

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 7 Una invitación a realizar la evaluación integral.

El espacio del usuario

- 9 El testamento vital: las garantías de un derecho.

Originales

- 10 Utilización de los servicios programados de enfermería por pacientes inmovilizados de un Centro de Salud.
- 15 Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer.
- 19 Características de pacientes derivados a Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) desde Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) integrado en el recinto hospitalario.
- 25 Prevención desde Atención Primaria de la trombosis venosa profunda.
- 32 Anticoncepción de urgencia: ¿los nuevos médicos de familia nos mostramos dispuestos a utilizar la píldora del día después?

Artículo de revisión

- 39 Ojo rojo. Diagnóstico diferencial desde Atención Primaria.

A debate

- 43 Reflexiones de la Asistencia Sanitaria al inmigrante en una unidad de urgencias.

Artículo especial

- 47 Evolución de la enfermedad tuberculosa en Andalucía.

52 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 63 Varón con lesiones en mucosa bucal.

65 Actividades Científicas



Hubo anuncio



Sumario

Editorial

- 7 Una invitación a realizar la evaluación integral.

El espacio del usuario

- 9 El testamento vital: las garantías de un derecho

Originales

- 10 Utilización de los servicios programados de enfermería por pacientes inmovilizados de un Centro de Salud
- 15 Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer.
- 19 Características de pacientes derivados a Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) desde Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) integrado en el recinto hospitalario.
- 25 Prevención desde Atención Primaria de la trombosis venosa profunda.
- 32 Anticoncepción de urgencia: ¿los nuevos médicos de familia nos mostramos dispuestos a utilizar la píldora del día después?

Artículo de revisión

- 39 Ojo rojo. Diagnóstico diferencial desde Atención Primaria.

A debate

- 43 Reflexiones de la Asistencia Sanitaria al inmigrante en una unidad de urgencias.

Artículo especial

- 47 Evolución de la enfermedad tuberculosa en Andalucía.

52 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 63 Varón con lesiones en mucosa bucal.

65 Actividades Científicas



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 4, N.º 3, november 2003

Contents

Editorial

- 7 Invitation to undertake an integrated evaluation.

The Consumer's Corner

- 9 Guaranteeing rights for a living will.

Original Articles

- 10 Use of Regularly Scheduled Nursing Services by Immobilized Patients in a Health Center.
15 Risk Factors Associated with Low Birth Rate.
19 Characteristics of Patients Referred to Critical and Emergency Care Services (SCCU) from a Hospital Emergency Care Unit (DCCU).
25 Preventing Deep Venous Thrombosis at the Primary Care Level.
32 Emergency Contraception: How Willing are New General Practitioners to Use the "Day After Pill"?

Review Article

- 39 Red Eye. Differential Diagnosis at the Primary Care Level.

Under debate

- 43 Reflections on Providing Health Care to Immigrants in Emergency Care Units.

Special article

- 47 The evolution of tuberculosis in Andalusia.

52 Publications of Interest

Which is Your Diagnosis?

- 63 Male with lesions on mucous oral tissue.

65 Scientific Activities

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Juan Manuel Espinosa Almendro

Secretaria

Amparo Ortega del Moral

Vicepresidente Económico

Pablo García López

Vicepresidente Primero

Reyes Sanz Amores

Vicepresidente Segundo

Antonio Javier Zarallo Pérez

Vicepresidente Tercero

Santiago Gascón Veguin

Vocal Investigación

Francisca Leiva Fernández

Vocal Docencia

Epifanio de Serdio Romero

Vocal de Comunicación

José Manuel Cabrera Rodríguez

Vocal de Formación Continuada

Pablo García López

Vocal de Residentes

Enrique Gavilán Moral

Vocal Provincial Málaga:

José Manuel Navarro

e-mail: navarrojne10@teleline.es

Vocal Provincial Jaén:

Eduardo Sánchez Arenas

e-mail: esanchez13@hotmail.com

Vocal Provincial Almería:

José Galindo Pelayo

e-mail: jpelayo@larural.es

Vocal Provincial Granada:

Romualdo Aybar Zurita

e-mail: aybar@samfyc.es

Vocal Provincial Cádiz:

Manuel Lubián López

e-mail: mlubian@ono.com

Vocal Provincial Córdoba:

José N. García Rodríguez

e-mail: jngarcia@navegalia.com

Vocal Provincial Sevilla:

M^a Angeles Mon Carol

e-mail: angelsmon@hotmail.com

Vocal Provincial Huelva:

Jesús E. Pardo Álvarez

e-mail: jeparedes10@teleline.es

Patronato Fundación

Juan Manuel Espinosa Almendro

Juan Ortiz Espinosa

Pablo García López

Juan de Dios Alcántara Bellón

Manuel Lubián López

Reyes Sanz Amores

Antonio Zarallo Pérez

Amparo Ortega del Moral

Santiago Gascón Veguin

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

c/ Arriola, 4 bajo D - 18001 - Granada (España)

Tfno: 958 804 201 - Fax: 958 804 202

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es/nueva/revista/portada.html>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

Director

Manuel Gálvez Ibáñez

Subdirector

Antonio Manteca González

Consejo de dirección

Director de la revista
Subdirector de la revista
Presidente de la SAMFYC
Luciano Barrios Blasco
Pablo Bonal Pitz
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

Consejo de redacción

Manuel Gálvez Ibáñez
Pablo García López
Francisca Leiva Fernández

Consejo editorial

Cristina Aguado Taberné. *Córdoba.*
Juan de Dios Alcántara. *Sevilla.*
José Manuel Aranda Regúlez. *Málaga.*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada.*
Maribel Ballesta Rodríguez. *Jaén.*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba.*
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla.*
Beatriz Bullón Fernández. *Sevilla.*

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

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

Representantes internacionales

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

Medicina de Familia. Andalucía

Envíos

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

Para Correspondencia

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

Página web: <http://www.samfyc.es/nueva/revista/portada.html>
<http://www.samfyc.es> e ir a «revista»
e-mail: revista@samfyc.es
samfyc@samfyc.es
Webmaster: Carlos Prados Arredondo

Secretaría Comercial

Los contenidos publicitarios de esta revista serán gestionados por: Srta. Encarnación Figueredo, C/ Arriola, 4 Bajo D - 18001 Granada (España). Tfno: 958 804 201/02.

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr. 368/2000

Copyright:
Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.
C.I.F.: G - 18551507

Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

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

Printed in Spain

Edita: Comares, S.L.

Información para suscripciones

Medicina de Familia. Andalucía aparecerá publicada con una periodicidad trimestral. El precio de la suscripción anual para España es de 36 Euros. Ejemplar suelto: 12 Euros. Precio de suscripción anual para la Unión Europea: 40 Euros; resto de países: 50 Euros. Los precios incluyen el IVA, pero no las tasas de correos.

Medicina de Familia. Andalucía se distribuirá exclusivamente a profesionales de la medicina. Los miembros de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria la recibirán de forma gratuita.

Cómo suscribirse a Medicina de Familia. Andalucía

La orden de suscripción deberá ser remitida por correo a: Revista Medicina de Familia. Andalucía. Departamento de suscripciones. C/ Arriola, 4-bajo D, 18001 Granada (España); o bien por fax: +34 958 804 202.

EDITORIAL

Una invitación a realizar la evaluación integral

Espinosa Almendro JM ¹, Sanz Amores R ².

¹ Médico de familia. Presidente de SAMFYC; ² Médico de familia. Vicepresidenta de SAMFYC.

La Evaluación Integral se empieza a asumir paulatinamente como herramienta diagnóstica y terapéutica en Atención Primaria. Creemos que es una buena noticia, ya hace años vio la luz un documento SAMFYC sobre atención a las personas mayores en la que se apostaba claramente por este tipo de evaluaciones. Desde entonces se han ido dando pasos, de manera paulatina, hasta encontrarnos en el momento actual en el que tanto en la Cartera de Servicios del Servicio Andaluz de Salud como en alguno de los Procesos Asistenciales Integrados del Plan de Calidad de la Consejería de Salud, se propone como modelo a integrar en la práctica clínica.

La utilidad de la Evaluación Integral ha sido bien establecida y permite, entre otras ventajas, mejorar la precisión diagnóstica, reducir la mortalidad de los ancianos, mejorar el estado funcional, disminuir el grado de institucionalización, reducir el número de episodios de hospitalización aguda y reducir la polifarmacia. Sin embargo, existe aún escasa formación tanto en el periodo pregrado como durante la formación postgrado, por lo que no todos tenemos la misma percepción ni sabemos realmente la utilidad del modelo, lo que lleva a veces a confundir la evaluación integral con *escalitis*, término que acuñamos para definir el uso indiscriminado de escalas sin un objetivo de evaluación claro y preciso.

La tan traída y llevada *transición demográfica*, o sea, el incremento de la población con mayor edad debido al aumento de la esperanza de vida, y que en nuestra comunidad autónoma se ve acrecentada por el importante descenso de la natalidad y el hecho de erigirnos en *asilo* de Europa, comportan un aumento de personas que habiendo cumplido los 65 años (edad de jubilación en nuestro entorno) están perfectamente capacitados para todo tipo de actividad, de manera paralela, encontramos grupos cada vez más numeroso de personas que viven muchos años, los llamados *viejos muy viejos*, y ello hace que aparezcan patologías crónicas, patologías incapacitantes y deterioros cognitivos en un número de personas cada vez mayor, con abigarramiento de patologías y síntomas, sin definiciones claras de los problemas, con dependencias difíciles de asumir, con soledad y con sentimiento de inutilidad.

La Evaluación Integral surge como respuesta a estos problemas, cabe entenderla como un proceso diagnóstico multidimensional, interdisciplinario, que se estructura para la identificación y cuantificación de problemas médicos, para la evaluación de capacidades funcionales y psicosociales, para

alcanzar un plan de tratamiento y actuaciones globalizadores, tratando de optimizar la utilización de los recursos disponibles y garantizando el seguimiento de cada caso. En Atención Primaria tiene demostrada su utilidad tanto en los pacientes geriátricos como en los *pacientes de riesgo*, y aporta, además, el hecho de que nos puede ayudar como herramienta de equidad. Todos somos conscientes de la limitación del tiempo, por lo que ¿cuando y a quién aplicarla? En principio, podríamos decir que los más necesitados son los pacientes que están más deteriorados, pero aunque esto sea cierto, hay un grupo importantísimo susceptible de beneficiarse que es el denominado *anciano frágil o de riesgo*, que es aquel que por problemas médicos, sociales o asistenciales puede verse limitado en un breve periodo de tiempo de la autonomía que actualmente tiene. En estos grupos de población debemos realizar un esfuerzo y dar el salto cualitativo planteando la autonomía o independencia de la persona por delante de las propias patologías, éstas afectarán en mayor o menor medida en función de las limitaciones que puedan ocasionar.

La Evaluación Integral comporta cuatro áreas y si una de ellas no se realiza, la valoración nunca será correcta, es una evaluación que tiene en cuenta lo *bio-psico-social*.

Las áreas básicas son:

- Valoración biomédica: en ella se tiene en cuenta la anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, diagnósticos y tratamientos, teniendo en cuenta las características propias de la ancianidad como la presentación atípica de enfermedades, la aparición de signos y síntomas que no son patológico, la exteriorización de la patología por afectación del órgano más débil y no del dañado, amen de la comunicación como alta tecnología de nuestra especialidad. Uno de los errores que con más frecuencia se comete es obviar esta área, pasamos directamente a plantear cuestionarios y escalas sin tener en cuenta que esta valoración es básica, fundamental y la primera de todas, ya que nos va a dar la información de la situación de salud de nuestro paciente.
- Valoración funcional: pretende caracterizar a los pacientes según el grado de autonomía o dependencia desde el aspecto de la funcionalidad, se tiene en cuenta áreas como el comer o el vestirse, el aseo y las transferencias, de manera que se puede valorar y prever la situación sociosanitaria que puede tenerle sujeto. Existen nume-

rosos índices y escalas para este tipo de valoraciones, clásicamente se separa las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), de las actividades instrumentales (AIVD), de entre todos los que existen en la bibliografía posiblemente el índice de Barthel para ABVD y el índice de Lawton y Brody para AIVD sean los más aceptados, el índice de Katz (ABVD) ha estado ampliamente difundido en Atención Primaria pero últimamente se emplea menos por dar una caracterización en letras mientras que el índice de Barthel propone una cifra numérica que objetiva más claramente la evolución en el tiempo.

- Valoración mental: la alta prevalencia, la gran infrarreferencia y las posibilidades de actuación en estadios precoces, hace que sea necesario explorar esta área en todos los pacientes. La esfera mental la separamos en dos grandes campos:
- Valoración cognitiva: intenta detectar precozmente y observar la evolución de los deterioros cognitivos. Previo a repasar las escalas es absolutamente necesario exponer que las más importantes enfermedades que cursan con deterioro cognitivo tienen unos criterios diagnósticos específicos, así si en nuestra valoración biomédica observamos que nuestro paciente tiene clínica de demencia tipo Alzheimer, no se hace necesario el uso de escalas, éstas las empleamos fundamentalmente para detectar problemas ocultos o para estudiar la evolución. Hablamos de evaluación cognitiva y no de demencia porque podemos encontrar situaciones en las que existiendo deterioro cognitivo, no exista demencia. Existen numerosos índices y cuestionarios, tendremos que saber elegir en función de las necesidades y el contexto, como cuestionario de valoración apostamos por el cuestionario de Pfeiffer por tener una alta sensibilidad y especificidad unido a la sencillez de su formulación y la rapidez de su realización (3 minutos aprox.), otro cuestionario muy importante es el que la adaptación que hizo Lobo del cuestionario de Folstein (Miniexamen cognoscitivo o *minimental*), donde se puede determinar cual es el área mental que se afecta, requiere un mayor tiempo para su realización (10-14 minutos aprox.) y presenta dificultades para realizarlo en analfabetos, en éstos podría estar indicado emplear el test del reloj o el test de Isaac (set-test) que están diseñados específicamente para esta situación cultural. El test del informador (TIN) suele ser de mucha ayuda, preconizamos la versión breve por su rapidez, aunque este test puede ser autocumplimentado, sitúa al familiar como espectador de la evolución que ha tenido el paciente en los últimos 5 o 10 años con respecto al área cognitiva.

- Valoración afectiva: la depresión es uno de los grandes ocultos en este grupo de población, los pacientes no la declaran, los familiares lo consideran normal y los profesionales de la salud no lo investigamos, sabemos que es una patología muy frecuente, previsible y curable, y que tiene un alto índice de suicidios, por todo ello se hace necesario su investigación. Para la detección podemos emplear el cuestionario de Yesavage (Geriatric depression scale: GDS), recientemente adaptado a nuestro medio por nuestro compañeros de Córdoba (Espejo et al.), este cuestionario es altamente sensible pudiendo llegar a ser diagnóstico por encima de determinada puntuación (9 o más), con complicación podemos señalar que solo es útil en personas mayores de 65 años y sobre todo hemos de saber que es el más complicado de pasar, no es un cuestionario sencillo como pudieran ser los índices funcionales, el GDS realiza preguntas muy personales que pueden despertar y generar descargas emotivas, no podemos prejuzgar, las preguntas deben ser respondidas siempre con un sí o un no, no se admiten intermedios, por ello hemos de explicar correctamente lo que vamos a realizar al paciente antes de comenzar. Los profesionales hemos de adiestrarnos y familiarizarnos con este cuestionario antes de realizarlo, hemos de tener conocimientos precisos sobre el control de emociones y la valoración de la depresión, incluso si el cuestionario sale con un valor elevado, hemos de terminar nuestra investigación interrogando la ideación autolítica.

Por último, uno de los problemas que se suelen plantear al inicio de la aplicación de la Evaluación Integral es el tiempo necesario para realizarla. La escasez de tiempo es una característica inherente al trabajo diario del médico de familia. Tenemos poco tiempo para cada paciente, a esto se suma que suelen ser pacientes más complicados, más lentos y a veces hasta nos ponen nerviosos porque son los que más vienen a la consulta, por ello tenemos que poner un mayor empeño, puede que sean los más necesitados y además también puede que sean los que reciben una atención menos rigurosa por nuestros propios déficits. Pero ¿cuántas veces podemos ver en un año a estos pacientes por diferentes motivos? Cuando observamos los motivos de consulta vemos como se repiten en innumerables visitas las mismas actuaciones... Además, hay que recordar que la Evaluación Integral es interdisciplinar, puede ser realizada por los diferentes profesionales del EBAP, esto facilita su realización pero obliga al conocimiento exhaustivo de la evaluación para que todos unifiquemos el lenguaje, conozcamos los instrumentos, sepamos dar respuesta a los resultados y no dupliquemos actuaciones.

