rigau D, Solà I, Martínez L. La formulación de recomendaciones en salud: el sistema GRADE. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:366-373 [R,I]

23246171

Bundó M, Urrea M, Muñoz L, Llussà J, Forés R, Torán P. Correlación entre los índices dedo-brazo y tobillo-brazo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:390-394 [T,I]

22595253

Mur T, Villaró M, Porta N, Jaén A. Prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes tipo 2 mediante determinación del filtrado glomerular y su relación con el riesgo cardiovascular. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:395-400 [T,I]

22575556

Sebastián JJ. El síndrome del intestino irritable, ¿ya no debe ser considerado un trastorno funcional? *Med Clin (Barc).* 2013; 140:403-405 [AO,I]

23337457

Navarro C, Núñez I, Fernández A. Síndrome coronario agudo y coronariografía sin lesiones significativas: ¿lo sabemos todo? *Med Clin (Barc).* 2013; 140:409-414 [R,I]

23177309

#### MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT

Cohn AC, MacNeil JR, Clark TA, Ortega-Sanchez IR, Briere EZ, Meissner HC, et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention and control of meningococcal disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2013; 62(RR-2):1-28 [M,II]

23515099

**REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA**

Patrono C. El ácido acetilsalicílico continúa siendo objeto de investigación y debate 115 años después de su síntesis. *Rev Esp Cardiol.* 2013; 66:251-254 [AO,I] 23183013

Sánchez-Cruz JJ, Jiménez-Moleón JJ, Fernández-Quesada F, Sánchez MJ. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Rev Esp Cardiol.* 2013; 66:371-376 [T,II] 23375996

**THE LANCET**

Smoke alarm: mental illness and tobacco. *Lancet.* 2013; 381:1071 [AO,I] 23541368

Europe: a missed opportunity, with dangers and hopes. *Lancet.* 2013; 381:1072 [AO,I] 23540841

Kleinert S, Horton R. Health in Europe--successes, failures, and new challenges. *Lancet.* 2013; 381:1073-1074 [AO,I] 23541050

Ricciardi W. Health in Europe--policies for progress. *Lancet.* 2013; 381:1075-1076 [AO,I] 23541051

Toltzis P, Goldmann D. Rethinking infection prevention research. *Lancet.* 2013; 381:1078-1079 [AO,I] 23363665

Dewilde WJ, Oirbans T, Verheugt FW, Kelder JC, De Smet BJ, Herrman JP, et al; WOEST study investigators. Use of clopidogrel with or without aspirin in patients taking oral anticoagulant therapy and undergoing percutaneous coronary intervention: an open-label, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2013; 381:1107-1115 [EC,I] 23415013

Mackenbach JP, Karanikolos M, McKee M. The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. *Lancet.* 2013; 381:1125-1134 [R,I] 23541053

Raising the pressure on hypertension. *Lancet.* 2013; 381:1157 [AO,I] 23561983

Lin OS. Virtual colonoscopy: stamp of approval or word of warning? *Lancet.* 2013; 381:1161-1163 [AO,I] 23414649

Atkin W, Dadswell E, Wooldrage K, Kralj-Hans I, von Wagner C, Edwards R, et al; SIGGAR investigators. Computed tomographic colonography versus colonoscopy for investigation of patients with symptoms suggestive of colorectal cancer (SIGGAR): a multicentre randomised trial. *Lancet.* 2013; 381:1194-1202 [EC,II] 23414650

Wolfe I, Thompson M, Gill P, Tamburlini G, Blair M, van den Bruel A, et al. Health services for children in western Europe. *Lancet.* 2013; 381:1224-1234 [R,II] 23541056

Rechel B, Grundy E, Robine JM, Cylus J, Mackenbach JP, Knai C, et al. Ageing in the European Union. *Lancet.* 2013; 381:1312-1322 [R,I] 23541057

Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet.* 2013; 381:1323-1331 [R,II] 23541059

Child and adolescent wellbeing in the UK. *Lancet.* 2013; 381:1334 [AO,I] 23601934

Algra AM. Towards a global brief on aspirin. *Lancet.* 2013; 381:1344-1345 [AO,I] 23601936

Nair H, Simões EA, Rudan I, Gessner BD, Azziz-Baumgartner E, Zhang JS, et al; Severe Acute Lower Respiratory Infections Working Group. Global and regional burden of hospital admissions for severe acute lower respiratory infections in young children in 2010: a systematic analysis. *Lancet.* 2013; 381:1380-1390 [M,II] 23369797

Walker CL, Rudan I, Liu L, Nair H, Theodoratou E, Bhutta ZA, et al. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. *Lancet.* 2013; 381:1405-1416 [R,I] 23582727

The ongoing problem of tuberculosis in the UK. *Lancet.* 2013; 381:1431 [AO,I] 23622269

The doctor-patient relationship: capturing the ideal. *Lancet.* 2013; 381:1432 [AO,I] 23622270

Elliman D, Bedford H. Should the UK introduce compulsory vaccination? *Lancet.* 2013; 381:1434-1436 [AO,I] 23623214

Poland GA, Poland CM, Howe CL. Influenza vaccine and Guillain-Barré syndrome: making informed decisions. *Lancet.* 2013; 381:1437-1439 [AO,I] 23622271

Tobacco control--political will needed. *Lancet.* 2013; 381:1511 [AO,I] 23642683

HIV: population-based approaches to a pandemic. *Lancet.* 2013; 381:1512 [AO,I] 23642684

Cohen JE. Saving lives with the US Tobacco Control Act. *Lancet.* 2013; 381:1513-1514 [AO,I] 23642686

Husten CG, Deyton LR. Understanding the Tobacco Control Act: efforts by the US Food and Drug Administration to make tobacco-related morbidity and mortality part of the USA's past, not its future. *Lancet.* 2013; 381:1570-1580 [R,I] 23642698

Britton J, Bogdanovica I. Tobacco control efforts in Europe. *Lancet.* 2013; 381:1588-1595 [R,I] 23642700

**THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE**

Southworth MR, Reichman ME, Unger EF. Dabigatran and postmarketing reports of bleeding. *N Engl J Med.* 2013; 368:1272-1274 [AO,I] 23484796

- Tracy SW. Something new under the sun? The Mediterranean diet and cardiovascular health. *N Engl J Med.* 2013; 368:1274-1276 [AO,I]  
23550666
- Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med.* 2013; 368:1279-1290 [EC,I]  
23432189
- Hussain M, Tangen CM, Berry DL, Higano CS, Crawford ED, Liu G, et al. Intermittent versus continuous androgen deprivation in prostate cancer. *N Engl J Med.* 2013; 368:1314-1325 [EC,I]  
23550669
- Hurd MD, Martorell P, Delavande A, Mullen KJ, Langa KM. Monetary costs of dementia in the United States. *N Engl J Med.* 2013; 368:1326-1334 [CE,II]  
23550670
- Appel LJ, Van Horn L. Did the PREDIMED trial test a Mediterranean diet? *N Engl J Med.* 2013; 368:1353-1354 [AO,I]  
23550674
- Schmidt H, Voigt K, Emanuel EJ. The ethics of not hiring smokers. *N Engl J Med.* 2013; 368:1369-1371 [AO,I]  
23534544
- Asch DA, Muller RW, Volpp KG. Conflicts and compromises in not hiring smokers. *N Engl J Med.* 2013; 368:1371-1373 [AO,I]  
23534547
- Armstrong PW, Gershlick AH, Goldstein P, Wilcox R, Danays T, Lambert Y, et al; STREAM Investigative Team. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2013; 368:1379-1387 [EC,II]  
23473396
- Auerbach DI, Staiger DO, Muench U, Buerhaus PI. The nursing workforce in an era of health care reform. *N Engl J Med.* 2013; 368:1470-1472 [AO,I]  
23594001
- Ali MK, Bullard KM, Saaddine JB, Cowie CC, Imperatore G, Gregg EW. Achievement of goals in U.S. diabetes care, 1999-2010. *N Engl J Med.* 2013; 368:1613-1624 [S,II]  
23614587
- Mosholder AD, Mathew J, Alexander JJ, Smith H, Nambiar S. Cardiovascular risks with azithromycin and other antibacterial drugs. *N Engl J Med.* 2013; 368:1665-1668 [AO,I]  
23635046
- Lynch HF. Discrimination at the doctor's office. *N Engl J Med.* 2013; 368:1668-1670 [AO,I]  
23635047
- Katz JN, Brophy RH, Chaisson CE, de Chaves L, Cole BJ, Dahm DL, et al. Surgery versus physical therapy for a meniscal tear and osteoarthritis. *N Engl J Med.* 2013; 368:1675-1684 [EC,I]  
23506518
- Thomas KS, Crook AM, Nunn AJ, Foster KA, Mason JM, Chalmers JR, et al; U.K. Dermatology Clinical Trials Network's PATCH I Trial Team. Penicillin to prevent recurrent leg cellulitis. *N Engl J Med.* 2013; 368:1695-1703 [EC,II]  
23635049
- Svanström H, Pasternak B, Hviid A. Use of azithromycin and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med.* 2013; 368:1704-1712 [S,II]  
23635050
- Buchbinder R. Meniscectomy in patients with knee osteoarthritis and a meniscal tear? *N Engl J Med.* 2013; 368:1740-1741 [AO,I]  
23506467
- THORAX**
- Gibson PG. Macrolides for yet another chronic airway disease: severe asthma? *Thorax.* 2013; 68:313-314 [AO,I]  
23349219
- Brusselle GG, Vanderstichele C, Jordens P, Deman R, Slabbynck H, Ringoet V, et al. Azithromycin for prevention of exacerbations in severe asthma (AZISAST): a multicentre randomised double-blind placebo-controlled trial. *Thorax.* 2013; 68:322-329 [EC,I]  
23291349
- Ellwood P, Asher MI, García-Marcos L, Williams H, Keil U, Robertson C, et al; ISAAC Phase III Study Group. Do fast foods cause asthma, rhinoconjunctivitis and eczema? Global findings from the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three. *Thorax.* 2013; 68:351-360 [T,II]  
23319429
- Saad N, Camus P, Suissa S, Ernst P. Statins and the risk of interstitial lung disease: a cohort study. *Thorax.* 2013; 68:361-364 [S,I]  
23299962
- Krauss-Etschmann S, Bush A, Bellusci S, Brusselle GG, Dahlén SE, Dehmel S, et al. Of flies, mice and men: a systematic approach to understanding the early life origins of chronic lung disease. *Thorax.* 2013; 68:380-384 [R,I]  
22781122
- Brown JS, Hill AT. Macrolides and pneumonia. *Thorax.* 2013; 68:404-405 [AO,I]  
23462154

@pontealdiaAP

## Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP



Grupo de Trabajo Nuevas tecnologías de SAMFyC (*eSAMFyC*)

---

@pontealdiaAP consiste básicamente en ofrecer una actualización online permanente, rápida y eficaz en relación con la medicina de familia, en forma de mensaje corto, concreto.

Para ello, miembros de eSAMFyC revisamos diariamente lo que publican en twitter 47 organizaciones, grupos de trabajo y profesionales relevantes, consensuados periódicamente, en nuestro ámbito de conocimiento. A continuación se selecciona y concreta la información e incluye el vínculo para acceder de forma directa a la publicación completa. A destacar el código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) A Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2).

Si quieres recibir esta información puedes elegir alguno de los siguientes canales:

- 1.\*Twitter (instantáneo): Seguir a @pontealdiaAP
2. Facebook (instantáneo): Seguir a <http://www.facebook.com/pages/Esamfyc/122003924600352> [1]
3. Correo (diario): pulsando RSS de la página @pontealdiaAP de nuestro blog: <http://esamfyc.wordpress.com/> [2]
4. Blog (semanal) <http://esamfyc.wordpress.com/> [2]
5. Second life (en los paneles informativos) <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35> [3]
6. Web (mensual) [www.samfyc.es](http://www.samfyc.es) [4]
7. Revista SAMFyC [www.samfyc.es/Revista/portada.html](http://www.samfyc.es/Revista/portada.html)

Toda la información sobre el proyecto, las fuentes que revisamos, con qué criterios son seleccionadas y más, se encuentra en <https://docs.google.com/document/d/12U6tN6sf43PzDyyfLxAjOO0LBeah5uo6njrdwZ3mrd0/> [5]

Puedes ayudarnos a mejorar con tus sugerencias a través de [esamfyc@gmail.com](mailto:esamfyc@gmail.com).

### Links:

- [1] <http://www.facebook.com/pages/Esamfyc/122003924600352>  
[2] <http://esamfyc.wordpress.com/>  
[3] <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35>  
[4] <http://Www.samfyc.es>  
[5] <https://docs.google.com/document/d/12U6tN6sf43PzDyyfLxAjOO0LBeah5uo6njrdwZ3mrd0/>

**Tweets @pontealdiaAP desde 17 de febrero a 31 de mayo de 2013**

**Nota eSAMFyC:** La selección de estas píldoras de conocimiento está hecha por los miembros del Grupo eSAMFyC y desde su valoración subjetiva de lo que creemos puede ser más útil para los compañeros que trabajen en Atención Primaria. La SAMFyC no se responsabiliza de los contenidos que en esta sección se publiquen. Rogamos cualquier feedback que pueda ser útil para mejorar este proyecto y hacerlo más útil a [esamfyc@gmail.com](mailto:esamfyc@gmail.com)

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP6 mayTe recordamos el Código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca alta 2) Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2)Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP8hT2E2A2: COMPRESIONES TORACICAS( >5cm, >100veces/m) paso+inmortante #RCP.Via @mipediatra. <http://www.emergencias112.net/nuevas-recomendaciones-de-rcp-2010-vt4957.html> ... [https://twitter.com/salvaunavida\\_/status/319586753600180224](https://twitter.com/salvaunavida_/status/319586753600180224) ... Ver tweet