Fe de erratas:

En la sección **El espacio del usuario**, del volumen 4, número 2 no figura correctamente el título del mismo: **¿Responderá el nuevo sistema asistencial por procesos a las expectativas del usuario de la sanidad?**

EL ESPACIO DEL USUARIO

El testamento vital: las garantías de un derecho

Cutiño Riaño JC ¹.

¹ Responsable de Relaciones con Sectores Empresariales de la Federación de Asociaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía (FACUA).

La tramitación legislativa del texto que va a venir a regular la figura de la Declaración de Voluntad Vital Anticipada ha servido para poner sobre la mesa y someter a estudio y discusión los múltiples flecos y consideraciones éticas, filosóficas, religiosas y, por supuesto, legales, que envuelven una cuestión históricamente controvertida y polémica y que trasciende del mero debate jurídico para ahondar en cuestiones más profundas, cuestiones que afectan al propio derecho natural del ser humano a disponer sobre su propia existencia y las condiciones en que debe desarrollarse o sustentarse la misma.

Vaya por delante que, tanto FACUA como el que suscribe particularmente, apostamos por articular un mecanismo procedimental que, ante todo y por encima de todo, preserve la libertad del sujeto para decidir anticipadamente y con plena consciencia sobre si se le debe aplicar o no un determinado tratamiento o efectuar una determinada intervención, en aquellos supuestos en que se vea privado de la capacidad de manifestar su voluntad libre y conscientemente, llegado el caso dramático de dicha imposibilidad.

La propia enunciación de este principio supone la superación del legislador sobre cualquier rechazo a la legitimidad y valor moral de esta aspiración del ciudadano en la medida en que lo asume como un derecho susceptible de canalizar y regular para garantizar la salvaguarda de la voluntad libre del individuo. Por lo tanto, el debate se traslada, no a la consideración sobre la oportunidad o no de establecer un procedimiento de este tipo, consideración que ya ha sido valorada y asumida por el legislador, sino a la formulación del cauce más adecuado para ejercer este Derecho de forma que se preserve, en todo caso, esa legítima y libre voluntad del individuo, por encima de presiones, intereses o valoraciones de terceros. Se trata de diseñar el instrumento que permita hacer efectivo el derecho a vivir o a morir dignamente, dentro de un marco que, a día de hoy, no admite la eutanasia activa pero que sí asume el derecho del paciente a rechazar determinados tratamientos, intervenciones o prácticas que prolonguen su vida en unas condiciones en las que el propio individuo, bajo su particular criterio y al amparo de sus convicciones, considera que no merece la pena vivir.

No hay que menospreciar la enorme dificultad de establecer, bajo los fríos parámetros y criterios del procedimiento administrativo, el cauce en el que tenga cabida lo ético, lo personal, lo familiar,

lo legal, ..., para desembocar en el respeto a una decisión vital del ciudadano de semejante trascendencia.

Hay que recordar en tal sentido el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, en vigor en España desde el 1 de enero de 2000 que contempla de forma expresa la posibilidad de que cualquier persona exprese su deseo en relación a una posible intervención médica sobre la misma cuando, llegado el momento no se encuentre en disposición de expresar su voluntad.

Partiendo de tales medidas, el proyecto de Ley de la Junta de Andalucía trata de regular un procedimiento cuyo espíritu es el de la prioridad de la última manifestación consciente y libre de la voluntad del individuo en relación a cualquier tratamiento, sea a través del denominado «Testamento Vital» registrado ante el órgano competente de la Administración, sea a través del consentimiento informado previo a cualquier intervención o tratamiento médico, estableciendo para ello los elementos de salvaguarda del sistema que garanticen la veracidad de tal manifestación de voluntad y la capacidad del individuo para emitirla en la forma libre y consciente a la que reiteradamente aludimos.

A pesar de ello, quedan dudas que la propia norma o el desarrollo práctico de la misma deberán resolver. Por ejemplo, ¿puede otorgarse igual valor al consentimiento informado, tantas veces firmado casi sin leer, en situaciones de angustia, estrés, dolor, etc., tan ambiguamente y genéricamente como suele ser redactado y considerado más como una salvaguarda de responsabilidad que como una auténtica declaración de voluntad, equipararse a la declaración sosegada, reflexiva y plenamente consciente plasmada registralmente en el documento de voluntad vital anticipada?, ¿pueden definirse de manera precisa en qué casos el sujeto no está en condiciones de manifestar su decisión última más allá del hecho objetivo de la capacidad para comunicarse?, ¿son la enajenación por el miedo, el dolor, el estrés, las presiones familiares, etc. elementos que puedan invalidar una decisión última que altere el testamento vital?

Son, evidentemente, cuestiones apasionantes dignas de una profunda reflexión difícil de realizar en una esfera exclusivamente política, y que hacen necesario el diálogo y el consenso entre todos los estamentos en el proceso de desarrollo de un texto que es algo más que una mera Ley para ser un instrumento de liberación.

ORIGINAL

Utilización de los servicios programados de enfermería por pacientes inmovilizados de un Centro de Salud

Mancera Romero J¹, Berrobianco Cobos E², Sacristán Visquet E², Fernández Lozano C², Rojo Moreno JJ², Paniagua Gómez F¹.

¹ Médico. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga (Málaga); ² Enfermero/a. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga (Málaga).

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PROGRAMADOS DE ENFERMERÍA POR PACIENTES INMOVILIZADOS DE UN CENTRO DE SALUD

Objetivos: Analizar las características de los inmovilizados de nuestro centro de salud y evaluar la relación existente entre grado de incapacidad, sexo y edad con la utilización de los servicios sanitarios programados de enfermería.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Atención primaria. Centro de salud urbano.

Población: Pacientes inmovilizados. Año 2000.

Intervenciones: Variables de utilización de servicios sanitarios, demográficas y grado de capacidad funcional. Medidas centrales y de dispersión. Análisis bivalente utilizando los test estadísticos: χ^2 , t Student, ANOVA, U Mann-Whitney y Kruskal Wallis.

Resultados: 235 pacientes, 165 (70,2%) mujeres, edad media de 78,22 años (DE: 11,6, rango: 30-98). Pacientes con severa limitación de la capacidad funcional: 100 (42,6%), 75 mujeres, edad media de 76,89 años. Pacientes con moderada limitación de la capacidad funcional: 135 (57,4%), 90 (66,7%) mujeres, edad media de 79,2 años. La consulta programada es utilizada por el 19,6% de los inmovilizados, con una frecuentación de 0,78 visitas al año. Las visitas domiciliarias programadas se realizan en el 86,4% de los pacientes, con una media de 4,9 visitas al año. En el análisis bivalente no se encuentra relación significativa ($p>0,005$) entre edad, sexo y grado de inmovilidad con la utilización de los servicios programados de enfermería.

Conclusiones: Los pacientes inmovilizados son predominantemente mujeres de edad elevada. Casi la mitad tienen una severa limitación de la capacidad funcional. La mayoría han utilizado los servicios programados de enfermería. El sexo, la edad y el grado de incapacidad no se relacionan con la utilización de los servicios programados de enfermería.

Palabras clave: Utilización servicios programados enfermería. Pacientes inmovilizados.

USE OF REGULARLY SCHEDULED NURSING SERVICES BY IMMOBILIZED PATIENTS IN A HEALTH CENTER

Goal: To analyze the characteristics of immobilized patients in our health center and to evaluate the relationships that exist between degree of incapacity, gender, and age and the use of regularly scheduled nursing services.

Design: Descriptive retrospective study.

Setting: Primary care. Urban Health Center.

Population Sample: Immobilized patients in the year 2000.

Interventions: Variables related to the use of health services, demographics, and degree of functional capacity. Central tendencies and dispersion. Bivariate analysis using the following statistical tests: χ^2 , t Student, ANOVA, U Mann-Whitney y Kruskal Wallis.

Results: 235 patients, 165 women (70.2%), average age 78.22 (SD: 11.6, range: 30-98).

Patients with severely limited functional capacity: 100 (42.6%), 75 women, average age 76.89 years. Patients with moderately limited functional capacity: 135 (57.4%), 90 women (66.7%), average age 79.2 years. A regularly scheduled visit was used by 19.6% of the immobilized patients, with a frequency of 0.78 visits per year. Programmed home visits were done for 86.4% of the patients, with an average of 4.9 visits per year.

The bivariate analysis found no significant relationship ($p>0.005$) among age, gender or degree of immobility with the use of programmed nursing services.

Conclusions: Women of advanced age predominated most in the group of immobilized patients. Almost half had severely limited functional capacity. The majority used regularly scheduled nursing services. Gender, age and degree of incapacity showed no relation to the use of regularly scheduled nursing services.

Key words: Use of scheduled nursing services. Immobilized patients.

Correspondencia: José Mancera Romero. Centro de Salud Ciudad Jardín. Calle Sancho Miranda n.º 9. 29014 Málaga. Teléfonos: 952 652577-78/696 925386. Fax: 952 653530. E-mail: jmancerar@papps.org

Recibido el 07-02-2003; aceptado para publicación el 14-05-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 3: 162-166

Introducción

La utilización de los servicios sanitarios, junto con el concepto de salud-enfermedad, ha sobrepasado el marco biomédico estricto para convertirse en un fenómeno sociocultural¹ y depende de las características del paciente, de la organización de la atención y de la cartera de servicios ofertada². La utilización de los servicios sanitarios es una cuestión que interesa tanto a clínicos como a gestores por varios motivos: organización de la consulta, eficiencia clínica, planificación y gestión de recursos materiales y humanos, calidad de la atención y satisfacción para el usuario y proveedor. Existe coincidencia general en cuanto al fuerte incremento experimentado en la utilización de los servicios sanitarios en general y de los de atención primaria en particular^{3,4}, por encima incluso de lo pronosticado⁵.

El envejecimiento de la población da lugar a un incremento del número de personas mayores. Éstas se distinguen, entre otros aspectos, por la gran demanda de servicios específicos para las enfermedades que se presentan a estas edades. Una parte importante de ellos están afectados por enfermedades crónicas, con diferentes grados de incapacidad que les impiden o dificultan su acceso a los servicios sanitarios habituales. El paciente anciano inmovilizado va a requerir unos servicios domiciliarios amplios, tanto sanitarios como sociales. Desde el punto de vista sanitario hace ya años que se tomó conciencia de problema y desde la atención primaria de salud (AP) se pusieron en marcha los programas de atención domiciliaria con el objeto de dar una respuesta adecuada en tiempo y técnicas a las cuestiones solicitadas. Los programas de atención domiciliaria hacen un abordaje integral al paciente y a su familia desde la óptica biopsicosocial⁶⁻⁹.

La utilización de los servicios sanitarios por los pacientes inmovilizados concentra dos aspectos claves en la utilización de los servicios sanitarios: la edad avanzada y la presencia de morbilidad¹⁰⁻¹². Estas circunstancias provocan una alta utilización de los servicios. A la respuesta que se da desde AP se han unido otros modelos: hospitalización a domicilio¹³, equipos de soporte¹⁴, cuidados paliativos¹⁵. Todas estas circunstancias provocan una indefinición actual y la búsqueda de nuevos modelos aunque debe ser la AP la que juegue el papel preponderante^{9,16-18}.

El objetivo del presente estudio es analizar las características de los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados de nuestro centro de salud y evaluar la relación existente entre grado de incapacidad, género y edad con la utilización de los servicios sanitarios programados de enfermería.

Sujetos y métodos

Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Sujetos: Participan en el estudio los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados de nuestro centro durante el año 2000 completo (utilización de los servicios sanitarios) y durante el primer semestre del año 2001 (tiempo requerido para la realización de la entrevista personal). Los criterios de inclusión en el programa de inmovilizados del centro de salud comprenden a «toda persona que por ancianidad, padecimiento crónico, invalidante o terminal, no tiene capacidad o independencia suficiente para acudir al centro de salud en demanda de servicios». Cumplían los requisitos temporales para participar en el estudio 342 pacientes, pero a 107 pacientes no se les pudo

realizar la entrevista (desigual participación de los enfermeros en la recogida de datos del estudio), por lo que finalmente participaron 235 pacientes. Para controlar el posible sesgo que suponían las pérdidas se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple ($n=12$) entre estos pacientes, a los que si se les hizo la entrevista y los resultados obtenidos en cuanto a edad, género, capacidad funcional y utilización de servicios sanitarios fueron similares a los resultados del estudio.

Nuestra zona básica de salud atiende a una población de 36.157 habitantes, con una sex ratio de 95,83, un porcentaje de mayores de 65 años del 13,6% y de menores de 14 años del 15,9%. Se trata de una población predominantemente urbana con varios núcleos rurales dispersos con escasa población. El nivel socioeconómico es medio-bajo y el nivel cultural bajo (15% de analfabetos). Hay 18 médicos de familia, 5 pediatras y 16 diplomados en enfermería.

Tiempo: Año 2000.

Usamos como variables dependientes las de utilización de servicios sanitarios:

- Consulta programada enfermería: Consulta realizada en el centro de salud (sin la presencia del paciente) a instancias de la enfermera para valoración de los planes de cuidados, renovación de recetas, atención al cuidador, medidas educativas, etc.
- Visita domicilio enfermería: Visita en el domicilio del paciente a instancias de la enfermera (medidas educativas, de cuidado, etc.). A menudo se realiza junto al médico de familia.

Frecuentación: Número de veces que los pacientes utilizan las consultas programadas de enfermería y las visitas en domicilio durante el tiempo de estudio.

Cobertura: Porcentaje de pacientes que utilizan los servicios anteriores durante el tiempo de estudio.

Se excluyeron del estudio las actividades «comunes» de enfermería en los domicilios: inyectables, extracciones, curas reiteradas, al no disponer de un registro fiable.

Como variables independientes usamos:

- Sexo (hombre, mujer).
- Edad en años.
- Capacidad funcional (Tabla1): moderada limitación de la capacidad funcional (grados 1 y 2 de la escala de valoración de incapacidad física y mental de la Cruz Roja)¹⁹ y severa limitación de la capacidad funcional (grados 3, 4 y 5 de la misma escala).

Fuente de datos: Historia clínica informatizada para las variables demográficas y de utilización de los servicios de atención primaria. Entrevista realizada por los enfermeros en el domicilio del paciente (al paciente o al cuidador) para conocer el grado de inmovilidad.

Para el análisis estadístico se usan medidas centrales y de dispersión. Se realiza análisis bivariante explorando la asociación de las variables utilizando los siguientes test estadísticos: χ^2 , t Student, análisis de correlación, ANOVA y con utilización de test no paramétricos (U Mann-Whitney) y Kruskal Wallis en caso de no cumplirse las condiciones de aplicación.

Base de datos: ACCES. Programa informático: Epi Info, versión 6.

Resultados

Cumplieron los criterios de inclusión en el estudio 235 pacientes. Eran mayores de 65 años 217 (92,3%). La distribución por edad y sexo se refleja en la tabla 2.

La cobertura de las actividades programadas fue del 88,9% y la frecuentación de 5,68.

Se llevaron a cabo 184 consultas programadas en el centro de salud, con una frecuentación media de 0,78 consultas anuales y una cobertura del 19,6% de los pacientes.

Se realizaron 1.153 visitas programadas en el domicilio con una cobertura del 86,4% y una frecuentación de 4,90. En la tabla 3 se detalla la utilización de los servicios programados de enfermería, diferenciando por grado de limitación funcional y género.

En el análisis bivalente no se encontraron relaciones estadísticamente significativas ($p > 0,005$) entre sexo, edad y grado de incapacidad funcional con la utilización de los servicios programados de enfermería.

Discusión

Los resultados del estudio indican que los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados de nuestro centro de salud eran predominantemente mujeres con una edad elevada y que casi la mitad tenían una severa limitación de la capacidad funcional. La utilización de la consulta programada de enfermería por los cuidadores de los pacientes inmovilizados es bastante limitada en nuestro estudio, tanto en frecuentación (no llega a una visita anual de media) como en cobertura (solamente la utilizan alrededor del 20% de los inmovilizados). Estas circunstancias deben hacernos reconsiderar el papel que juega la consulta programada de enfermería en el centro de salud en lo referente a la atención de los pacientes inmovilizados.