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP2 junT2E1A2 Diferencias en revascularización precoz #IAM en mujeres. Atentos a los síntomas atípicos. Vía @rcofinof <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/diferencias-genero-tratamiento-revascularizacion-precoz-infarto-agudo-13097992-originales-2007?bd=1> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP1 junT2E1A2 Mayor riesgo de #insuficiencia renal aguda con #estatinas alta potencia. Usar si RCV alto. Vía @sanoyalvoblog <http://www.nps.org.au/publications/health-professional/nps-direct/2013/statins-and-kidney-injury> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP31 mayT1E1A2 El aumento de #peso no atenúa los beneficios cardiovasculares de dejar de #fumar. Vía @rincondesisifo <http://ebm.bmj.com/content/early/2013/05/29/eb-2013-101350.short?rss=1> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP31 mayT1E2A1 Aumento de ritmo cardíaco y presión arterial con tto con estimulantes del SNC en #TDAH adultos Vía @ernestob <http://ow.ly/lykSW> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP30 mayT2E2A2:#naproxeno<riesgo CV que resto de AINES, #diclofenaco #coxibs< efectos gastrointestinales.Via @sanoyalvoblog <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613609009> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP29 mayT1E1A2: Añadir #AAS a ttº anticuagulante en #FA prevención #ictus ninguna evidencia >riesgo sangrado. Vía @txemacoll [http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar\\_pregunta&id=19520&idsec=453](http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=19520&idsec=453) ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP28 mayT1E2A1 Tto #tromboflebitis superficial pierna. Profilaxis fondaparinux 6 sem una opción válida. Vía @ernestob <http://ow.ly/lrcuv> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP27 mayT1E2A2:#estatinas en prevención 1ª #DM reduce aparición de 1ºevento #cardiovascular, #ictus y #IAM. via @ernestob <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23186103?dopt=Abstract> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP27 mayT1E2A2:#ibuprofeno 400mg/ forma SOLUBLE más útil en ttºde #migraña en adultos< efectos adversos. Vía @ernestob <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633348?dopt=Abstract> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP26 mayT1E1A1: #glucocorticoides orales podrían aumentar riesgo #tromboembolismo pulmonar > al principio ttº. Vía @accpchest. <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1486941> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP25 mayT1E1A2:Riesgo de fractura calculado por FRAX® util como cribado para indicación de #densitometría osea.Via @txemacoll.<http://metgedefamilia.blogspot.com.es/2013/05/avaluacio-duna-proposta-de-criteris.html> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP25 mayT1E2A2:#aspirina 1g+#metoclorpramida 10mg en #migraña igual efectivo q #sumatriptan < efectos advers. Vía @ernestob <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633350> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP24** mayT0E1A2: Herramienta para ajuste de dosis entre #benzodicepinas. Via @txemacoll .<http://www.benzodocs.com/converter.php?act=convert> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP24** mayT0E1A2: Recomendamos <http://www.e-lactancia.org/> para DUDAS en #lactancia. Via @rafabravo <http://www.e-lactancia.org/> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP24** mayT1E1A2:#faringoamigdalitis #estreptococica tt°con #penicilina valida como PRIMERA opción. Via @rincondesisifo.<http://rafalafena.wordpress.com/2013/05/24/faringoamigdalitis-estreptococica-aun-usamos-penicilina/> ... Ver resumen

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP24** mayT1E1A1:#sinvastatina #atorvastatina USO podría asociar mayor riesgo de #diabetes de nueva aparición. Via @bmj\_latest <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2610> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP23** mayT1E1A2:#fexofenadina #desloratadina y #levocetirizina #antihistaminicos más seguros para CONDUCIR.Via @sanoysalvoblog [http://www.murciasalud.es/preevvid.php?op=mostrar\\_pregunta&id=19518&idsec=453](http://www.murciasalud.es/preevvid.php?op=mostrar_pregunta&id=19518&idsec=453) ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP22** mayT2E1A1 2 #Anticolinérgicos pueden ser factor de riesgo para deterioro cognitivo (no demencia).Vía @Medscape <http://bit.ly/13LB5T2> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP21** mayT1E1A2 Aumenta riesgo coronario al inicio de tto #broncodilatadores acción prolongada en ancianos Vía @sanoysalvoblog [http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1689974&utm\\_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=ArchivesofInternalMedicine%3AOnlineFirst05%2F20%2F2013](http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1689974&utm_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm_medium=email&utm_campaign=ArchivesofInternalMedicine%3AOnlineFirst05%2F20%2F2013) ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP21** mayT1E1A2 Pautas cortas de #corticoides en #EPOC reagudizado x 5 d igual que 15 d (prednisona 40mg). Vía @rafarotaeche <http://bit.ly/12KeDbT> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP20** mayT1E2A2:#Ciproterona + #etinilestradiol(Diane35)