Por el contrario las visitas domiciliarias programadas se realizan con una mayor frecuencia y presentan una cobertura mucho más elevada. El rango de esta modalidad de visitas es muy amplio, en concordancia con la gran disparidad de morbilidad existente entre los pacientes incluidos en el programa (desde pacientes «casi normales» que no requieren especiales cuidados hasta pacientes en situación terminal que necesitan cuidados específicos y continuados). A pesar de que la cobertura es amplia existe un 14% de pacientes que no han recibido visitas de la enfermera en el domicilio: este hecho va en contra de la misma filosofía del programa y de los criterios de calidad que nosotros nos proponemos. Esta cobertura incompleta posiblemente sea irreal y se deba en gran parte a un infraregistro de las actividades realizadas: se hace la visita pero no se anota en la historia clínica informatizada por falta de tiempo, escasez de ordenadores, insuficiente número de consultas, etc.

No existen diferencias en cuanto a la edad, sexo o grado de incapacidad con la utilización de los servicios. Los pacientes con severa limitación de la capacidad funcional utilizan con más frecuencia las visitas a domicilio, 6 frente a 4, pero estas diferencias se reducen, 5 frente a 4, cuando usamos para la comparación los valores de la mediana (valor estadístico más representativo que la media cuando existe gran amplitud en el rango).

Nuestros resultados coinciden con la mayoría de los estudios en el predominio de las mujeres y en la elevada edad media^{12, 14, 20, 21}.

Los pacientes con severa limitación de la capacidad funcional fueron menos numerosos en nuestro estudio (42%) que en el de García Bermejo¹² (53%).

Es difícil comparar la actividad programada total de enfermería por no haber encontrado trabajos que la contemplen. Si podemos hacer comparaciones con las visitas en el domicilio. En nuestro

estudio se realizan casi 5 visitas anuales, mientras que en otros trabajos fueron 5,2 visitas²⁰ (aunque en este caso se refieren a las actividades conjuntas de médico y enfermera), 3,8²¹, 4,9²² y 3,8²³ (durante un período de 10 meses). En nuestro estudio el 72% de las visitas es realizada por la enfermera mientras que en el de Francisco Casado²² enfermería realizaba el 65%. Aunque no era objeto de nuestro estudio, las actividades realizadas en nuestras visitas son similares a la de otros trabajos^{21, 24}, pero en este último caso se refiere a las actividades de enfermería de urgencia y concluye que realizan las funciones habituales de enfermería de AP fuera del horario habitual de funcionamiento de los centros de salud y consultorios.

Como limitación de nuestro estudio debemos tener en cuenta un cierto déficit de registros en las actividades domiciliarias, hecho que se repite en otros trabajos^{21, 25, 26}, por lo que muy posiblemente la actividad domiciliar es mayor que la que reflejan nuestros resultados.

Futuros trabajos nos deben llevar a analizar las actividades que se realizan en las visitas domiciliarias y a buscar la influencia de la morbilidad en la utilización de los servicios.

Como aplicaciones prácticas del estudio debemos mejorar el sistema de registro de las actividades domiciliarias, crear planes de cuidados personalizados integrando las actividades de enfermería y médicas y un replanteamiento de la consulta programada.

Las conclusiones más destacadas de nuestro estudio son las siguientes: 1. Los pacientes inmovilizados de nuestro centro de salud son predominantemente mujeres de edad elevada. 2. Casi la mitad de ellos tienen una mala capacidad funcional. 3. La mayoría han utilizado los servicios programados de enfermería. 4. El sexo, la edad y el grado de incapacidad no se relacionan con la utilización de los servicios sanitarios programados de enfermería.

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a los siguientes enfermeros del CS Ciudad Jardín por su colaboración en la realización de las entrevistas a los pacientes inmovilizados y a sus cuidadores:

Astacio Portillo Nuria, Blanca Barba Francisco, Cano Matías María José, Fuertes Ruiz Cristina, Gallardo Domínguez Esther, Guadix del Pino José Luis, Limón Navarro Francisco, Muñoz Villalba José Carlos, Pérez Juncosa Flores, Rodríguez Carrión María Teresa, Rueda Moreno Luis, Ruiz Ramos Matilde, Salido Puertas Francisco, Trigueros García Enrique, Vellido González Ángel.

Bibliografía

1. De la Revilla Ahumada L, Fleitas Cochoy L. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1999. p. 99-114.
2. Bellón Saameño JA. La consulta del médico de familia: cómo organizar el trabajo (1). La consulta a demanda. En: Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez Cañavete López-Montes T, Torío Durantes J, editores. Manual del médico residente de medicina familiar y comunitaria. 2ª ed. Madrid: semFYC; 1997. p. 242-51.

3. Gómez-Calcerrada D, Hernández del Pozo F, Gómez Berrocal M. La investigación en la utilización de servicios sanitarios. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1996; 4: 229-42.
4. Fernández JL, Bolívar I, López J, Sanz E y Grupo de Trabajo sobre la Utilización de Servicios Sanitarios. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios médicos y de enfermería. Aten Primaria 1996; 18: 52-7.
5. Artells Herrero JJ, Andrés Martínez J. Análisis prospectivo «Delphi». Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la atención primaria en el siglo XXI. Cuadernos de Gestión 1999; 5 Supl 1: 33-48.
6. Hernández Estévez PM, Rubio Santos GA, Navarro Brito E, Benítez Rosario MA, González Freire G. Propuesta de un modelo de organización de atención domiciliaria basada en Atención Primaria. Cuadernos de Gestión 1999; 5: 31-8.
7. Gené Badia J, Contel Segura JC. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. Aten Primaria 1999; 23: 183-6.
8. Contel Segura JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. Aten Primaria 2000; 25: 526-8.
9. Espinosa Almendro JM, Benítez del Rosario MA, Pascual López L, Duque Valencia A. Modelos de organización de la atención domiciliaria en Atención Primaria. Documentos semFYC. n.º 15. Año 2000.
10. Gómez Rodríguez E, Moreno Raymundo P, Hernández Monsalve M, Gervás J. Socio-economic status; chronic morbidity and health services utilization by families. Fam Pract 1996; 13: 382-5.
11. López Navarrete E, Thomas Carazo E, Bueno Cavanillas A, Lardelli Claret P, Gastón Morata JL. Influencia de la patología crónica sobre la utilización de la atención primaria en la tercera edad. Aten Primaria 1997; 19: 92-5.
12. García Bermejo S, Lekube Angulo K, Andikoetxea Agorria A, Solar Barrietabeña M, Olaskoaga Arrate A. Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Aten Primaria 1997; 20: 230-6.
13. Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio y atención domiciliaria. Hacia la excelencia de los servicios. FMC 2001; 8: 537-42.
14. Requena López A, Moreno Mateo R, Torrubia Atienza P, Rodeles del Pozo R, Mainar García P, Moliner Izquierdo MA. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). Aten Primaria 2001; 28: 652-6.
15. Higginson I. Palliative care services in the community: what do family doctors want? Palliat Care 1999 Summer; 15: 21-5.
16. Terol E, Hamby EF, Sacristan A, Sanz F, Minue S, Gil D et al. An organizational model for a primary care program of home health care in Spain: a description of the program. Health Care Manag (Frederick) 2001; 20: 18-27.
17. Salvà A, Vallés E, Llevadot D, Martínez F, Albinyana C, Miró M et al. Una experiencia de atención sociosanitaria: Programa Vida als Anys. Realidad y expectativas de futuro. Rev Admin San 1999; 37-52.
18. Temmink D, Francke AL, Hutten JB, Van Der Zee J, Abu-Saad HH. Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. J Adv Nurs 2000; 31: 1449-58.
19. Salgado A, Guillén F. Escala de valoración de incapacidad del Servicio de Geriatria del hospital central de la Cruz Roja Española. Rev Esp Gerontol 1972; 4-34.
20. Bilbao Curiel I, Gastaminza Santacoloma AM, García García JA, Quindimil Vázquez JA, López Rivas JL, Huidobro Fernández L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. Aten Primaria 1994; 13: 188-90.
21. Granollers Mercader S, López Pisa RM. Atención domiciliaria dirigida a 132.106 habitantes durante cinco años de programa: análisis de la experiencia y de los resultados obtenidos. Rev Mult Gerontol 1999; 9: 94-9.
22. Francisco Casado MA de. Análisis del coste de la visita domiciliaria de enfermería a inmovilizados. Aproximación al estudio de la eficiencia. Aten Primaria 1997; 19: 110-6.
23. Gené J, Moliner C, Contel JC, Tintoré I, Villafañila R, Schorlemmer C. Salud y utilización de servicios en anciano, según el nivel de convivencia. Gac Sanit 1997; 11: 214-20.
24. Marco Martínez MP, Abad Díez JM. Atención domiciliaria de enfermería en un servicio especial de urgencias: características de la población atendida. Aten Primaria 2000; 25: 248-52.
25. Puy C, García M, Miret M, Doménech ME. Programa de atención domiciliaria: una experiencia de veinte meses en el Área Básica de Salud de Les Borges Blanques. Centro de Salud 1997; 5: 89-92.
26. Torres P, España S. Visita domiciliaria a la población incapacitada: problemas y necesidades de salud. Centro de Salud 1996; 4: 368-73.

TABLA 1. ESCALA DE INCAPACIDAD DE CRUZ ROJA ¹⁹

GRADOS DE INCAPACIDAD FÍSICA

0. Se vale totalmente por sí mismo, anda con normalidad.
1. Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continente total.
2. Tiene alguna dificultad en la actividad diaria por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.
3. Grave dificultad en bastantes actividades de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menor por una persona. Incontinencia ocasional.
4. Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (dos personas). Incontinencia habitual.
5. Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

GRADOS DE INCAPACIDAD PSÍQUICA

0. Totalmente normal.
1. «Algunas rarezas», ligeros trastornos de desorientación en el tiempo. Se puede hablar con él «cuerdamente».
2. Desorientación en el tiempo. La conversación es posible, pero no perfecta. Conoce bien a las personas, aunque a veces olvide alguna cosa. Trastornos del carácter, sobre todo si se le disgusta. Incontinencia ocasional.
3. Desorientación. Imposible mantener una conversación lógica. Confunde a las personas. Claros trastornos del humor. A veces o a temporadas hace cosas que no parecen explicables. Frecuente incontinencia.
4. Desorientación. Claras alteraciones mentales que la familia o el médico han etiquetado ya de demencia. Incontinencia habitual o total.
5. Demencia senil total, con desconocimiento de las personas, etc. Vida vegetativa agresiva o no. Incontinencia total.

TABLA 2. EDAD, SEXO Y GRADO DE INCAPACIDAD EN LOS PACIENTES INMOVILIZADOS

	Pacientes inmovilizados con severa limitación de la capacidad funcional ^a			Pacientes inmovilizados con moderada limitación de la capacidad funcional ^b			Pacientes inmovilizados		
	Hombres N =25	Mujeres N =75	Total N =100	Hombres N =45	Mujeres N =90	Total N =135	Hombres N =70	Mujeres N =165	Total N =235
Edad media	71,9	78,56	76,89	78,31	79,66	79,2	76,04	79,16	78,22
Mediana	77	79,5	78	80	80	80	79	80	79
DE	14,86	12,99	13,71	9,56	8,33	8,75	12,02	10,68	11,16
Rango	30-95	36-98	30-98	39-98	56-98	39-98	30-98	36-98	30-98

^a Grados 3, 4 y 5 de incapacidad física de la escala de valoración de incapacidad física y mental de la Cruz Roja ¹⁹.

^b Grados 1 y 2 de incapacidad física de la escala de valoración de incapacidad física y mental de la Cruz Roja ¹⁹.

TABLA 3. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PROGRAMADOS DE ENFERMERÍA POR PACIENTES INMOVILIZADOS

	Pacientes inmovilizados con severa limitación de la capacidad funcional ^a			Pacientes inmovilizados con moderada limitación de la capacidad funcional ^b			Pacientes inmovilizados		
	Hombres N =25	Mujeres N =75	Total N =100	Hombres N =45	Mujeres N =90	Total N =135	Hombres N =70	Mujeres N =165	Total N =235
Consulta programada									
Número	12	95	107	49	28	77	61	123	184
Media	0,48	1,26	1,07	1,08	0,31	0,57	0,87	0,74	0,78
Rango	0-6	0-16	0-16	0-12	0-5	0-12	0-12	0-16	0-16
Cobertura	8%	26%	21%	26,70%	14,40%	18,50%	20%	19,40%	19,60%
Visita domicilio									
Número	147	461	608	190	355	545	337	816	1.153
Media	5,88	6,14	6,08	4,22	3,94	4,03	4,81	4,94	4,9
Rango	0-13	0-40	0-40	0-14	0-15	0-15	0-14	0-40	0-40
Cobertura	96%	89,30%	91%	86,70%	81,10%	83%	90%	84,80%	86,40%
Total actividad									
Número	159	556	715	239	383	622	398	939	1.337
Media	6,36	7,41	7,15	5,31	4,25	4,6	5,68	5,69	5,68
Rango	0-13	0-52	0-52	0-19	0-6	0-19	0-19	0-52	0-52
Cobertura	96%	93,30%	94%	91,10%	82,20%	85,20%	92,90%	87,30%	88,90%

^a Grados 3, 4 y 5 de incapacidad física de la escala de valoración de incapacidad física y mental de la Cruz Roja ¹⁹.

^b Grados 1 y 2 de incapacidad física de la escala de valoración de incapacidad física y mental de la Cruz Roja ¹⁹.

ORIGINAL

Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer

Bertot Ponce IA ¹, Moré Céspedes YY ¹, Fonseca Vázquez RA ², Rodríguez Dalmao A ², Ortiz Uriarte M ².

¹ Especialista de primer grado en MGI. Policlínico Ramón Heredia Umpierre. Veguitas. Municipio Yara, provincia Granma; ² Especialista de primer grado en pediatría. Policlínico Ramón Heredia Umpierre. Veguitas. Municipio Yara, provincia Granma.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER

Objetivo: Analizar la influencia de los factores de riesgo sobre los nacimientos de bajo peso.

Diseño: Casos y controles.

Emplazamiento: Municipio Yara. Provincia de Granma.

Población: Total de recién nacidos bajo peso (N=139, casos) en 1999, 2000 y 2001.

Intervenciones: Al cerrar cada año se seleccionaron dos controles por cada caso, pertenecientes al mismo consultorio, garantizando aleatoriedad con la técnica de muestreo simple, en soporte digital. Los datos fueron obtenidos de las historias obstétricas ambulatorias de las madres de los recién nacidos. Para la estimación del riesgo se calculó el odds ratio.

Resultados: El factor más fuertemente asociado al bajo peso al nacer fue la enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=6,74); le sigue la insuficiente ganancia de peso (OR=4,27) y la infección urinaria aguda, respectivamente. El embarazo gemelar también se asoció, mientras que la anemia mostró el menor grado de relación.

Conclusiones: Los riesgos identificados son prevenibles en la comunidad, por tanto hubo fallos en la atención primaria. Se brinda al médico de familia elementos necesarios para la estratificación de los riesgos y la práctica de intervenciones profilácticas. La insuficiente ganancia de peso denota la falta de acciones oportunas y sugiere la remisión temprana a la consulta de nutrición para una adecuada conducta. En fin, se pudo evitar el bajo peso en algo más de 70% de los casos con un correcto control de los riesgos.

Palabras clave: recién nacido de bajo peso, factores de riesgo, estudios de casos y controles.

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH LOW BIRTH RATE

Goal: To analyze the influence of risk factors on low birth weight.

Design: Case-control study.

Location: Yara municipality. Granma Province.

Population sample: The total number of low birth weight cases in newborn children (N=139) in 1999, 2000 and 2001.

Interventions: At the year's end, two controls from one doctor's practice were chosen for each case. A simple random sample was guaranteed by using computer-filled information. Data was obtained from the obstetrical histories of mothers seen in the family physician's office. The odds ratio was calculated for probable risks.

Results: The factor most strongly associated with low birth weight was gestational hypertensive disease (OR=6.74), followed by insufficient weight gain during pregnancy (OR=4.27) and acute urinary tract infection, respectively. Twin pregnancies were also associated, while anemia showed the lowest degree of relationship.

Conclusions: The risks identified are preventable in the community, thus suggesting that flaws may exist at the primary care level. Family physicians have the elements necessary to stratify risk and implement preventive actions. Inadequate weight gain suggests the lack of timely interventions, such as the referral to a nutritionist's practice for counseling on adequate dietary habits. Low birth weight could be avoided in slightly more than 70% of the cases, if risks were correctly controlled.

Key words: Low birth weight in infants; risk factors; case-control studies.

Correspondencia: Colón # 5 e/ Ismael Molina y Antonio Maceo. Veguitas. Municipio Yara. Granma. Código postal: 89180 Cuba. Teléfono: 58-2144. E-mail: bertot@golfo.grm.sld.cu

Recibido el 21-01-2003; aceptado para publicación el 28-04-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 3: 167-170

Introducción

En 1919 se realizó por primera vez una clasificación de los recién nacidos según el peso, ya en 1947 se relaciona el bajo peso con un crecimiento intrauterino lento y se trata de distinguir de los que respondían a una gestación acortada; en 1960 los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen el término **bajo peso** para todos los niños con peso menor de 2500 gr. sin tener en cuenta su edad gestacional ^{1, 2}.

Se ha comprobado que por lo menos la mitad del total de muertes perinatales ocurren en recién nacidos bajo peso, sus perjuicios alcanzan una magnitud mundial reportándose índices, en países pobres, hasta del 50%, Cuba a pesar de la dura situación socioeconómica que enfrentó en la década de 1990 logra un índice en 1999 de 6.8 aunque no deja de ser un serio problema de salud actual ³.

En el municipio Yara, constituye el bajo peso al nacer (BPN) el principal problema de salud, por lo menos en lo que se refiere a su importante repercusión sobre los indicadores evaluativos del Programa Materno Infantil. En los últimos 5 años, se ha registrado una tendencia al incremento en los índices estimados, pese al reconocido nivel de gestión administrativa y profesional por resolver el fenómeno: año 1996 (índice=6.8); 1997 (índice=7.1); 1998 (índice=7.2); 1999 (índice=6.7); año 2000: índice=7.6 (registro estadístico municipal del programa de salud reproductiva). Se ha estado observando una significativa morbilidad en este grupo, sobre todo incidencia de infecciones respiratorias agudas y diarreas, pero además el estado clínico es más desfavorable que en los niños normopeso al nacer. Se han practicado planes de acciones, en no pocas ocasiones, pero fundamentados en la simple observación de algunos predisponentes posiblemente relacionados con la aparición del BPN. Ahora bien, no se ha trabajado sobre la base de los riesgos específicos identificados —entiéndase como la premisa que marca el punto de partida para acometer cualquier intervención en este sentido—, entonces cabría justificar la ejecución del presente estudio, como parte de una prometedora estrategia integral llevada a accionar primariamente sobre los riesgos del bajo peso desde la atención misma al período preconcepcional. El objetivo se concreta a analizar la fuerza de asociación entre el factor de riesgo y el suceso como tal. No cabe dudas de la utilidad que, en la búsqueda de soluciones cada vez más científicas a los problemas de la comunidad, engendra esta investigación tan necesaria.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio de tipo caso-control en el municipio de Yara durante el período: 1ro de enero del año 1999 hasta el 31 de diciembre del año 2001,

a fin de evaluar la influencia de algunos factores de riesgo sobre los nacimientos bajo peso.

Selección de los casos y controles

Caracterización de la población: el total de niños nacidos en el período analizado fue de 1289, de ellos 139 fueron bajo peso al nacer, que representa un índice promedio estimado para los 3 años de 7.4: pretérminos (producto de partos antes de las 37.0 semanas de gestación) 87 (62,6%, con relación a 139) y el resto crecimiento intrauterino retardado (CIUR).

El municipio de Yara se divide en dos áreas de salud: Yara propiamente dicha, cuya población pertenece al policlínico «Luis Enrique de la Paz» y Veguitas, en la cual se inserta el policlínico «Ramón Heredia Umpierre». Ambos territorios tienen características eminentemente rurales y desde un punto de vista sociocultural y geográfico, así como de la distribución de recursos para la atención médica son bastante homogéneos; por lo tanto, la procedencia de los individuos participantes en el estudio se considera a partir de la población de nacidos vivos del municipio y no de cada área independiente.

Se analizaron las dos entidades juntas: pretérmino y CIUR, los individuos se extrajeron, de manera común, de la misma población pues el producto resultante en ambos casos fue el bajo peso al nacer.

Casos: los 139 RN con peso por debajo de 2500 gr., sin hacer exclusiones.

Controles: se seleccionaron 2 controles por cada caso (N=278) bajo el criterio de inclusión siguiente:

— por cada caso individual los 2 controles fueron recién nacidos normopeso (mayor de 2500 gr.) y pertenecientes al mismo consultorio, no hubo otras variables controladas. Es decir, al cerrar cada año (1999, 2000, 2001) habiendo identificado los casos, se procedió con la asignación de los controles, garantizando la aleatoriedad a expensas de la técnica de muestreo aleatorio simple, a partir de una base de datos soportada digitalmente en un computador personal «Pentium III».

Operacionalización de las variables (independientes)

Se analizaron 9 factores, presentes en las madres de los RN, según el programa nacional para la reducción del bajo peso al nacer de 1998 ⁴:

- **Enfermedad hipertensión del embarazo:** cifras de tensión arterial sistólicas superiores a 30 mmHg y diastólicas superiores a 15 mmHg sobre la basal, o se incrementan por encima de 20 mmHg de la tensión arterial media. Otras manifestaciones como edemas y proteinuria, fueron consideradas para preclampsia-eclampsia ⁵.
- **Anemia:** niveles de hemoglobina por debajo de 110 gramos / litro y el hematocrito de 0.33% o menos; en el tercer trimestre ⁶.
- **Infección vaginal:** Según las normas para proceder en Obstetricia y Ginecología del Ministerio de Salud Pública de Cuba ⁷. Ante el aumento de las secreciones, síntomas, color y olor anormales, se procedió a complementar el diagnóstico de las infecciones más frecuentes en el medio.
 - Vaginitis bacteriana (producida por lactobacilos anaerobios):* manifestaciones clínicas, más del 20% de células guías (clue), PH mayor que 4,5, Test de amina (KOH): hidróxido de potasio al 10%, positivo.
 - Trichomonas:* inicio agudo de las manifestaciones clínicas, PH por encima de 4,5, examen directo visualizando el organismo. No células guías.
 - Cándidas:* manifestaciones clínicas, presencia del hongo en el examen directo inmediatamente después de recogida la muestra. El examen directo negativo no excluyó el diagnóstico, entonces se hizo eminentemente clínico.
 - Clamidias:* manifestaciones clínicas, cultivo positivo.
 - Neisseria:* manifestaciones clínicas, tinción de Gram positiva.
- **Infección urinaria aguda:** presencia o no de manifestaciones clínicas, cituria que arrojó más de 20.000 leucocitos por ml de orina y dos urocultivos con más de 100.000 bacterias por ml de orina; en el tercer trimestre ⁷.
- **Edad materna** (menor de 20 años y mayor de 35).
- **Hábito de fumar:** No hubo fumadoras de tabaco (puros), tampoco de pipa. Entonces, según el consumo, se clasificó como fumadora ligera: de 1-14 cigarrillos diarios; moderada: de 15-24, y grandes fumadoras: 25 o más ⁸. Todas las participantes de uno y otro grupo, se clasificaron como fumado-

ras ligeras. Para aplicar los criterios en la investigación se consideró la prevalencia del hábito durante la gestación.

- **Bajo peso materno:** por el cálculo del índice de masa corporal (IMC kg/m^2) y definición a partir de tablas cubanas, por debajo de 18,5⁴. Al hacer la valoración inicial, en la captación del embarazo.
- **Insuficiente ganancia de peso durante la gestación.** Cuando ocurrió lo siguiente:
Para obesas (IMC=30 o más) no se ganó 6 kg; para sobrepeso (IMC mayor de 25,1-29,9) no se ganó 9 kg; para normopeso (IMC=18,5-25 kg) no se ganó 12 kg y para bajo peso: no se ganó 15 kg⁴. Al término de la gestación (37,0 semanas y más).
- **Embarazo gemelar.**

Obtención de la información

Los datos de interés se registraron en una planilla elaborado al efecto, obtenidos de los tarjetones obstétricos (historias clínicas obstétricas ambulatorias) de las gestantes madres de los recién nacidos seleccionados, archivados en el departamento municipal de atención al programa materno-infantil; de manera tal que el riesgo se consideró siempre en las madres.

Análisis y procesamiento de la información.

Bajo la hipótesis nula (H_0) de que existe independencia entre el factor y el bajo peso al nacer; se calculó, en primer lugar, el estadígrafo chi cuadrado de Mantel Haenszel (χ^2_{MH}) para la significación de las diferencias entre los grupos, con $\alpha=0,05$.

Luego se calculó el odds ratio (OR) o razón de productos cruzados con sus intervalos de confianza (IC), toda vez que se organizaron los datos en tablas tetracóricas.

Se determinó también la fracción etiológica en los expuestos (FEE) como estimador del porcentaje de riesgo atribuible en la población expuesta.

Los datos se procesaron en el programa estadístico Epi-info versión 6.

Resultados

La enfermedad hipertensión del embarazo mostró la mayor fuerza de asociación al bajo peso (OR=6,74). La anemia ferropénica también figuró como predictivo, aunque menos importante que el factor anterior. La infección vaginal no obstante afectar 74,8% de las madres portadoras de bajo peso, su presencia en los controles superó esta cifra con 78%, los cálculos estadísticos no mostraron resultados compatibles con algún grado de relación. Por último se analizó la infección del tracto urinario: representó un riesgo real con OR de 4, encontrándose en 30,9% de las gestantes del grupo de casos. Por otra parte, la edad menor de 20 años y mayor de 35 no arrojó un resultado que objetivara la verdadera asociación riesgo-suceso, por tanto su posible influencia se descartó. El hábito de fumar, aun presente con una frecuencia similar en los dos grupos no contribuyó al riesgo ($p > 0,05$) y una aparente relación pudo estar dada por la casualidad. El bajo peso materno al inicio del embarazo no mostró asociación alguna, no ocurrió así con la insuficiente ganancia de peso durante la gestación que tuvo una evidente influencia: OR = 4,27 y $p < 0,05$, apareció en 38,8% de los casos a diferencia de los controles que exhibieron 12,9%. Constituyó también un riesgo real el embarazo gemelar con un OR = 3,55, aún encontrándose en sólo 15,8% de los casos (Tabla 1).

Discusión

Las cifras de tensión arterial elevadas pueden acarrear el parto antes del término, y por sí deviene un feto no totalmente maduro en su desarrollo ponderal. Son disímiles los estudios que tratan esta entidad como factor de riesgo del bajo peso al nacer^{9, 10, 11}. En el caso que se analiza se aportó casi 7 veces con mayor probabilidad en las gestantes enfermas que en aquellas libres de la enfermedad, solamente resolviendo este problema se evitarían los nacimientos por debajo de 2.500 gr. en 85%; entonces no cabe dudas de su valor como factor predictor.

Las anemia está muy ligada al aumento de las demandas nutricionales del feto, pues además es a través de la sangre que llegan los elementos que se necesitan para la sobrevivencia en el lecho intrauterino, significando el oxígeno que es transportado por la hemoglobina^{9, 12, 13}. Persiste como una problemática sin resolver en el área de salud, pese a la cobertura total con antianémicos profilácticos desde el momento de la captación del embarazo.

No pocos investigaciones destacan la infección del tracto urinario como un riesgo de parto pretérmino e inclusive se sugiere el tamizaje y tratamiento de la bacteriuria asintomática por responsabilizarse también con el fenómeno^{14, 15}, eliminando ésta dejarían de incidir por lo menos 75% de los nacimientos bajo peso en el área de salud.

Los problemas nutricionales como el bajo peso materno e insuficiente ganancia de peso durante la gestación han sido identificados como condiciones de riesgo del BPN^{11, 16, 17}. En el presente estudio, el hecho de que el bajo peso materno al inicio de la gestación no halla mostrado asociación pudiera justificarse por el adecuado peso obtenido al término de ésta, que de por sí elimina el riesgo, así se explica a la vez la relación que existió con el segundo factor mencionado. De esta forma adquiere mayor connotación el incremento del peso materno frente al déficit nutricional en los inicios de la gestación para no dejar dudas del paralelismo entre este componente antropométrico y el trofismo fetal, magnifíquese la indisoluble unidad madre-feto. La FEE indica la probabilidad de evitar el suceso en el 76% de los casos en ausencia del factor tratado.

En la gemelaridad, fue 3 veces más probable el BPN que en las gestantes con feto único. Algunas investigaciones apoyan este resultado además de vincular otros factores como hábito de fumar y embarazo en la adolescencia^{11, 18}, aunque carecieron, en este caso, de algún valor predictivo, dado $p > 0,05$ que favorece la opinión de que la casualidad posiblemente intervino en cualquier aparente relación. Llámese la atención al hecho de que el hábito de fumar no intervino en la aparición del bajo peso al nacer, pues su relación al respecto es un frecuente hallazgo en muchos estudio^{10, 16, 18}. Realmente el por-

centaje tanto en los casos como en los controles fue bajo, posiblemente un tamaño muestral mayor pudiera arrojar un resultado distinto. Es loable señalar los cambios positivos que hoy se exhiben en el territorio como producto de una fuerte campaña contra este nocivo hábito, dirigiéndose especialmente algunas acciones a las mujeres en edad fértil.

Conclusiones

- Los riesgos identificados son prevenibles en la comunidad, por tanto hubo fallos en la atención primaria. Los beneficios, en este sentido, pudieran percibirse desde la etapa preconcepcional, destacando la importancia de la educación para la salud como una herramienta muy apropiada.
- Se brinda al médico de familia elementos necesarios para la estratificación del riesgo de bajo peso y la práctica de intervenciones profilácticas.
- La insuficiente ganancia de peso denota la falta de acciones oportunas y sugiere la remisión temprana a la consulta de nutrición para la conducta más adecuada.

En fin, pudo evitarse el bajo peso en un poco más de 70% de los casos con un correcto control de los factores de riesgo.

Bibliografía

1. Andrews BF. Small for date babies. *Pediatr Clin North Am* 1975; 17:185.
2. Pierog SY. Neonatología. Buenos Aires: Panamericana; 1974.
3. Cuba. Ministerio de Salud pública. Informe anual, 1999. La Habana: MINSAP; 2000.

4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. La Habana: Ciencias Médicas; 1998.
5. Erice Candelario AI, Ulboa Cruz V, Román Fernández. Obstetricia y afecciones más frecuentes. En: Álvarez Sintet R. Temas de Medicina general integral.V2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 799-801.
6. González Cárdenas L. En: Afecciones Hematológicas más frecuentes. Álvarez Sintet R. Temas de Medicina General Integral.V2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 820-39.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Procederes en Obstetricia y Ginecología para el Médico de la Familia. La Habana: Ciencias Médicas; 1998.
8. Zaldívar Pérez DE. Estrategia para el control, disminución y cesación del hábito tabáquico. La Habana: Pueblo y Educación; 1996: 1-64.
9. Aguilar Valdés J, Romero Placeres M, Ojeda del Valle M, García Roche R, Cumbá Abreu C. Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Municipio Boyeros, 1994-1995. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 1999; 37: 122-6.
10. Santos Pereira Solla JJ, Aquino Guimarães RA, Guadalupe Medina M, Louise S, Pinto Lorene. Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Salvador, Bahia. *Rev Panam Salud Pública* 1997; 2: 1-6.
11. Grau Espinosa MA, Saenz Darias, Cabrales Escobar JA. Factores de riesgo del bajo peso al nacer, Hospital Gineco-Obstétrico Provincial de Sancti Spiritus, Cuba. *Rev Panam Salud Pública* 1999; 6: 95-8.
12. Dyson DC, Dambe KH, Bamber JA. Monitoring women at risk for preterm labor. *N Eng J Med* 1998; 338: 15-19.
13. Mahomed K. Routine iron supplementation during pregnancy (Cochrane Review). En: Oxford: the Cochrane library, Issue 3; 1998. Update Software.
14. Melville B, Mehan B, Barnad E, Millingo J. Risk factors associated with malnutrition in Jamaica. *Public Health* 1994; 108: 317-31.
15. Díaz Alonzo G, González Docal I, Román Fernández L, Cueto Guerriero T. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995; 11: 224-231.
16. Bortman Marcelo. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. *Rev Panam Salud Pública* 1998; 3: 314-21.
17. Althabe Fernando, Carroli Guillermo, Lede Roberto, Blizán José M, Althabe Omar H. El parto pretérmino : detección del riesgo y tratamientos preventivos. *Rev Panam Salud Pública* 1999; 5: 373-85.
18. Caraballos Hernández M. Bajo peso al nacer y tabaquismo. *Rev Cubana Salud Pública* 1999; 25: 64-9.

TABLA 1. COMPARACIÓN DE CASOS (BAJO PESO AL NACER) Y CONTROLES SEGÚN FACTORES DE RIESGO. YARA 1999-2001.