sólo hirsutism/acné androgénico q NO responda tto.Via @sanoysalvoblog [http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/NI-MUH\\_FV\\_12-2013-ciproterona.htm](http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/NI-MUH_FV_12-2013-ciproterona.htm) ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP19** mayT0E0A2 #AINEs y RCV; mínima dosis, menor tiempo posible, AINE de menor riesgo, ojo #diclofenaco. Vía @sanoysalvoblog <http://w3.icf.uab.es/notibg/index.php/item/1358> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP19** mayT1E1A1 No todos los hombres con lesiones testiculares se benefician de admin de testosterona. Vía @Medscape <http://bit.ly/12hmPOY> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP17** mayT1E1A1 #Opioides para el dolor de espalda se asocian a mayor riesgo de #disfunción eréctil. Vía @bmj\_latest <http://fb.me/1dIZOZN0H> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP17** mayT1E2A1 Tto de DM gestacional disminuye macrosomía, preeclampsia y distocia hombros. Vía @ernestob <http://ow.ly/l6S16> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP16** mayT0E0A1 #Estatinas pueden usarse en IRC estadios 1-4 Vigilar efecto hipolipemiente y efectos adversos Vía @CADI-ME\_EASP <http://bit.ly/10HNO4V> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP16** mayT1E1A1 Uso de #sitagliptina no se asocia a aumento de mortalidad respecto otros antidiabéticos. Vía @rincondesisifo <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2267.pdf%2Bhtml> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP16** mayT1E1A2 Médicos con acceso a pruebas rápidas disminuyen la prescripción antibiótica en resfriado común Vía @ernestob <http://ow.ly/147pg> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP14** mayT1E1A2 El inicio de tto #antihipertensivo puede ser un factor de riesgo de caídas en #ancianos. Vía @ernestob <http://ow.ly/kXM8q> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP14** mayT1E1A2 #Hipnóticos no BZD también se asocian a aumento de riesgo de fracturas en anciano. Vía @rincondesisifo <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1657760> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP13 mayT1E1A2 #AAS no aporta beneficios al DM tipo II sin ECV previa pero aument riesgo efectos adversos Vía @rincondesisifo [http://redgedaps.blogspot.com.es/2013/05/la-aspirina-no-aporta-beneficios-al.html?utm\\_source=feedburner&utm\\_medium=feed&utm\\_campaign=Feed:+Redgedaps+\(RedgedapS ...](http://redgedaps.blogspot.com.es/2013/05/la-aspirina-no-aporta-beneficios-al.html?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed:+Redgedaps+(RedgedapS...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP13 mayT1E2A2 Suplementos de omega 3 no reducen mortalidad ni ingresos de causa cardiovascular. Vía @rincondesisifo [http://w3.icf.uab.es/notibg/index.php/item/1356 ...](http://w3.icf.uab.es/notibg/index.php/item/1356...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP11 mayT1E1A2: #amoniaco en #picaduras #medusas #insectos NO EVIDENCIAS, en alguna especie contraproducente .Vía @txemacoll [http://www.murciasalud.es/previd.php?op=mostrar\\_pregunta&id=19487&idsec=453 ...](http://www.murciasalud.es/previd.php?op=mostrar_pregunta&id=19487&idsec=453...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP10 mayT1E1A1:#EPOC, desconocimiento enfermedad por paciente. Fundamental información e implicación #cuidador. Vía @Epocsite [http://epocsite.net/los-pacientes-con-epoc-no-entienden-la-enfermedad-y-desconocen-su-evolucion.html?utm\\_source=feedburner&utm\\_medium=twitter&utm\\_campaign=Feed%3A+epoc+%28Epocsite.net%29 ...](http://epocsite.net/los-pacientes-con-epoc-no-entienden-la-enfermedad-y-desconocen-su-evolucion.html?utm_source=feedburner&utm_medium=twitter&utm_campaign=Feed%3A+epoc+%28Epocsite.net%29...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP10 mayT1E1A2:#quinolonas:NO dar #taquiarritmias #niños #embarazo...,efc advers #diarrea #tendinitis...,vía @sanoysalvoblog [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/23651367/?i=124&from=drugs ...](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/23651367/?i=124&from=drugs...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP10 mayT0E2A2: Algunos medicamentos q pueden producir #hiperglucemia en población general y con #DM. Vía @CADIME\_EASP [http://www.cadime.es/es/noticia.cfm?iid=hiprglucemias-medicamentos#.UYzyVaJA2So ...](http://www.cadime.es/es/noticia.cfm?iid=hiprglucemias-medicamentos#.UYzyVaJA2So...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP9 mayT1E1A2: Consumo #alcohol en #embarazo, puede dar coeficiente intelectual más bajo en el niño. Vía @HSJD\_FAROS [http://www.faroshsjd.net/item.php?idpare=89&id=2501&lang=1#.UYv0XqJA2So ...](http://www.faroshsjd.net/item.php?idpare=89&id=2501&lang=1#.UYv0XqJA2So...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP9 mayT1E1A1:#indacaterol nuevo #broncodilatador #EPOC

acción rápida, mejora disnea, disminuye tt° rescate via @Epocsite.[http://epocsite.net/epoc-enfatizan-el-uso-personalizado-de-broncodilatadores.html ...](http://epocsite.net/epoc-enfatizan-el-uso-personalizado-de-broncodilatadores.html...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP9 mayT1E1A2:#EPOC #broncodilatadores tt° fundamental e imprescindible para las personas que la padecen. Vía @Epocsite [http://epocsite.net/epoc-enfatizan-el-uso-personalizado-de-broncodilatadores.html ...](http://epocsite.net/epoc-enfatizan-el-uso-personalizado-de-broncodilatadores.html...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP8 mayT1E1A2: #EPOC diagnostico precoz #espirometria en hombres fumadores/ exfumadores>40a. y algún sintoma Vía @Epocsite [http://epocsite.net/los-tratamientos-de-la-epoc-cuestan-al-gobierno-3-000-millones-de-euros-al-ano.html ...](http://epocsite.net/los-tratamientos-de-la-epoc-cuestan-al-gobierno-3-000-millones-de-euros-al-ano.html...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP8 mayT1E1A2: #EPOC 73% NO DIAGNOSTICADA. Diagnostico precoz >supervivencia<coste.#espirometria FUNDAMENTAL. Vía @Epocsite [http://epocsite.net/los-tratamientos-de-la-epoc-cuestan-al-gobierno-3-000-millones-de-euros-al-ano.html ...](http://epocsite.net/los-tratamientos-de-la-epoc-cuestan-al-gobierno-3-000-millones-de-euros-al-ano.html...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP8 mayT0E1A1: Exposiciones #RX comunes en #embarazo NO aumentan riesgo basal q tiene población (un 3% a 6%).Vía @jgdd [http://www.pediatribasadaenpruebas.com/2013/05/propositus-43-exposicion-rayos-x.html?spref=tw ...](http://www.pediatribasadaenpruebas.com/2013/05/propositus-43-exposicion-rayos-x.html?spref=tw...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP7 mayT1E2A2:Perdida #peso 4KG con #dieta reduce #presión arterial sistólica 4,5 y diastólica 3,2 mmHg,Vía @ernestob. [http://www.jfponline.com/pages.asp?id=11336 ...](http://www.jfponline.com/pages.asp?id=11336...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP7 mayT1E1A2:Niños d madres en tt° #valproato en #embarazo pueden tener problemas desarrollo #cognitivo. Vía@FDA\_Drug\_Info [http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm350684.htm ...](http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm350684.htm...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP6 mayT0E1A2: Ingesta #cafeina en #embarazo asociada a menor peso de #bebe al nacer. Vía @HSJD\_FAROS [http://faroshsjd.net/item.php?id=2628&lang=1#.UYf-MImQayc2 ...](http://faroshsjd.net/item.php?id=2628&lang=1#.UYf-MImQayc2...) Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP5 mayT1E1A0 implantes estéticos de mama podrían entorpecer el diagn y pronóst de un ca de mama posterior Vía @bmj\_latest <http://bit.ly/15lBaj6> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP4 mayT1E1A1** Utilizar la PCR (>30) junto a los síntomas y signos clínicos mejora el diagnóstico de neumonía Vía @bmj\_latest <http://bit.ly/13UtO1z> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP3 mayT1E1A0** Anacetrapib aumenta HDL hasta 139%, disminuye LDL hasta 40%. No estudios sobre eventos CV. Vía @rincondesisifo <http://bit.ly/10QE4rJ> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP2 mayT0E2E2** Evidencia B: acupuntura, fisioterapia, aerobio en agua mejoran la lumbalgia en embarazadas Vía @sanoyalvoblog <http://bit.ly/100M3UA> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP2 mayT2E1A1** Guía manejo #cataratas: cirugía según la visión funcional -cuestionario VF-14, no según AV Vía @rincondesisifo <http://bit.ly/11F63ZV> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP1 mayT0E1A1** El uso de #anticonceptivos en mujeres con migraña con aura podría incrementar IAM y TVP. Vía @accpchest <http://bit.ly/10NxSgL> Ver resumen

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP30 abrT2E2A2** #Sulfonilureas a bajas dosis 1,51% la Hb glicosilada, más dosis no consiguen más beneficios. Vía @ernestob <http://ow.ly/kxMdm> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP29 abr@pontealdiaAP.** Lo mejor de la semana <http://wp.me/p2omme-42> vía @wordpressdotcom Ver resumen

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP29 abr** Hemos llegado a 500 seguidores. Muchas gracias por la confianza. Esperamos ser útiles. Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP29 abrT0E1A2** uso concomitante de telmisartan con aliskiren contraindicado si DM o I Renal FG < 60ml/min Vía @rincondesisifo <http://bit.ly/ZL8o8J> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP29 abrT1E2A2** Tto conductual tiene efecto más duradero después de tto agudo de #depresión. Vía @rincondesisifo <http://bmjopen.bmj.com/content/3/4/e002542.short?rss=1> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP27 abrT1E2A2** #AINEs aumentan riesgo de #IAM (excepto naproxeno). Dosis altas o en pacientes cardiopatas. Vía @ernestob <http://ow.ly/ktco4> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP26 abrT1E1A2** Aumento de mortalidad en pacientes de edad avanzada con altas dosis de #IBP. Vía @sanoyalvoblog [http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1657756#UXLumaDL\\_sQ.twitter](http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1657756#UXLumaDL_sQ.twitter) ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP26 abrT1E1A2** #Digoxina no aumenta mortalidad u hospitalizaciones en pacientes con #FA. Vía @rincondesisifo <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2013/04/10/eurheartj.eht120.abstract> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP25 abrT1E1A2** #Tabaco favorece infección respiratoria por #S.Pneumoniae (aumenta la adhesión de la bacteria) Vía @Epocsite <http://bit.ly/11SQIsY> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP25 abrT2E0A1** Valorar factores de riesgo para #pancreatitis si tto con #incretinas, pueden relacionarse Vía @rincondesisifo <http://www.nps.org.au/publications/health-professional/nps-direct/2013/incretins-and-pancreatitis> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP23 abrT1E2A-1** Doble antiagregación post-stent durante larga duración no evidencia beneficio pero aumenta riesgo Vía @ernestob <http://ow.ly/kkeSj> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP22 abr@pontealdiaAP** se renueva tras la revisión conjunta del Grupo de trabajo de Nuevas Tecnologías de Samfyc. Gracias a tod@s por vuestro apoyo. Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP22 abrT1E1A2** Se aconseja prudencia en uso de AAS en prevención 1ª con DM. Aumento de efectos adversos. Vía @rincondesisifo <http://bit.ly/ZCOTgR> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP21 abrT2E1A2** Documento de consenso sobre abordaje del tabaquismo en España vía @ernestob <http://ow.ly/ka6BU> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP21 abrT1E1A2** Síntomas de discontinuación con ISRS, benzodiazepinas, betabloqueantes, IBP, anticonceptivos... Vía @RxISK <http://wp.rxisk.org/rxisks-sos-zone-symptoms-on-stopping/> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP20 abrT1E2A2** metaanálisis: Índice brazo tobillo < 0.9 útil para identificar enferm. arterial periférica. Vía @ernestob <http://ow.ly/ka4B5> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP20 abrT1E1A2 Andar deprisa mejor que correr para reducir la incidencia de HTA, colesterol alto, DM y ECV. Vía @doctorcasado <http://bit.ly/Zb8TCV> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP19 abrT0E1A2 pacientes tratados con corticoides hasta 3 semanas son de bajo riesgo para su supresión brusca Vía @rafabravo <http://bit.ly/ZDTds4> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP19 abrT1E1A1 Australia Descenso incidencia de condilomas tras la implantación programa vacunación del VPH Vía @bmj\_la-test <http://bmj.com/content/346/bmj.f2032> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP18 abrT1E2A2 tamoxifeno y raloxifeno indicados en prev primaria en mujeres con riesgo alto de cáncer de mama vía @rcofinof <http://uspreventiveservicestaskforce.org/draftrec4.htm> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP18 abrT1E1A1 glicopirronio alternativa a tiotropio si intolerancia, contraindicación o fracaso terapéut Vía @rincondesisifo <http://wp.me/pBO2G-1xW> Ver foto

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP17 abrT2E2A2 Nuevos anticoagulantes orales: FA no valvular CHADS2 1 ó más, de difícil control con warfarina Vía @rafarotaech <http://bit.ly/15ezsz4> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP17 abrT1E2A2 metaanálisis: uso de estabilizadores del humor en E Alzheimer, no efectivos, a veces dañinos. Vía @ernestob <http://ow.ly/k27kt> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP16 abrT1E2A2 Ivabridina en Insuf Cardíaca II-IV con disr sistólica, antes mejor optimizar betabloqueante Vía @CADIME\_EASP <http://bit.ly/ZXx1t1> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP15 abrT0E1A2 Ranelato estroncio solo si osteoporosis grave. No si ECV o HTA mal controlada. Vía @hemosleido <http://goo.gl/fb/wmgJ2> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP15 abrT1E1A2 cólico renoureteral distal: alfa bloqueantes reducen el dolor y tiempo de expulsión litiasis, Vía @rafabravo <http://bit.ly/133QtvG> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP13 abrT1E2A1 #AINes no reducen riesgo de sufrir #melanoma. No se