FACTOR DE RIESGO	CASOS		CONTROLES		X ²	p	OR	FEe
	No.	%	No.	%				
Enfermedad hipertensiva del embarazo	51	36,7	22	7,9	53,01	0	6,74*	75%
Anemia	43	30,9	43	15,5	13,51	0	2,45**	59%
Infección vaginal	104	74,8	217	78,0	0,55	0,45	0,84	—
Infección urinaria aguda	43	30,9	28	10,0	28,48	0	4,0***	75%
Edad materna (<20 años y > 35)	38	27,3	72	25,9	0,10	0,75	1,08	—
Hábito de fumar	9	6,5	9	3,2	2,35	0,12	2,07	—
Bajo peso materno	43	30,9	10,4	37,4	1,07	0,19	0,75	—
Insuficiente ganancia de peso durante la gestación	54	38,8	36	12,9	36,64	0	4,27****	76%
Embarazo gemelar	22	15,8	14	5,0	13,65	0	3,55*****	—

Fuente: Historia clínica obstétrica ambulatoria

Intervalos de confianza: * 3.74-12.22; ** 1.47-4.09; *** 2.28-7.09, **** 2.55-7.17; ***** 1.67-7.60

OR: Odds Ratio

Fee: Fracción etiológica en los Expuestos.

ORIGINAL

Características de pacientes derivados a Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) desde Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) integrado en el recinto hospitalario

Moreno Ruiz P¹, Jiménez Rosendo EM², Rivas Castro MA²; León Rosales Y², Castillo Bueno H² y Bellot Iglesias JL³.

¹ Médico de Familia Distrito Sanitario Baza; ² Residentes de Medicina Familiar y comunitaria Hospital General Básico de Baza; ³ Médico intensivista Hospital General Básico de Baza.

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES DERIVADOS A SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS (SCCU) DESDE DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS (DCCU) INTEGRADO EN EL RECINTO HOSPITALARIO.

Objetivo: Tratamos de analizar las características de los pacientes derivados al SCCU desde el DCCU y la cumplimentación del documento de derivación (DD).

Diseño: Estudio retrospectivo descriptivo.

Emplazamiento: Hospital de Baza entre 13/02/02 y 13/03/02. Se han utilizado los datos recogidos en los DD.

Población y muestra: 140 DD desde el DCCU al SCCU.

Resultados: Fueron vistos en el DCCU 1718 pacientes, 140 fueron derivados. La edad media fue de 38,15 años. El 49% son varones. Los motivos de consulta más frecuentes han sido Traumatismos (17%), Síndrome febril (14%), Oftalmología (11%), Dolor abdominal y Trastornos Gastrointestinales (17%). Se inició tratamiento antes de la derivación en 45 pacientes (32%). Se realizaron pruebas complementarias antes de la derivación en los siguientes porcentajes: analítica (38%), pruebas radiológicas (33%). Como exploración complementaria disponible en cualquier DCCU, el EKG se utilizó en el 16% de los pacientes.

Recibieron tratamiento antes de derivarse un 32% de pacientes.

En cuanto a su cumplimentación, un 39% de los DD fueron considerados buenos, un 26% aceptables y un 35% malos.

Conclusiones: Es reseñable el bajo porcentaje de pacientes tratados previamente a la derivación y la frecuente utilización de pruebas complementarias no disponibles en otros DCCU. Un 8% de los pacientes vistos por el DCCU fueron derivados al SCCU.

Palabras clave: urgencias, derivación de pacientes, servicio de urgencias.

CHARACTERISTICS OF PATIENTS REFERRED TO CRITICAL AND EMERGENCY CARE SERVICES (SCCU) FROM A HOSPITAL EMERGENCY CARE UNIT (DCCU)

Objective: To analyze the characteristics of patients referred to SCCU from the DCCU, as well as information contained on the required referral forms.

Design: Retrospective descriptive study.

Setting: Baza Hospital, from February 13, 2003 until March 13, 2002.

Population and sample: 140 referral forms from the DCCU to the SCCU.

Interventions: Data was gathered from information contained on the referral forms.

Results: 1,718 patients were seen in the DCCU and 140 of them were referred to another service. The average age was 38.15 and 49% of the patients were male. The most frequent reasons for the visits included: traumas (17%), high fever syndrome 14%), ophthalmology (11%), abdominal pain and gastrointestinal problems (17%). 45 patients (32%) received some treatment prior to referral. The percentages of complementary tests done prior to referring patients were as follows: blood analyses (38%) and radiological tests (33%). ECGs are complementary tests that can be done in any DCCU, and an EKG was done on 16% of the patients. 32% of the patients were treated prior to referral. Regarding the way information forms were filled out, 39% of them were considered good, 26% acceptable and 35% poor.

Conclusions: It is worth noting the low percentage of patients treated prior to referral and the frequent use made of complementary tests not available in other DCCU. 8% of the patients attended in the DCCU were referred to the SCCU.

Key words: emergencies, patient referrals, emergency services.

Correspondencia: José Luis Bellot Iglesias. Hospital de Baza: Unidad de Cuidados Intensivos. Carretera de Murcia, s/n. 18800 BAZA (Granada) o Pedro Moreno Ruiz. C/ Don Juan 15 1.º. 23400 Úbeda (Jaén). Tfno: 600520561. E-mail: kepamoru@hotmail.com

Recibido el 23-10-2002; aceptado para publicación el 29-05-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 3: 171-176

Introducción

Normalmente los DCCU (Urgencias de Atención Primaria (AP)) están situados en recintos extrahospitalarios. En la zona básica de salud (ZBS) de Baza (Granada) se presenta una peculiaridad sólo compartida con el Hospital de Osuna (Sevilla). En el Hospital General Básico de Baza (HGBB) se integran en el mismo espacio físico el DCCU y el SCCU (Urgencias hospitalarias).

Aunque se hallen unidos físicamente, permanecen separados administrativa y clínicamente. Así, mientras el DCCU atiende a los pacientes de ZBS de Baza que acuden a urgencias del HGBB por iniciativa propia, el SCCU atiende a los pacientes derivados por AP (DCCU de otras ZBS y DCCU de Baza) y aquellos que acuden por iniciativa propia procedentes de otras ZBS.

Este hecho implica que en el horario de funcionamiento del DCCU (17 horas los días laborales y 24 horas los fines de semana y festivos) los pacientes de la ZBS de Baza (la más cercana al recinto hospitalario) son visitados inicialmente por personal de AP.

Debido a estar integrado en un recinto hospitalario, el DCCU puede realizar pruebas complementarias (PC) no accesibles habitualmente en otros puntos de urgencias de AP, como son la analítica y la radiología básica, servicios que sí prestan habitualmente las urgencias hospitalarias. Con ello se disminuye uno de los motivos de derivación recogidos en otros artículos que abordan este tema¹, como es el de completar estudio. En nuestro centro no son accesibles a DCCU la consulta con especialista, la ecografía ni la tomografía axial computarizada.

Si bien hay diferentes estudios que abordan el documento de interconsulta (o P-10)¹⁻⁷ desde AP a urgencias hospitalarias, las singularidades expuestas previamente presentes en nuestro centro le otorgan originalidad, por lo que nos planteamos este estudio.

Los objetivos en éste fueron:

- Analizar las características de los pacientes derivados.
- Valorar la calidad en la cumplimentación del informe clínico.
- Evaluar el destino final de los pacientes.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo. La población estudiada fue la totalidad de los pacientes derivados desde el DCCU en un periodo de un mes (entre el 13 de febrero al 13 de marzo del 2002), al SCCU del Hospital General Básico de Baza.

Los datos se recogieron a partir del documento de derivación (DD) (historia clínica de urgencias). Éste es una hoja autocopiativa de tamaño Din A-4 donde aparecen distintos datos de filiación, pero no se explicitan apartados clínicos como motivo de consulta, antecedentes, ...

Los distintos parámetros obtenidos en el DD fueron: edad, sexo, motivo de consulta, días de la semana, tratamiento en DCCU, pruebas complementarias en DCCU y el destino final del paciente.

Se evaluó la calidad del DD utilizando los criterios descritos por Irazabal et al⁸ y modificados por Morera et al⁹. En esta clasificación se cataloga los DD como buenos, aceptables o malos según los criterios que adjuntamos en la tabla 1.

Resultados

Durante el periodo estudiado en el DCCU se atendieron un total de 1.718 pacientes, de los cuales fueron derivados al SCCU 140, lo que supone el 8,1%.

De estos 140 pacientes derivados se obtuvieron los resultados que siguen.

La edad media de 38,15±26,5 años. El 51% fueron mujeres y el 49% hombres.

En cuanto a la distribución etaria, se observaron 3 picos de mayor derivación, que se corresponden con: la edad pediátrica entre 0-10 años, adultos en torno a los 40 años y ancianos en torno a los 80 años (Tabla 2).

El día de la semana en el que se produjeron mayor número de derivaciones fue el sábado (24%), seguido por el domingo (16%) y el viernes (15%) (Tabla 3).

Los motivos de consulta más frecuentes fueron: traumatismos (17%), trastornos gastrointestinales y dolor abdominal (17%), síndrome febril (14%) y problemas oftalmológicos (11%) (Figura 1).

Los pacientes que recibieron tratamiento previo a la derivación fueron el 32%, mientras que en el 68% restante no se ensayó ningún tratamiento.

Las pruebas complementarias utilizadas antes de la derivación fueron EKG (16%), radiología convencional (33%) y analítica, que incluye hemograma, bioquímica, coagulación, sedimento de orina y/o gasometría (38%) (Figura 2).

El destino final de los pacientes que pasaron al SCCU fue su domicilio (93%), observación (5%) o ingreso hospitalario (7%) (Figura 3).

El 50% de los mismos requirió ser atendido por algún especialista (Figura 4).

Respecto a la calidad de los DD, según los criterios de Irazabal modificados por Morera (8,9), el 39% fueron buenos, el 26% aceptables y el 35% malos (Figura 5).

En un solo documento de derivación se recogió el juicio clínico.

Discusión

En la bibliografía más directamente relacionada con nuestro estudio^{1, 2, 3, 5, 6} no aparece mencionada la distribu-

ción por sexo, sí en otros artículos referentes a urgencias con resultados dispares¹⁰⁻¹⁶. En nuestro estudio hay un equilibrio entre los dos sexos.

En cuanto a la edad media encontrada (38,15) es menor que la de publicaciones reseñadas¹⁰⁻¹⁶. No hay mención en otras publicaciones en cuanto a la distribución por edad.

En nuestro estudio la mayor derivación se produce los días del fin de semana (sábado y domingo). En otras publicaciones al analizar la distribución por días de la semana encuentran una mayor afluencia de pacientes los lunes^{11, 13, 17-19} y los fines de semana^{19, 20}. Debemos de señalar que estos resultados no son comparables, ya que los artículos mencionados hacen referencia a urgencias hospitalarias, sin distinguir que éstas lleguen o no derivadas. Además, en nuestro trabajo la aparición de un mayor número de derivaciones en sábado y domingo tiene un sesgo implícito debido al mayor número de horas que el DCCU permanece activo los fines de semana (24 h.) con respecto al resto de la semana (17 h./día).

Nos encontramos con un mayor porcentaje de derivaciones debido a traumatismos, trastorno gastrointestinal-dolor abdominal y síndrome febril; esto es similar a otros trabajos^{3, 12-14}. Es de señalar la poca frecuencia de cuadros cardiovasculares (arritmias: 1%, y dolor torácico: 3%), causas frecuentes de visita en servicios de urgencias en la bibliografía. El motivo se podría encontrar en la posibilidad de realizar pruebas complementarias, que da al DCCU una mayor resolución diagnóstica en estos cuadros, derivados frecuentemente con este fin.

En los pacientes derivados por el DCCU hubo un uso de pruebas complementarias en un elevado porcentaje. No existen otros estudios que recojan este apartado. Sin embargo sí que aparece recogidos como una causa de derivación «per se»^{1, 5}. No hemos recogido el porcentaje de uso de estas pruebas en los pacientes vistos por el DCCU, sólo en los derivados, por lo que no podemos establecer la resolución que la disposición de pruebas aporta.

Del total de los pacientes derivados sólo en un 32% se inició tratamiento, en la bibliografía previa sólo una publicación presenta el porcentaje de tratamiento previo o durante la derivación con un resultado del 20%². Aunque en nuestro DCCU el porcentaje es más elevado, hay que tener en cuenta la mayor disposición de pruebas diagnósticas a su alcance. No debemos de olvidar que estamos hablando de un dispositivo de urgencias de AP, donde un porcentaje de los cuadros atendidos van a precisar atención especializada, pudiendo dificultar en algunos casos la evaluación clínica si se inicia tratamiento con excesiva prontitud (p.e. dolor abdominal).

Un 7% de los pacientes derivados precisaron ingreso hospitalario; ésta es una cifra similar a un estudio previo⁶, pero muy inferior a otros dos estudios^{2, 3} que presenta-

ban porcentajes del 29,1% y 43,9%. Este porcentaje de ingresos es bajo, pero este resultado aparece matizado por el hecho de que la mitad de los pacientes derivados no fueron resueltos por el personal del SCCU, precisando ser evaluados por especialistas. Éste es un criterio de evaluación justificada descrito en la bibliografía previa^{6, 10, 21}.

En el apartado de calidad en la cumplimentación escogimos los criterios definidos por Irazabal et al⁸ y modificados por Morera et al⁹. Los trabajos que utilizan estos criterios^{8, 9, 22} encuentran resultados similares a los de nuestro trabajo pero no se refieren a derivaciones a urgencias sino a derivación a consulta especializada.

Hay un trabajo³ realizado con documentos de derivación a urgencias que usa unos criterios parecidos con un resultado de un 50% de documentos bien cumplimentados. Aplicando los criterios de éste en nuestro estudio se considerarían buenos un 65% de los documentos de derivación evaluados, cifra considerablemente superior.

La principal debilidad de este trabajo es el bajo número de pacientes derivados en el periodo de tiempo evaluado, por lo que los resultados tienen una significación limitada. Con el fin de paliar esto actualmente estamos completando el estudio aumentando el número de pacientes.

Hay que resaltar que sólo un 8,1% de los pacientes vistos por el DCCU fueron derivados al SCCU. El DCCU funciona como un filtro eficaz ya que en el horario compartido por DCCU y SCCU disminuye en éste la demora y la presión asistencial, con respecto al horario de trabajo de mañana, en el que el SCCU atiende a todas las urgencias que acuden al recinto hospitalario.

Aún así se podría plantear si la coexistencia de estos dos servicios redundaría en una mayor o menor calidad de atención al paciente y si no estaremos duplicando el trabajo o si estamos produciendo un incremento en la petición de pruebas complementarias.

Bibliografía

1. Porcel A, Rubini R, Ávila E y Soler JJ. Evaluación de la información remitida desde atención primaria a urgencias hospitalarias. *Aten Primaria*, 1996; 18: 46-47.
2. León Vázquez F, García Calleja A, Lario Muñoz E, Gallego Sánchez MA. Derivación a servicios de urgencias hospitalarios desde atención primaria. *Aten Primaria*, 1995; 16: 649-650.
3. Mozota J. Análisis del acceso a un servicio de urgencias hospitalario mediante p-10. *Aten Primaria* 1991; 8: 161.
4. Lafarga Vázquez V, Amorós Escolar JC, Almela JV, Simo, L Palomar E, Soler JJ. Relación asistencia primaria-urgencias hospitalarias: utilidad del volante de remisión. *Emergencias* 1993; 5: 55-58.
5. Valle Soler J, Segura Monreal L, Viñas M, Avendaño E. Urgencias en atención primaria y derivación de pacientes al hospital. *Aten Primaria* 1990; 7: 593-594.
6. Gallego P. Valoración de la demanda derivada del medio extrahospitalario mediante P-10 a un Servicio de Urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1989; 6: 61.

7. Garcés Pérez VJ, Manrique Romero J, Arancon Monge JM, Alonso Alvarez P, Fernandez García MR, Iturre Molinos J et al. Valoración de los P-10 remitidos al Servicio de Urgencias. Comunicación al II congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina de Emergencias. Soria, Mayo 1994.

8. Irazabal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? Aten Primaria 1996; 17: 376-381.

9. Morera J, Custodi J, Perroca L, Midja F. Análisis de la calidad de la información transmitida entre atención primaria y atención especializada. Medifam 1991; 1: 132-140.

10. Llorente S, Alonso M, Buznuego B. Papel de la atención primaria al servicio de urgencias de un hospital comarcal. Aten Primaria 1996; 18: 243-247.

11. Alonso M, Hernández R, del Busto F, Cueto A. Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. Rev San Hig Pub 1993; 67: 39-45.