demuestra quimioprotección Vía @ernestob @rincondesisifo <http://ow.ly/jXPW4> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP11 abrT0E0A1 Oxibutina y tolterodina incontinenc. Parar Tto en 6 meses para ver si remision y eficacia Vía @rincondesisifo [http://www.pjonline.com/news/antimuscarinic\\_prescribing\\_for\\_urinary\\_incontinence\\_in\\_primary\\_care\\_a\\_review](http://www.pjonline.com/news/antimuscarinic_prescribing_for_urinary_incontinence_in_primary_care_a_review) ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP9 abrT2E2A1 gabapentina, pregabalina y agonistas dopamin Tto eficaz en sínd piernas inquietas mod-sev Vía @rincondesisifo <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1657759> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP9 abrT1E1A1 Tto quelante EDTA puede reducir 4% eventos cardiovasculares en pacientes postinfartados Vía @NIHforHealth <http://1.usa.gov/12BGY31> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP8 abrT0E1A2 Tto #reflujo 8 sem con IBP. No diferente eficacia entre ellos Vía @rincondesisifo <http://www.hemosleido.es/2013/04/08/todos-los-ibp-son-iguales-para-el-manejo-de-la-erge/> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP6 abrT1E1A1 No hay aumento de mortalidad con el uso de antipsicóticos en Enf de Alzheimer. Vía @Medscape <http://bit.ly/XXbrd2> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP5 abrT1E1A2 No hay diferencias: clortalidona-hidroclorotiazida pero la primera produce más hipokaliemia. Vía @txemacoll <http://bit.ly/ZQZhhh> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP4 abrT1E1A1 Menos secreción de #melatonina se asocia a más riesgo de desarrollar #diabetes tipo II. Vía @JAMA\_current <http://bit.ly/14LDRJT> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP3 abrT1E1A1 #Montelukast no previene las infecciones respiratorias en niños. Resultado de un estudio. Vía @txemacoll <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=ArticlePage&lang=CAS&id=699> ... ..Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP3 abrT1E1A1 La actividad física mejora la calidad del sueño en la menopausia. Vía @Medscape <http://bit.ly/XMV-SEs> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP2 abrT1E1A2  
Terapia Intensiva con estatinas aumenta el riesgo de Insuficiencia renal. Vía @CADIME\_EASP <http://www.cadime.es/es/noticia.cfm?iid=efectos-adversos-estatinas#UVsctZM0x8E> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP2 abrT1E1A1  
Corticoides se asocian a aumento del riesgo de TEV. Vía @rincondesisifo <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1673744> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP1 abrT1E0A2  
Estrategias de tto de la #depresión, libros de autoayuda, alternativa a tener en cuenta Vía @doctorcasado <http://bit.ly/13L3Vpa> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP1 abrT2E2A3  
Antiagregantes en pacientes con IRC aumenta riesgo de hemorragia mayor, valorar benefic Vía @rincondesisifo <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008834.pub2/abstract> ... ..Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP31 marT1E0A1  
Encuesta: médicos estadounidenses de los trabajadores con mayor desgaste, médicos de familia +. Vía @Medscape [http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2013/public?src=soc\\_tw\\_lifest#2](http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2013/public?src=soc_tw_lifest#2) ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP29 marT1E1A1:#glucocorticoides orales se asocia con mayor riesgo de #pancreatitis aguda. Via @rincondesisifo. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1656538> ... ..Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP28 marT1E2A1:  
FDA aprueba nuevo tratamiento #esclerismúltiple #MS: #Tecfidera. Via @FDA\_Drug\_Info. <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm345528.htm> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP27 marT2E2A1  
Insuficiencia VitD se asocia a mayor riesgo de diabetes gestacional y pre-eclampsia Vía @bmj\_latest <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f1169> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP26 marT1E2A2  
#Sulfonilureas reducen HbA1c pero forzar dosis sirve poco Más eficaces de lo que se creía. Vía @rincondesisifo <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00125-013-2856-6> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP26 marT1E2A2  
Warfarina reduce riesgo de ACV isquémico más que antiagregantes en IC Sistólica en Ritmo Sinusal Vía @ernestob <http://ow.ly/jjIV7> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP25 marT1E2A2#Anemia en pacientes con #SCA aumenta riesgo de mortalidad temprana-tardía de forma independiente Vía @ernestob <http://ow.ly/jjE1Q> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP24 marT1E0A2  
Bajo consumo de tabaco lleva riesgo para salud. Cese total único tto efectivo. Vía @pcamarelles [http://educacionpapps.blogspot.com/2013/03/existe-un-consumo-moderado-de-tabaco\\_24.html?utm\\_source=feedburner&utm\\_medium=twitter&utm\\_campaign=Feed%3A+Educacionpapps+%28educacionpapps%29](http://educacionpapps.blogspot.com/2013/03/existe-un-consumo-moderado-de-tabaco_24.html?utm_source=feedburner&utm_medium=twitter&utm_campaign=Feed%3A+Educacionpapps+%28educacionpapps%29) ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP23 marT0E1A0:  
#rispéridona asociada a casos aislados de #rabiomilosis, OJO!. via @sanoysalvoblog. <http://www.sietes.org/buscar/cita/95026> ... ..Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP23 marT1E2A2:#cilozastol en #claudicacionintermitente escasamete efectivo y muchos efecto adversos, via @sanoysalvoblog. <http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/home.htm> ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP23 marT1E1A1:España supera peligrosamente consumo #sal aconsejado OMS(5gr/d,cucharada sopera) via @txemacoll. [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/22/actualidad/1363974959\\_124733.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/22/actualidad/1363974959_124733.html) ... ..Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP22 marT1E1A2  
Budesoni /formoterol<exacerbaciones q fluticason/salmeterol paciente #EPOC moderada/grave via @SociedadGRAP. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/23495860> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP21 marT2E1A2  
Protocolo dgco y tto actualizado de SEGO de #vulvovaginitis por candida y #vaginosis bacteriana Vía @ernestob <http://ow.ly/jgbov> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP20 marT1E1A2  
#Estatinas mientras mayor potencia, mayor riesgo de #insuficiencia renal aguda Vía @sanoysalvoblog [http://www.bmj.com/content/346/bmj.f880?rss=1&utm\\_](http://www.bmj.com/content/346/bmj.f880?rss=1&utm_)

source=feedburner&utm\_medium=feed&utm\_campaign=Feed%25253A+bmj%25252Frecent+%252528Latest+from+BMJ%252529 ...Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP19 marT2E2A2**  
El efecto antihipertensivo de #estatinas es modesto, y es mayor mientras peor control tenga. Vía @ernestob <http://ow.ly/j2srC> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP19 marT1E1A2**  
Clortalidona asocia mayor incidencia #hipokaliemia en #ancianos que Hidroclorotiazida Vía @rincondesisifo <http://annals.org/article.aspx?articleid=1667266> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP18 marT1E2A1**  
Alcohol 12.5U/sem aumenta riesgo fibrosis/cirrosis hepat 2.5-5 veces asoc a #metotrexato vía @rincondesisifo [http://nelm.nhs.uk/en/Download/?file=MDs-1MDk4MjU7L3VwbG9hZC9kb2N1bWVudHMvRXZpZGVuY2UvTWVkaWNpbmVzIFEgJmFtcDthbXA7IEEvTlclGUUEyNDEuMyBDYW4gcGF0aWVudHMg-ZHJpbmVudG90cmV4YXRILmRvYw\\_.doc](http://nelm.nhs.uk/en/Download/?file=MDs-1MDk4MjU7L3VwbG9hZC9kb2N1bWVudHMvRXZpZGVuY2UvTWVkaWNpbmVzIFEgJmFtcDthbXA7IEEvTlclGUUEyNDEuMyBDYW4gcGF0aWVudHMg-ZHJpbmVudG90cmV4YXRILmRvYw_.doc) ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP18 marT1E1A2**  
Análogos GLP-1 e Inhib DPP-4 para #diabetes podrían asociarse a metaplasia pancreática. Vía @sanoysalvoblog <http://w3.icf.uab.es/notibg/index.php/item/1340> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP16 marT1E2A2:** #nolotil IV, administrar lentamente y bajo vigilancia, riesgo de #hipotension. Vía @vbaosv, <http://vicentebaos.blogspot.com.es/2013/03/un-mensaje-urbi-et-orbe-non.html?pref=tw> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP15 marT1E1A2**Dosis altas #tiroxina >riesgo de #osteoporosis. OJO! postmenopausia, ancianos, polimedicados. vía @sanoysalvoblog [http://www.nps.org.au/publications/health-professional/nps-direct/2013/fractures-thyroxine?utm\\_source=nps-direct&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=issue-5-2013](http://www.nps.org.au/publications/health-professional/nps-direct/2013/fractures-thyroxine?utm_source=nps-direct&utm_medium=email&utm_campaign=issue-5-2013) ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP15 marT0E1A0:** La FDA estudia el riesgo de #pancreatitis y lesiones precancerosas con uso de #incretinas. Vía @rincondesisifo <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm343187.htm> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP14 marT0E2A2,** #formulario notificación #efectos #adversos. Vía @enriquegavilan. <https://www.notificaram.es/> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP14 marT1E2A2** #trimetazidina, retirada indicn profilx angpecho, vértigo, tinnitus, alteracn visión, junio 2012. Vía @rafabravo. <http://bit.ly/WegjcT> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP13 marT1E1A2.** Listado de farmacos con efectos secundario #ginecomastia. Vía @ernestob. <https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/RAM/vol-20/2-Boletin-RAMVol20n1marzo2013-2.pdf> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP12 marT1E2A1 (FDA)** ADVIERTE #azitromicina puede producir riesgo d QTprolongado y torsades de pointes. Vía @Medscape. <http://www.medscape.com/viewarticle/780660> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP11 marT1E2A2:** No utilizar #antibióticos sin indicación, crea #resistenciantimicrobiana. Amenaza mundial! Vía @bmj\_latest <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f1597> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP11 marT1E1A1:** Contraindicado uso #domperidona en IC congestiva, QT-prolongado y alterac electrolíticas. Vía @Medscape <http://www.medscape.com/viewarticle/780493> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP10 marT1E1A2** 4 pilares para #prescripcionsegura: información, decisión compartida, comunicación y revisión vía @CADIME\_EASP <http://bit.ly/Zt28y1> Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP9 marT1E1A1** Aumento del riesgo de #fracturacadera en residentes de hogares de ancianos que usan BZD vía @sanoysalvoblog <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1657760> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP8 marT1E1A1** Sertralina/Mirtazapina no mejora placebo en el tto de la #depression asociada a #demencia vía @rincondesisifo <http://www.hta.ac.uk/minisumm/min1707.shtml> ... Abrir

**@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP7 marT1E1A1** Síndrome #ovariopoliquistico : Si el nombre es confuso

quizás sería mejor cambiarlo. Vía @JAMA\_current <http://bit.ly/ZgNA3m> Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP6 marT1E1A2 Un buen control del insomnio puede prevenir la aparición de #insuficienciacardiaca Vía @escardio <http://bit.ly/Zkh5CF> Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP5 marT1E1A1 Ansiedad postparto más prevalente que depresión, #lactancia ayuda a reducir. Vía @Medscape <http://bit.ly/12rHDYS> Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP4 marT1E2A1 GPC sobre Prevención Primaria y Secundaria del Ictus del SNS incluida en la NHC Vía @GuiaSalud [http://portal.guiasalud.es/web/guest/home?p\\_p\\_id=EXT\\_8\\_INSTANCE\\_yQUF&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-3&p\\_p\\_col\\_pos=3&p\\_p\\_col\\_count=5&\\_EXT\\_8\\_INSTANCE\\_yQUF\\_struts\\_action=%2Fext%2Fpredisenyada%2Fvista\\_Previa&\\_EXT\\_8\\_INSTANCE\\_yQUF\\_contenidoId=108197&\\_EXT\\_8\\_INSTANCE\\_yQUF\\_version=1.0...](http://portal.guiasalud.es/web/guest/home?p_p_id=EXT_8_INSTANCE_yQUF&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-3&p_p_col_pos=3&p_p_col_count=5&_EXT_8_INSTANCE_yQUF_struts_action=%2Fext%2Fpredisenyada%2Fvista_Previa&_EXT_8_INSTANCE_yQUF_contenidoId=108197&_EXT_8_INSTANCE_yQUF_version=1.0...) Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP4 marT1E1A2 tomar antidepresivos asociado a 42% de probabilidad de suspender antidiabeticos. Vía @ernestob <http://ow.ly/iaLMI> Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP3 marNuevas recomendaciones del papps <http://ow.ly/i3gXA> Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP3 marT1E1A2 no fumar, no beber, intervenciones mínimas lo más eficaz. Ejercicio 30 minutos día.No recomendación en dieta <http://ow.ly/i3gXA> Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP2 marT1E1A2: uso continuado d IBP(omeprazol...)se podria asociar a riesgo de fractura osteoporotica Vía @sanoyalvoblog <http://bit.ly/ZHtOQu> " Ver resumen

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP1 marT1E2A1 inh. Fosfodiesterasa 5 útiles y seguros en disf. eréctil, taldenafilo el que más. Vía @rincondesisifo <http://bit.ly/Wvnnxx> Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP28 febT1E0A-2por razones sociales mujeres y hombres sufren diferentes patologías. Vía @rcofinof <http://bit.ly/145VvTR> Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP28 febT0E0A2 las resistencias a antibióticos son un problema mundial aunque va disminuyendo la prescripción. Vía @CDCgov <http://go.usa.gov/8cY> Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP26 febT1E2A2 se recomienda no utilizar #calcio y vitamina d para prevenir fracturas en mujeres sanas. Vía @JAMA\_current <http://annals.org/article.aspx?articleid=1655858...> Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP25 febT1E1A2 el suplemento de la dieta mediterránea con aceite de oliva virgen o nueces reduce la mortalidad cardiovascular <http://bit.ly/XB5xc> Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP22 febT0E1A1. Embarazados tratadas con ISRR presentan mayor riesgo NIÑOS con APGAR bajo. @rincondesisifo. <http://bjp.rcpsych.org/content/early/2013/02/11/bjp.bp.112.115931.abstract...> Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP22 febT0E1A1. Denosumab en osteoporosis se asocio a fracturas atípicas de femur. via @rincondesisifo [http://www.semfy.com/pfw\\_files/cma/Informacion/modulo/documentos/SeguridadMedicamentos\\_Prolia\\_Amgen.pdf...](http://www.semfy.com/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/SeguridadMedicamentos_Prolia_Amgen.pdf...) Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP21 febT0E1A2. Progesterona+benzodiazepinas aumenta efectos adversos (sedación, amnesia, ataxia, somnolencia) Vía @txemacoll [http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar\\_pregunta&id=19357&idsec=453...](http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=19357&idsec=453...) Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP20 febT1E1A2. Limitar uso de DICLOFENACO por su alta cardiotoxicidad(naproxeno, ibuprofeno<cardtoxic). Vía @sanoyalvoblog <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f1053...> Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP19 febT0E1A2. (FDA)Reducir 1/2 dosis noche ZOLPIDEM mujeres, ancianos e insufic hepat para no<alerta diurna. Vía @CADIME\_EASP [http://www.cadime.es/es/noticia.cfm?iid=zolpidem-dosis-alerta#.USPB\\_x1WySo...](http://www.cadime.es/es/noticia.cfm?iid=zolpidem-dosis-alerta#.USPB_x1WySo...) Abrir

@**pontealdiaAP SAMFyC** @pontealdiaAP18 febT0E1A2, SySADOA(ac.hialur,condrotin,sulf glucosamina y diace-reina) no utilidad en artosis. Vía @rcofinof [http://joven.amf-semfy.com/web/article\\_ver.php?id=219...](http://joven.amf-semfy.com/web/article_ver.php?id=219...) Abrir

# 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 cuarenta 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](mailto:revista@samfyc.es)

SOCIO, TE ROGAMOS COMUNIQUES CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO U OTROS DATOS A LA MAYOR BREVEDAD.