12. Garrido Cruz I, Montilla Sanz MA, Espejo Rosillo I, Caballero Oliver A, Montero Romero E. Comparación de la derivación de pacientes a un servicio de urgencias hospitalario según medio de procedencia. Aten Primaria 1997; 20: 361-366.

13. Escobedo L, Gonzalez Gil L, Salarichs M, Manzano A, López I, Martín JA et al. Evaluación de las urgencias hospitalarias des de un área básica de salud. Aten Primaria 1997; 19: 169-175.

14. Díaz Ricomá N. Perfil del paciente atendido por los MIR-1 de MFyC en urgencias. Libro de comunicaciones del IX congreso de la SAMFYC 2000, p. 209.

15. Descarrega R, Gutiérrez G, Cruz L, López I. Análisis de la utilización inadecuada del servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. Aten Primaria 1994; 13: 480-483.

16. Bolbar I, Balanzó X, Armada A, Fernandez J, Foz J, Sanz E et al. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios de urgencias hospitalarios. Med Clin (Barc) 1996; 107: 289-295.

17. Diego F, Franch J, Álvarez JC, Álvarez F, De Pablo ML, Vilamar J. Urgencias hospitalarias en el area sanitaria de León. Estudio de la repercusión de la atención primaria. Aten Primaria 1990; 7: 49-55.

18. Lloret J, Puig X, Muñoz J. Urgencias médicas. Análisis de 18240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el periodo de un año. Med clin (Barc) 1984; 83: 135-141.

19. Nuñez Díaz S, Jorge Pérez M, Nuñez Díaz V, Hage Made A. Estudio epidemiológico en el servicio de urgencias de un hospital universitario. Emergencias 1989; 1: 5-11.

20. Balanzó X, Pujol R. Grupo internacional de servicios de medicina interna. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Catalunya. Med Clin (Barc) 1989; 92: 86-90.

21. Cantero J, Sanchez-Cantalejo E, Martínez J, Maeso J, Rodríguez JJ, Prieto MA et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. Aten Primaria 2001; 28: 326-332.

22. Rubio V, Rodríguez ML, Sampedro E, Victores C, Alechiguerra A y Barrio JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta. Aten Primaria 2000; 26: 681-684.

TABLA 1. NIVELES DE CALIDAD DEL DOCUMENTO DE DERIVACIÓN (DD)

Bueno, si contiene todos:
❖ Antecedentes personales y familiares (si procede).
❖ Tratamiento que sigue habitualmente
❖ Datos suficientes de la enfermedad actual con exploraciones complementarias (si procede)
❖ Impresión diagnóstica, diagnóstico diferencial o motivo de consulta.
Aceptable, si:
❖ Queda claro el motivo de interconsulta
❖ Presenta datos suficientes de la enfermedad actual, aunque no todos los incluidos en el apartado anterior (la no presencia de los 4 precisos para ser considerados buenos).
Malo, si:
❖ Ilegible.
❖ Sin datos suficientes para la valoración de la enfermedad actual.
❖ Ausencia de información.

Irazábal et al ⁸, modificada por Morera et al ⁹.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD (NÚMEROS ABSOLUTOS)

EDAD	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	>80
N.º PACIENTES	36	13	11	17	11	9	11	20	12

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR DÍAS DE LA SEMANA EN QUE ACUDIERON LOS PACIENTES

DÍA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
N.º	11	14	13	11	15	24	16

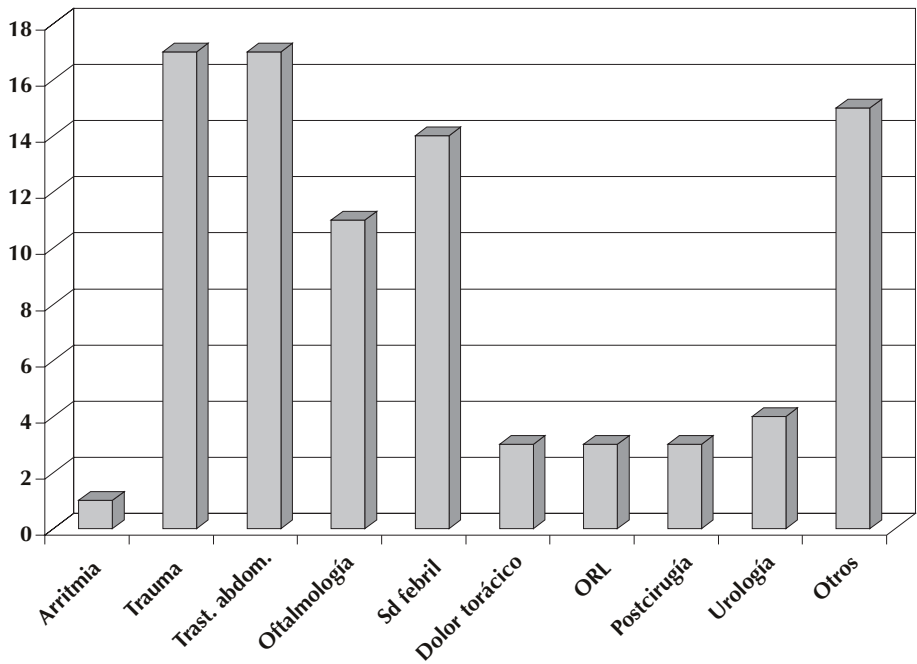


FIGURA 1
PORCENTAJE DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA PRESENTES
EN EL DOCUMENTO DE DERIVACIÓN DESDE EL DCCU AL SCCU

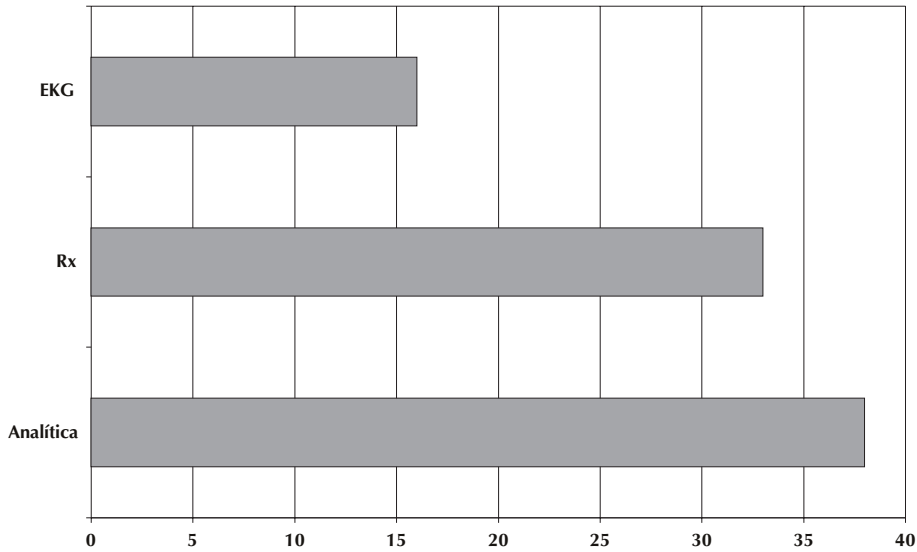


FIGURA 2
PORCENTAJE DE USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

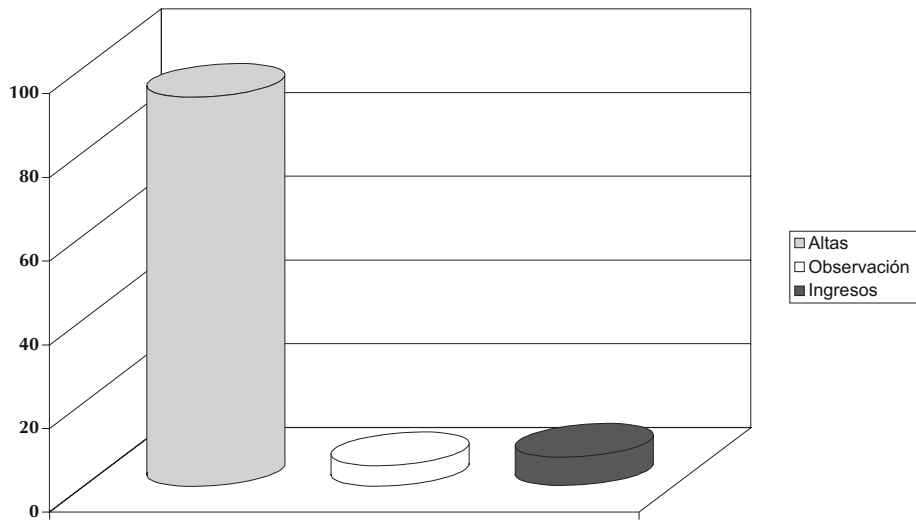


FIGURA 3
DESTINO FINAL DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE EL DCCU, TRAS SER EVALUADOS EN EL SCCU

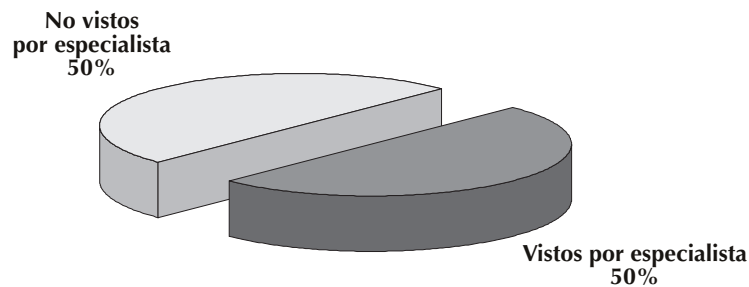


FIGURA 4
PORCENTAJE DE PACIENTES DERIVADOS POR EL DCCU QUE FUERON EVALUADOS POR ESPECIALISTAS HOSPITALARIOS EN EL SCCU, CON INDEPENDENCIA DE SU DESTINO

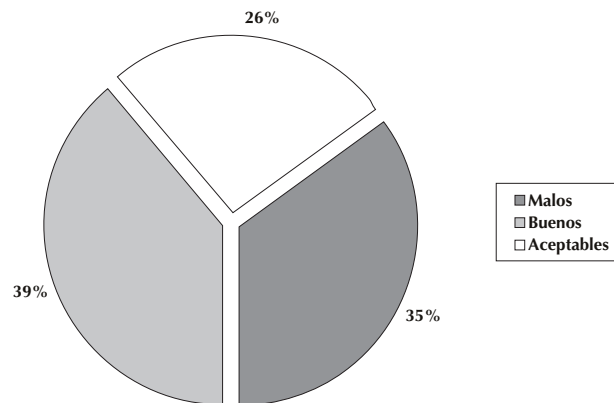


FIGURA 5
PORCENTAJE DE LA CALIDAD DE CUMPLIMENTACIÓN EN EL DOCUMENTO DE INTERCONSULTA SEGÚN LOS CRITERIOS DESCRITOS POR IRAZÁBAL ET AL Y MODIFICADOS POR MORERA ET AL

ORIGINAL

Prevención desde atención primaria de la trombosis venosa profunda

Parrilla Ruiz F¹, Vargas Ortega D², Cárdenas Cruz D¹, Martínez Cabezas S², Cárdenas Cruz A³, Díaz Castellanos MA⁴.

¹ Médico de Familia. Unidad de Urgencias; ² MIR MFyC; ³ Médico Intensivista. Cuidados Críticos y Urgencias; ⁴ Médico Intensivista. D.A.I.G. Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

PREVENCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Objetivos: Analizar los factores de riesgo que presentan los pacientes con Trombosis Venosa Profunda (TVP) como objetivo principal. Determinar la positividad y la cuantificación del Dímero D en la TVP como prueba diagnóstica, y el tratamiento inicial y preventivo de la TVP, como objetivo secundario.

Diseño: Estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento: Unidad de Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Población y muestra: Todos los pacientes que fueron diagnosticados de Trombosis Venosa Profunda mediante Eco-Doppler durante el periodo de estudio (1998-2002).

Intervenciones: Se recogieron de las historias clínicas las siguientes variables: Edad, Sexo, Enfermedades actuales, Dímero D (DD), Tratamiento inicial y de mantenimiento. Análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados: En el periodo de estudio se diagnosticaron en nuestra Unidad de Urgencias mediante Eco-Doppler 196 TVP. El 74% de los pacientes eran varones y el 26% mujeres. La edad media era de $67 \pm 7,5$ años. Las enfermedades más frecuentes que padecían estos enfermos eran, por orden de frecuencia: Hipertensión arterial (HTA): 35%, Diabetes Mellitus (DM): 24%, Dislipemia: 19%, Episodios anteriores de TVP: 13%, Asma bronquial/ EPOC: 13%, Cardiopatía Isquémica: 12%, Cirugía reciente (menos de un mes): 10%, Neoplasia: 9%. Sólo el 9% de los pacientes no presentaba enfermedad asociada. Se solicitó el DD al 59% de los pacientes, siendo positivo (mayor a 500 ng/ml) en el 100%. El 100% de los pacientes se trató inicialmente en Urgencias con Heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis terapéuticas. El 56% actualmente está en tratamiento con acenocumarol, el 35% está sin tratamiento y el 9% con Ácido acetil salicílico (AAS). Tras análisis estadístico se encontró asociación estadísticamente significativa entre la TVP y el padecer enfermedades asociadas como HTA/ DM/ Dislipemia ($p = 0,04$).

Conclusiones: La Trombosis venosa profunda es más frecuente en Hombres entre 60-80 años, que presentan como antecedentes personales HTA, DM, Dislipemia y Episodios anteriores de TVP. El DD es una prueba eficiente ante la sospecha diagnóstica de Trombosis Venosa Profunda. El tratamiento inicial de la TVP se realizó con Heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas, continuando con acenocumarol para la prevención de nuevos episodios. Desde Atención primaria debemos actuar sobre los factores de riesgo como prevención primaria y secundaria.

Palabras Clave: Trombosis Venosa Profunda. Dímero D. Heparina de bajo peso molecular.

PREVENTING DEEP VEIN THROMBOSIS AT THE PRIMARY CARE LEVEL

Objectives: The main goal is to analyse risk factors involved in patients who suffer from Deep Venous Thrombosis (DVT). The secondary goal is to determine the positivity and quantity of D-dimer in DVT so that this blood test can be used as diagnostic proof for initial and preventive treatment of DVT.

Methodology: Descriptive cross sectional study.

Setting: Emergency Unit. The publicly owned Poniente Hospital of El Ejido, Almería.

Population and Sample: All patients that were diagnosed with DVT by means of a Doppler ultrasound exam in the period under study (1998-2002).

Interventions: The following variables were collected from patients' case histories: age, sex, current diseases, D-dimer (DD), initial and follow-up treatment. Statistical analysis by SPSS.

Results: 196 DVT were diagnosed at our Emergency Unit by means of a Doppler ultrasound exam during the period under study. 74% of the patients were men and 26% women. The average age was 67 ± 7.5 years. The most frequent diseases that these patients suffered were (in order of frequency): high blood pressure (HBP), 35%; Diabetes Mellitus (DM), 24%; high cholesterol levels, 19%; previous episodes of DVT, 13%; bronchial asthma/chronic obstructive pulmonary disease, 13%; ischaemic cardiopathy, 12%; recent surgery (less than a month), 10%; and neoplasm, 9%. Only 9% of the patients did not show an associated disease. DD was requested in 59% of the patients, being positive (more than 500 ng/ml) in 100%. All the patients were initially treated in the Emergency Room with low molecular weight heparin in therapeutic doses. 56% of them are currently under treatment with acenocoumarol, 35% are without treatment, and 9% are being treated with acetylsalicytic acid (AAS). After the statistical analysis, some significance was encountered among DVT and the existence of suffering from associated diseases, such as HBP/MD/ high cholesterol level ($p = 0,04$).

Conclusions: Deep Venous Thrombosis is more frequent among men between 60-80 years of age who have a history of HBP, MD, high level of cholesterol and previous episodes of DVT. DD can provide efficient proof for diagnosis in cases where Deep Venous Thrombosis is suspected. Initial treatment of DVT involved low molecular weight heparin in therapeutic doses. To prevent new episodes, treatment was continued with acenocoumarol. At the primary care level we must act on risk factors as primary and secondary prevention.

Key words: Deep Venous Thrombosis, D-dimer. Low molecular weight heparin.

Correspondencia: Francisco M. Parrilla Ruiz. Calle de las Olimpiadas, n.º 2, 1.º 6, Edificio Playa Príncipe. 04740 Roquetas de Mar (Almería). Teléfono: 699846790 / 699487848 / 950321103. E-mail: parrilla@terra.es

Recibido el 10-03-2003; aceptado para publicación el 03-09-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 3: 177-183

Introducción

Moser englobó a la Trombosis Venosa Profunda junto con el Tromboembolismo Pulmonar (TEP) en el término Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV)¹, que constituye un fenómeno de trombosis del sistema venoso profundo. La incidencia de esta enfermedad está en discusión, en Europa tras una reunión de expertos establecieron 160 casos de TVP anuales por cien mil habitantes². Extrapolando estas cifras a 40 millones de españoles, obtenemos 64.000 casos de TVP; sin olvidar las complicaciones que provoca, como 24.000 muertes por TEP al año³.

Los factores etiológicos de la TVP se agrupan en predisponentes (predisposición individual genética o adquirida de hipercoagulabilidad) y precipitantes (enfermedades médicas o quirúrgicas que obligan al reposo absoluto), esto sumado a la asociación de algún factor de riesgo (Edad > 40 años, género masculino, obesidad, enfermedades (HTA, Dislipemia...) etc.) favorece la aparición de la TVP^{4, 5}. Como médicos de familia debemos actuar no sólo para diagnosticarla y tratarla precozmente, sino para prevenirla, adquiriendo en nuestra actividad diaria un compromiso educador de los factores de riesgo.

El objetivo de nuestro trabajo es analizar las enfermedades asociadas que presentan los pacientes con TVP como objetivo principal. Determinar la positividad y la cuantificación del Dímero D en la TVP como prueba diagnóstica y el tratamiento inicial y preventivo de la TVP como objetivo secundario.

Material y métodos

Diseño: Análisis retrospectivo transversal, mediante recogida de datos de las historias clínicas de la Unidad de Urgencias, así como del informe de alta hospitalaria del servicio de cirugía de nuestro hospital, que fueron diagnosticados en urgencias de TVP.

Periodo del estudio: De 1998 al 2002.

Ámbito del estudio: Unidad de Urgencias, perteneciente al Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente (Hospital de Primer Nivel de la Junta de Andalucía). El Ejido. Almería.

El ámbito poblacional asignado al Hospital de Poniente está conformado por una población de 155.229, según el padrón Municipal de Habitantes de 1998. Media de urgencias atendidas al mes: 298.

Sujetos: *Criterios de inclusión:* Pacientes que acudieron a urgencias por iniciativa propia o derivados desde atención primaria que tras exploración y realización de eco doppler es diagnosticado de TVP. *Criterios de exclusión:* Pacientes ingresados en planta hospitalaria por otra causa que durante el periodo de encamamiento sufren una TVP.

Muestra: 196. ($p = 0,5$, error alfa = 0,05, precisión 0,07).

Mediciones: La recogida de datos se realizó de la historia clínica de urgencias así como del informe de alta hospitalaria por facultativo adscrito a la unidad de urgencias. Las variables analizadas para cada paciente fueron:

- *Edad*
- *Género*
- *Enfermedades previas:* Tras la recogida de datos se seleccionaron las enfermedades más frecuentes y se excluyeron las que aparecían en menos de un 1% de los pacientes.
- *Cuantificación del Dímero D.* (Mediante la técnica de látex. Se considera positivo > a 500 ng/ml). Se cuantificó en intervalos internacionales, que nos

indicaba el grado de probabilidad de TVP: < 500: Negativo, 500-1.000: Baja probabilidad, 1.000-2.000: Media probabilidad, 2.000-4.000: Alta probabilidad, 4.000-8.000: Muy alta probabilidad.

- *Tratamiento inicial.*
- *Tratamiento de mantenimiento*

Métodos estadísticos:

Para atender a los objetivos de este trabajo, se llevó a cabo un análisis estadístico con las observaciones disponibles, que se resume en los siguientes pasos:

- Para el conjunto de los individuos se llevó a cabo un análisis descriptivo para todas las variables; para cada variable se obtuvo su tabla de frecuencia y en los casos que fue posible se usaron medidas clásicas de resumen como, la media, mediana, cuartiles, el rango y la desviación típica.
- La comparación se realizó de doble manera, si la variable era cuantitativa se empleó Análisis de la Varianza de una vía, si daba significativo, se llevaban a cabo comparaciones por parejas según metodología de Bonferrini. Si la variable era cualitativa se realizó tabla de contingencia y el estadístico Chi-cuadrado y Test exacto de Fisher para tablas de contingencia.
- En todos los casos se aplicó el programa estadístico SSPS.V.8.0.
- Definimos en todos los casos significación estadística $p < 0,05$.

Resultados

En nuestra Unidad de Urgencias durante el periodo de los 4 últimos años se atendieron aproximadamente a 350.000 pacientes. De los cuales 196 (< 1%) se diagnosticaron de TVP mediante la técnica no invasiva de Eco Doppler.

El 74% de los pacientes eran varones y el 26% mujeres. La edad media fue de 67 años (DE 7,5). La edad media por sexo: Varón $66 \pm 5,3$ años, Mujer: $61 \pm 4,2$ años. Según grupos de edad y género (**Gráfica 1**).

Las enfermedades previas más frecuentes que padecían los pacientes eran (como se muestra en la **Tabla I**, por orden de frecuencia); HTA, DM, Dislipemia, Episodios anteriores de TVP, Asma bronquial/ EPOC, Cardiopatía Isquémica, Cirugía reciente (menos de un mes), Neoplasia, Insuficiencia Venosa Periférica, así como otros procesos menos frecuentes: Obesidad, Anticonceptivos orales, Hipotiroidismo, Osteoporosis, Síndrome prostático, etc. Sólo el 9% de los pacientes no presentaban ninguna enfermedad asociada.

En el 48% de los pacientes se pudo constatar alguna causa que obligaba al reposo absoluto, en el resto de las historias no se indicaba dicha situación.

Se cuantificó el Dímero D en 115 (59%) pacientes. Tras el análisis fue positivo en el 100% y su cuantificación según intervalos: entre 500-1.000: 16%, entre 1.000-2.000: 22%, 2.000-4.000: 42%, 4.000-8.000: 16%, mayor 8.000: 4% (**Gráfica 2**).

Tras ser diagnosticados de TVP mediante Eco Doppler, el 100% de los pacientes se trató inicialmente con HBPM (enoxaparina o nadroparina) a dosis terapéuticas.

Tras el cuadro agudo el paciente mantiene un tratamiento de mantenimiento con acenocumarol en el 56%, el 35% está sin tratamiento, un 9% con AAS.

Tras el análisis estadístico encontramos que los pacientes con HTA, DM, Dislipemia tienen más predisposición a tener episodios de TVP ($p = 0,04$).

Discusión

La TVP, según bibliografía, tiene una frecuencia de 160 casos anuales por cien mil habitantes², en nuestro estudio es más baja, 33 casos/cien mil habitantes/año. Como vemos existe una gran diferencia, creemos que se debe a las características de la población. El poniente almeriense es una zona que demanda una gran oferta de trabajo, debido a la agricultura intensiva, provocando en los últimos años la llegada de emigrantes, constituyendo una población mayoritariamente joven.

Los factores de riesgo más frecuentes en la TVP son: Edad ≥ 40 años (80%), Inmovilización > 5 días (entre el 12-40%), Obesidad (17-37%), Antecedente de TVP (22-27%), Neoplasia (6-22%), Cirugía Mayor (11%), Insuficiencia Cardíaca (8%), Varices en MMII (5-19%), Fractura de fémur y cadera (4%), Anovulatorios (2-5%), Ictus (2%), Politraumatismos (1%), Parto (1%), IAM (1%). En el 90% de las TVP aparece uno de estos factores de riesgo, y dos o más en el 70%⁶. Como vemos en nuestro estudio los resultados son similares, los pacientes con TVP tienen una edad media de 67 años, estaban en reposo por distintas causas, pero destacar que los factores de riesgo más frecuentes que padecían eran la HTA, DM, Dislipemia. Comprobamos cómo estos factores son constantes en nuestro trabajo diario y debemos seguir insistiendo como Médicos de Familia en la prevención y control de estas enfermedades.

Basándose en todos estos factores de riesgo se han diseñado clasificaciones de riesgo de ETV para pacientes hospitalizados⁷, pero debido a la actual posibilidad de tratamiento domiciliario con HBPM, ha hecho que el médico de atención primaria individualice el riesgo en los pacientes ambulatorios, para establecer medidas preventivas, esto a desembocado en la realización de tablas para el cálculo del riesgo acumulativo de la ETV^{5, 8} (**Tabla II**).

La TVP es una entidad muy frecuente y su principal complicación el TEP tiene una mortalidad elevada, el 90% se produce por coágulos de extremidades inferiores, y el 50-65% de las TVP se complican con un TEP. Esto hace que sea prioritario diagnosticar precozmente esta patología en pacientes de riesgo⁹. El diagnóstico clínico es muy complicado, la clínica típica es muy inespecífica, frecuentes en la población general y puede deberse a numerosas causas no trombóticas¹⁰, en algunas series entre el 25-50% de los casos con clínica de TVP, se confirmó mediante pruebas complementarias y hasta el 50% de las TVP confirmadas cursaron de forma asintomática¹¹. Actualmente se han desarrollado modelos de probabilidad clínica que permi-

ten establecer una aproximación diagnóstica de TVP con alto grado de fiabilidad¹², de las cuales la más extendida es la Wells^{13, 14} (**Tabla III**), sumado a la aparición en la última década de la cuantificación del DD¹⁵, ha favorecido al médico de familia en el diagnóstico de la TVP, evitando derivaciones innecesarias al hospital para la realización de otras pruebas complementarias¹².

El DD se caracteriza por la alta sensibilidad y alto valor predictivo negativo superior al 97%, con lo que cifras menores a 500 ng/ml descarta la ETV sin necesidad de otras exploraciones más costosas. En cambio posee una especificidad del 66% ya que aumenta en otras patologías como infecciones, traumatismos, neoplasias, etc^{16, 17, 18, 19}.

Varios estudios concluyen que en pacientes con sospecha de TVP la combinación de los modelos de probabilidad clínica y del dímero D supone un riesgo inferior al 1% de que una TVP no sea diagnosticada^{20, 21}.

En nuestro estudio comprobamos cómo en la totalidad de las TVP diagnosticadas mediante Eco Doppler en nuestra Unidad de Urgencias que se le solicitó el DD, éste fue superior al valor normal ($> 500\text{ng/ml}$), comprobando que la sospecha clínica más la positividad del DD conllevo que el facultativo solicitase una Eco-Doppler confirmando así el diagnóstico de TVP. (Pensamos que al resto de los pacientes no se solicitó debido a que la Unidad de Análisis de nuestro hospital carecía de dicha prueba hasta hace 2 años y/ o a la claridad de la sospecha clínica que el facultativo desestimaba la solicitud del Dímero D).

Tras la valoración de los factores de riesgo, sospecha de TVP mediante la aplicación de los modelos clínicos / determinación del DD, la prueba diagnóstica de elección es la Eco Doppler color^{2, 9, 12}.

El tratamiento de elección de la TVP es la HBPM, siendo la enoxaparina la más utilizada, a dosis de 1mg/kg peso/12h o en dosis única subcutánea. Se debe comenzar inmediatamente tras confirmar el diagnóstico. Al mismo tiempo se inicia el tratamiento con anticoagulantes orales/ACO (acenocumarol o warfarina). La HBPM se debe mantener hasta 24 horas después de alcanzar un INR = 2-3. El tratamiento con ACO se debe mantener en un primer episodio de TVP de 3 a 6 meses, en episodios recidivantes de forma indefinida^{3, 22}. Esto concuerda con los resultados de nuestro estudio, donde todos los pacientes fueron tratados inicialmente con HBPM.

A partir de 1996 aparecieron varios estudios considerando el tratamiento de la TVP en régimen domiciliario, debido a las características de la HBPM, que pone de manifiesto una sencilla administración vía subcutánea hasta por el propio paciente o familiar. Actualmente se está realizando en varias zonas de España con buenos resultados, requiriendo un gran esfuerzo por parte de Atención Primaria, ya que tienen que asumir el seguimiento del

paciente y los primeros controles de INR. Cuando nos encontramos con la posibilidad de realizar un tratamiento domiciliario tenemos que tener en cuenta lo siguiente: Criterios de inclusión y exclusión (**Tabla IV**), el paciente comprende la importancia del tratamiento y su forma de administración, informarle de las complicaciones y dónde acudir, requerir del paciente un «consentimiento informado» de que accede al tratamiento ambulatorio y que ha recibido las instrucciones oportunas ^{23, 24, 25, 26}.

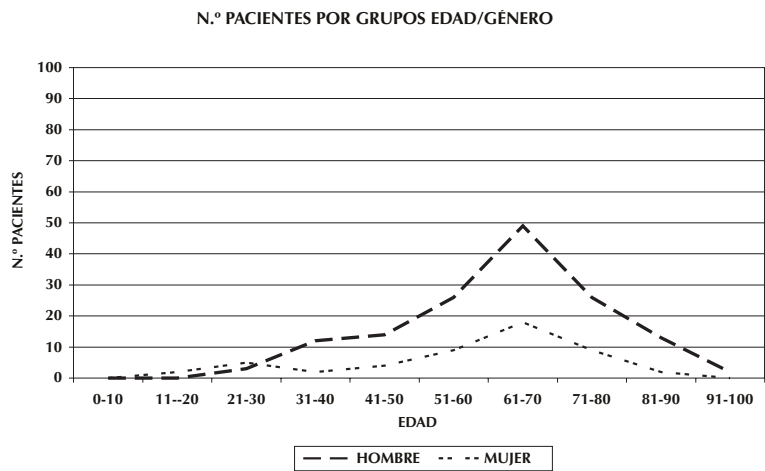
Como hemos comprobado en la bibliografía, la TVP es una enfermedad frecuente y con alta morbilidad siendo la consulta de Atención Primaria la puerta de entrada más frecuente. Como Médicos de Familia debemos trabajar en el control de los factores de riesgo, en el diagnóstico precoz de pacientes susceptibles de padecer ETV, instauración de medidas preventivas, sospecha clínica, derivación hospitalaria para confirmación, control de los pacientes ya coagulados y probablemente en un futuro cercano asumir el tratamiento ambulatorio con HBPM de la TVP.

Agradecimientos

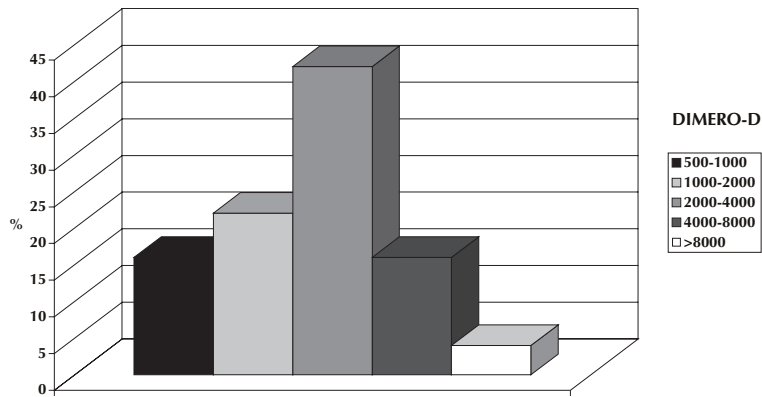
Estamos agradecidos a todo el personal de la Unidad de Urgencias. Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias, así como a la Unidad de Hematología, Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería, por su colaboración y a la inestimable ayuda de nuestro amigo D. José Miguel Rodríguez Nieto por la realización al inglés del resumen.