La publicación se adhiere a las resoluciones del *Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas* en su quinto informe de 1997 *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas*. (Las llamadas *Normas de Vancouver*). Dichas normas de publicación aparecen en: *Ann Intern Med* 1997; 126: 36-47 y en <http://www.acponline.org> (en inglés) (se adjunta con el número 0 de la revista). Dichas normas deberán ser consultadas por todos los autores que deseen ver publicados sus originales en nuestra revista.

**TODOS LOS TRABAJOS** ([www.samfyc.es](http://www.samfyc.es) e ir a Publicaciones SAMFyC, Revista, normas).

Deben ir *acompañados de los datos particulares del primer autor* (nombre y apellidos, dirección postal, código postal, población y provincia), así como de número de teléfono y dirección electrónica.

Los artículos originales tienen requisitos especiales, se recomienda ver "normas para los originales"

Deben someterse sus referencias bibliográficas a las "Normas de Vancouver"

Y, las abreviaturas utilizadas, deben estar expresamente clarificadas.

#### **Requisitos técnicos:**

Se usará siempre papel tamaño DIN A4 escrito por una sola cara a dos espacios.

Utilizar letra tamaño 12.

Si se utilizan notas, se recogerán al final del texto (**no** a pie de página).

No usar texto subrayado. Sí puede usarse la negrita y cursiva.

No usar tabuladores ni espacios en blanco al inicio de cada párrafo.

No dejar espacios de separación entre párrafos mayores de un *ENTER*.

Empezar cada sección en una página nueva con la siguiente secuencia: Página de título, resumen

y palabras clave, texto más agradecimientos (si procede), bibliografía, tablas y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), figuras y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), anexos.

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

Se remitirá el trabajo acompañado de carta de presentación, datos de los autores –con profesión y centro de trabajo- y dirección de correspondencia al correo-e: [revista@samfyc.es](mailto:revista@samfyc.es)

De acuerdo con el ámbito al que va dirigido, los profesionales que desempeñan su ejercicio profesional en el campo de la Atención Primaria de Salud, la revista da la bienvenida a todos los trabajos de calidad que, usando una metodología adecuada, pretendan dar respuesta a una pregunta científica pertinente. Asimismo serán considerados todos aquellos trabajos que tengan como objetivo el mantener y fomentar la competencia profesional de dichos profesionales.

La revista tendrá una expresión en papel y otra *on line*.

Contará con secciones fijas (aparecerán en todos los números) y secciones ocasionales, en relación con las áreas de interés de la revista, y que aparecerán en función de la oportunidad de su publicación.

Secciones de la publicación:

Editorial  
Originales  
Cartas al director  
¿Cuál es su diagnóstico?  
Publicaciones de interés  
Actividades científicas  
Artículos de revisión  
A debate  
Área Docente  
El espacio del usuario.  
Sin bibliografía

Serán bienvenidos trabajos de investigación que usen indistintamente metodología cualitativa o cuantitativa. Los trabajos originales se some-

terán al siguiente orden: *Resumen, Introducción, Sujetos y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones*. En cualquier caso el equipo editorial acepta gustoso el poder trabajar con los autores un ordenamiento diferente de la exposición en función de los objetivos y metodología empleada.

## SECCIONES:

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

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

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

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

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

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

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

**Artículos de revisión:** Este tipo de artículos serán bienvenidos. Su extensión no será superior a las 5.000 palabras y el número de referencias bibliográficas queda a juicio del autor(es). Se recomienda a los autores contactar con el consejo editorial en cualquier momento del desarrollo del trabajo con el fin de plantearse el su enfoque y estructura. Los autores harán mención a los criterios de inclusión y exclusión de los artículos manejados en la preparación del manuscrito. Los autores quedan obligados a remitir 5 preguntas tipo test de respuestas múltiples con sólo una respuesta válida sobre los aspectos más importantes abordados en la revisión.

**A debate:** En esta sección, los autores expresarán su razonado punto de vista sobre algún tema de actualidad.

**Área Docente:** Esta sección abordará temas relacionados con la metodología docente aplicable en el ámbito de la APS tanto en la formación de pregrado, postgrado y formación continuada. Extensión máxima de 5.000 palabras.

**El espacio del usuario.** La revista reservará un espacio en cada número para que aquellos usuarios de los servicios de salud, que a título individual, o como miembros de un colectivo deseen exponer su punto de vista sobre cualquier aspecto relacionado con la atención que reciben. Ello como expresión de la firme voluntad de los editores de dar respuesta al reto que supone el hacer nuestro ejercicio profesional más adecuado a las necesidades de salud de la población. Ello en la línea marcada en la Conferencia conjunta OMS/WONCA celebrada en Ontario, Canadá del 6 al 8 de Noviembre de 1994 (*OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996*).

La extensión máxima será de 3.000 palabras, pudiendo acompañarse hasta un máximo de 3 tablas y/o figuras.

**Sin bibliografía:** Lugar en donde publicar experiencias novedosas con una estructura de relato a decidir por el autor (es). Extensión máxima en torno a las 2.000 palabras.



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

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

**APELLIDOS:** .....

**NOMBRE:** ..... **DNI:** ..... - LETRA

**DOMICILIO:** .....

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

**TELEFONOS:** ..... **e-mail:** .....

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

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

**DOCTORADO:** SI  NO  **TEMA:** .....

**LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:** .....

**PROVINCIA:** .....

**CARGO QUE OCUPA:** .....

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

## ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

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

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

CALLE: ..... COD. POSTAL: .....

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

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

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

Entidad

Oficina

D.C.

Nº C/C

**NOMBRE y APELLIDOS:** .....

**Firma:**

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

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

# XXXIV Congreso de la **semFYC**

Gran Canaria  
**Maspalomas**

Centro de Convenciones **ExpoMeloneras**

Del 12 al 14 de junio 2014

Dejando  
huella

  
**semFYC**  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria

  
SOCIEDAD CANARIA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

**RESPIRATORIO**  
**HTA**  
**SALUD MENTAL**  
**ENFERMEDADES INFECCIOSAS**  
**CUIDADOS PALIATIVOS**  
**ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES**  
**ONCOLÓGICA**  
**ABORDAJE AL TABAQUISMO**  
**GdT**  
**BIOÉTICA**  
**ADOLESCENTE**  
**NUTRICIÓN Y PROMOCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO**  
**SALUD REPRODUCTIVA**  
**TECNOLOGÍAS DE LA MUJER**  
**MEDICINA RURAL**  
**URGENCIAS**  
**UROLOGÍA**  
**OSTEOARTICULAR**  
**DIABETES**  
**3er y 4º MUNDO**