Bibliografía

- Moser KM. Venous thromboembolism: state of de art. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141: 235-49.
- European Consensus Statement. Windsor (UK). Prevention of venous thromboembolism. *International Angiol* 1992; 11: 151-9.
- Moya Mir MS. Papel de las heparinas de bajo peso molecular en la enfermedad tromboembólica venosa. *Emergencias* 2002; 14: S35-S37.
- Moya Mir MS, Calabrese Sánchez S. Enfermedad tromboembólica venosa en urgencias. *Emergencias* 1999; 11: 118-31.
- Díaz Sánchez S, Andrade Rosa C, Martínez Crespo J. Trombosis venosa profunda. *FMC* 1998; 2: 77-88.
- Anderson FA, Wheeler HB. Physician practices in the management of venous thromboembolism: a community-wide survey. *J Vasc Surg* 1992; 15: 707-14.
- Tromboembolic risk factor consensus group. Risk of and prophylaxis for venous thromboembolism in hospital patients. *Br Med J* 1992; 205: 567-74.
- Comité de Profilaxis de la Enfermedad Tromboembólica. Boletín de Profilaxis de la Enfermedad Tromboembólica 1992; 3: 6-9.
- Cronan J. Venous thromboembolic disease: the role of US. *Radiology* 1993; 186: 619-30.
- Anand SS, Wells PS, Hunt D, Brill-Edwards P, Cook D, Ginsberg JS. Does this patient have deep vein thrombosis? *JAMA* 1998; 279: 1094-9.
- Haeger K. Problems of acute deep venous thrombosis. The interpretation of signs and symptoms. *Angiology* 1969; 20: 219-23.
- Páramo JA. Nuevos planteamientos en el diagnóstico de la trombosis venosa profunda de extremidades inferiores. *Med Clin* 2000; 114: 53-5.
- Wells PS, Hirsch J, Anderson D, Lensing A, Foster G, Kearon C. Accuracy of clinical assessment of deep vein thrombosis. *Lancet* 1995; 345: 1326-30.
- Wells PS, Hirsch J, Anderson DR, Lensing AW, Foster G, Kearon C et al. A simple clinical model for the diagnosis of deep-vein thrombosis combined with impedance pletysmography: potential for an improvement in the diagnosis process. *J Intern Med* 1998; 243: 15-23.
- Aguilar Franco F, Martínez Benedicto A, Martínez Santabárbara A, Del Río Mayor C, Del Villar Sordo V, Vázquez Salvado M, Rodríguez Recio FJ. Valor diagnóstico del dímero D en pacientes con baja probabilidad clínica de trombosis venosa profunda en miembros inferiores. *Med Clin* 2002; 118: 539-42.
- Becker DM, Philbrick JT, Bachhuber TL, Humphries JE. D-Dimer testing and acute venous thromboembolism. A shortcut to accurate diagnosis? *Arch Intern Med* 1996; 156: 939-46.
- Freyburger G, Tillaud H, Labrousse S, Gauthier P, Javorsdri S, Bernard P, et al. D-Dimer strategy in thrombosis exclusion. *Thromb Haemos* 1998; 79: 32-7.
- Perrier A, Demarais S, Goehring C, de Moerloose P, Morabia A, Unger PF, et al. D-dimer testing for suspected pulmonary embolism in outpatients. *Am J Resp Crit Care Med* 1997; 156: 492-6.
- Janssen MC, Wollersheim H. Rapid D-dimer assays to exclude deep venous thrombosis an pulmonary embolism: current status and new developments. *Semin Thromb Hemost* 1998; 24.
- Lennox AF, Delis KT, Serunkuma S, Zarka ZA, Daskalopoulou SE, Nicolaides AN. Combination of a clinical risk assessment score and rapid whole blood D-dimer testing in the diagnosis of deep vein thrombosis in symptomatic patients. *J Vasc Surg* 1999; 30: 794-803.
- Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, Guy F, Mitchell M, Lewandowski B. SimpliRED D-dimer can reduce the diagnostic test in suspected deep vein thrombosis. *Lancet* 1998; 351: 1405-6.
- Fandos Olona JM, Descarrega Queralt R. Nuevas heparinas. *FMC* 1994; 4: 254-8.
- Díaz Sánchez S. Tratamiento domiciliario de la TVP. Indicaciones de las HBPM en Atención Primaria. Barcelona; Ediciones Doyma; 2000.
- Grau E, Real E, Pastor E, Terró JA, Garay M. Tratamiento domiciliario de las trombosis venosas profundas con heparina de bajo peso molecular. *Rev Clin Esp* 1997; 197: 3-1.
- Martín Carbonero L, Salgado X, Pedrajas JM, Armengol JG, Jiménez Rodríguez – Madridejos R, Fernández Cruz A. Evolución a corto y largo plazo de la trombosis venosa profunda, tratada por una unidad de hospitalización a domicilio. *Rev Clin Esp* 2002; 202: 428-32.
- Álvarez Nebreda ML, Pérez Tamayo I, Brañas Baztán F, Rada Martínez S, Serra Rexach, González Ramallo V et al. Tratamiento de la trombosis venosa profunda en pacientes mayores de 60 años en una unidad de hospitalización a domicilio. *Rev Geriatr Gerontol* 2002; 37: 254-9.



GRÁFICA 1. EDAD/GÉNERO DE LOS PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA



GRÁFICA 2. CUANTIFICACIÓN DEL Dímero D

TABLA I. ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA(TVP)

ENFERMEDADES ASOCIADAS	% DE PACIENTES QUE LA PADECEN
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	35%
DIABETES MELLITUS	24%
DISLIPEMIA	19%
EPISODIOS ANTERIORES DE TVP	13%
CARDIOPATÍA ISQUEMICA	12%
CIRUGÍA RECIENTE < 1 MES	10%
NEOPLASIA	9 %
INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA	6%
OTROS (Obesidad, Hipotiroidismo, Anticonceptivos orales, Osteoporosis, S. Prostático, etc.)	< 3%

TABLA II. VALORACIÓN DEL RIESGO TROMBOEMBÓLICO EN PACIENTES AMBULATORIOS

FACTORES PREDISPONENTES		FACTORES DESENCADENANTES	
Hipertensión arterial	1	Inmovilización:	
Enfm. Pulmonar obstructiva crónica	1	Por enfermedad:	2
Artritis	1	Posquirúrgica:	2
Dislipemia	1	Por fractura de Miembros inferiores:	4
Anovulatorios	1		
Embarazo	1		
Obesidad	2		
Varices	2		
Cardiopatía	2		
Neoplasias	2		
Trombocitosis	2		
Policitemia vera	2		
Accidente Cerebrovascular	3		
Infarto agudo de miocardio	3		
Trombofilia	3		
Edad > 40 años	3		
Puerperio	3		
Carcinoma de páncreas	4		
Insuficiencia cardíaca congestiva	4		
Carcinoma con metástasis	6		
Quemados	6		
Parapléjicos, Hemipléjicos	6		
Puntuación	Riesgo tromboembólico		
1-5	Bajo		
6-11	Moderado		
12	Alto		

Fuente: Díaz Sánchez S, Andrade Rosa C, Martínez Crespo J. Trombosis venosa profunda. FMC 1998;2:77-88.

TABLA III. SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE WELLS PARA LA SOSPECHA CLÍNICA DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Cáncer activo(tratamiento en curso o durante los 6 meses previos o paliativo)	1
Parálisis, paresia o inmovilización reciente de una extremidad inferior	1
Encamamiento reciente > 3días o cirugía mayor durante las 4 semanas previas	1
Dolor a la palpación en trayecto venoso	1
Edema de toda la extremidad inferior	1
Edema de pantorrilla > 3 cm(medidos 10 cm por debajo de la tuberosidad tibial anterior)	1
Edema con fóvea en extremidad sintomática	1
Venas superficiales dilatadas(en ausencia de varices)	1
Diagnóstico alternativo tan probable o más que el de Trombosis Venosa Profunda	1

Probabilidad pretest: alta 3 puntos, moderada 1-2, y baja < 0 puntos.

Fuente: Wells PS, Hirsch J, Anderson D, Lesing A, Foster G, Kearon C. Accuracy of clinical assessment of deep vein thrombosis. Lancet 1995; 345: 1326-30.

TABLA IV. TRATAMIENTO INICIAL DOMICILIARIO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Paciente sin afectación general.	Absolutos
Bajo riesgo de hemorragias.	Evidencia de Tromboembolismo pulmonar o trombosis de cava.
Garantía de correcta administración de Heparina de bajo peso molecular.	Flegmasía alba o cerulea dolens.
Garantía de monitorización de Anticoagulación oral...	Insuficiencia cardiaca, respiratoria o renal.
Adecuado sistema de vigilancia médica.	Asociación a otros procesos graves.
	Cirugía reciente.
	Relativos
	Embarazo.
	Edad avanzada.
	Estados de hipercoagulabilidad conocidos.

ORIGINAL

Anticoncepción de urgencia: ¿los nuevos médicos de familia nos mostramos dispuestos a utilizar la píldora del día después?

Gómez Jiménez FJ¹, Bullejos López AL².

¹ M.I.R. en la especialidad de MFyC; ² Especialista en MFyC. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén).

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA: ¿LOS NUEVOS MÉDICOS DE FAMILIA NOS MOSTRAMOS DISPUESTOS A UTILIZAR LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS?

Objetivo: Conocer en los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (M.I.R de M.F.yC) su opinión sobre la disposición a utilizar la «píldora poscoital» (ACHO-P) y forma de usarla.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Hospital.

Población y muestra: Todos los M.I.R de M.F.yC. de la provincia de Jaén.

Intervenciones: Encuesta secreta por cuestionario.

Resultados: Encuestados 79 MIR (34 hombres y 45 mujeres), edades entre 25 y 47 años (IC: $29,9 \pm 4,6$). El 96,4% conoce al menos 1 método ACHO-P. No existen diferencias entre hospitales, edad o sexo. El 23% no estaba dispuesto a usarla (78% de ellos por motivos religiosos) ($p < 0,005$). El 24% prescriben a todas las solicitantes; el resto (53%) prescriben, pero no en embarazo demostrado por analítica ni en menores de 18 años si acudían sin sus padres. Entre quienes prescriben; explican opciones previas el 50,8%, los riesgos el 97,7% sin intentar disuadirlos creyendo que se trata de una decisión personal (27%). Usan levonorgestrol y método Yuzpe. La media de prescripciones ($7,4 \pm 5,9$) por médico/año.

Conclusiones: Observamos 3 patrones de conducta: no prescriptor de ACHO-P por motivos religiosos, prescriptor a todas las pacientes que los solicitan y prescriptor salvo casos concretos (más controvertido el caso de menores). Se realiza educación sanitaria y dominan dos pautas de tratamiento.

Palabras clave: anticoncepción, poscoital, adolescente.

EMERGENCY CONTRACEPTION: HOW WILLING ARE NEW GENERAL PRACTITIONERS TO USE THE "DAY AFTER PILL"?

Objectives: To obtain the opinion of resident doctors (M.I.R.) in family and community medicine regarding the use of and their predisposition to prescribe the post-coital pill.

Design: A descriptive study.

Setting: Hospital.

Population and sample: All residents specialized in family and community medicine in the Province of Jaen.

Interventions: Anonymous interviews by questionnaire.

Results: 79 M.I.R (34 men and 45 women) between the ages of 25 and 47 (CI: 29.9 ± 4.6) were interviewed. 6.4% of those interviewed were familiar with at least one method, ACHO-P. No differences were found when compared according to age, sex or hospitals. 23% indicated they would not be willing to prescribe ACHO-P (78% of them for religious reasons) ($p < 0.005$). 24% said they would prescribe the treatment to all who requested it; and the rest (53%) said they would prescribe it, but not in cases where pregnancy had been confirmed through an analysis or in women under 18 years of age unaccompanied by their parents. Among the M.I.R who would prescribe, 50.8% of them would provide information on other options and 97.7% would explain possible risks involved, but without trying to discourage its use since the MIR believe this to be a personal decision (27%). They use levonorgestrol and the Yuzpe method. The average number of prescriptions made by the doctors is 7.4 ± 5.9 per year.

Conclusions: We detected three behavioral patterns: those who would not prescribe ACHO-P for religious reasons; those who would prescribe the drug to all patients who requested it; and those who would prescribe the drug with some specific exceptions (more controversial when minors are involved). Health education is provided and two forms of treatment predominate.

Key words: contraception, postcoital, adolescent.

Correspondencia: F.º Javier Gómez Jiménez. Avd. José Antonio n.º 1, 1.º A. 11160 Barbate (Cádiz). Tlf: 606 038 875. E-mail: javigomed@hotmail.com

Recibido el 12-03-2003; aceptado para publicación el 02-09-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 3: 184-190.

Introducción

En el año 1977 A. Yuzpe describió que la utilización de combinaciones de estrógenos y gestágenos podía usarse como método de anticoncepción de urgencia inmediata al coito, pero hasta 1997 la FDA no aprueba para este fin el método de Yuzpe consistente en la administración de dos tomas de 100 mcgr de Etinilestradiol junto a 500 mcgr de Levonorgestrel (dos grageas en cada toma de un preparado monofásico que contenga 50 mcgr de Etinilestradiol y 250 mcgr de Levonorgestrel), separadas por un intervalo de tiempo de 12 horas. Este hecho condicionó que una encuesta realizada en el año 2000 a nivel de ginecólogos y población general revelara que el 36% de los encuestados sabía que se podían tomar medidas para prevenir el embarazo tras el coito y sólo el 1% había utilizado en alguna ocasión este recurso ¹.

En Abril del año 2001 se aprueba en España la indicación como anticonceptivo de emergencia de un medicamento compuesto por 750 microgramos de Levonorgestrel, con el cual se simplificaban las pautas y se obtenía una eficacia similar e incluso superior a los métodos anteriores (80-85%) ^{2,3}. En nuestra comunidad autónoma el 27% de los embarazos no son deseados y de estos en el 91% de los ocurridos en menores de 19 años no se usaba ningún método anticonceptivo ⁴.

Ante estos hechos y argumentando que durante el año 1999 se habían obtenido en Andalucía cifras de 32.000 embarazos no deseados y de 1771 interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres menores de 20 años de edad ⁵; la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía decide emitir una circular interna en Mayo de 2001 ⁶ en el marco del Plan de Atención a los problemas de salud de los Jóvenes Andaluces, donde se consideraba la conveniencia de introducir la «píldora poscoital» (ACHO-P) en todos los centros dependientes de este organismo (centros de salud, hospitales, servicios de planificación familiar y de atención y educación sexual a jóvenes) dentro de la medicación disponible en los botiquines de urgencias con el fin de ser facilitada gratuitamente a todas las mujeres que la demandaran. El grupo con edades comprendidas entre los 13 y 24 años es presumiblemente el principal demandante de esta terapia puesto que entre ellas es mayoritaria la población que inicia su actividad sexual sin tener la suficiente información sobre las opciones anticonceptivas previas al coito ⁸.

La Consejería de Salud plantea en el dossier de información destinado a los profesionales, que en el caso de menores de edad demandantes de la ACHO-P, el médico sea quién juzgue la madurez de la misma y de considerarla suficiente, le facilite la medicación, no siendo necesaria la presencia de sus padres para prescribir esta terapia a la paciente ⁵. La cobertura legal de este punto se basa en

los artículos 154.1 y 162.1 del Código Civil ¹² donde se reconoce que la actitud sexual de las personas correctamente desarrolladas corresponde a ellas mismas y al derecho a la disposición del propio cuerpo; sin embargo en el Código Penal (artículos 155 y 156) se considera necesario el consentimiento de los representantes legales de un menor ante todo acto médico dirigido a este ^{7,13}. Además de este punto de conflicto, la polémica surgió en el mismo momento de aparecer la indicación poscoital; determinados grupos sociales consideraban abortiva a esta terapia ⁹. Los médicos, como colectivo integrado en la sociedad, no están exentos de esta polémica y también se han posicionado a favor o en contra de la ACHO-P, surgió así un movimiento de «objeción de conciencia» entre los facultativos que se negaban a prescribirla.

Objetivo

El objetivo de nuestro estudio fue conocer en los médicos residentes en la especialidad de M.F y C, futuros médicos de familia, su opinión y disposición para prescribir la anticoncepción de urgencia.

En aquellos que se posicionan entre los no dispuestos a su uso, conocer las razones que consideran para tomar esta opción. Respecto a los que si la prescriben, queremos saber sus pautas de actuación: si en la entrevista con la paciente se realiza educación sanitaria y su sentido (educativo o disuasorio); si se le administra la medicación a todas las personas solicitantes o bien hay alguna limitación en su uso y por último saber los métodos anticonceptivos poscoitales conocidos y los empleados.

Pulsamos la opinión de los MIR frente a la de los médicos que ya ejercían en los servicios de urgencias por varios motivos:

- 1.º Mantienen una visión más idealizada de la práctica médica y sus convicciones personales suelen ser más fuertes.
- 2.º Los MIR están menos influidos por la carga asistencial y las presiones laborales (Burnaut).
- 3.º Es la opinión de los futuros médicos de atención primaria y de los dispositivos de urgencias.
- 4.º Tienen una visión más actual y una posición más cercana, por su edad, a la población diana. Asimismo, es difícil que su objetividad varíe por ser padres (hecho más frecuente entre otros médicos de mayor edad)
- 5.º Los residentes por estar en una etapa docente están más familiarizados con la realización de estudios y su colaboración es mayor cuando se les solicita.

Otra decisión que tomamos fue realizar la encuesta sólo a MIR de M.F y C pues somos, dentro de los residentes de distintas especialidades quienes nos encontramos en

primer lugar con la demanda de la ACHO-P durante las guardias de presencia física en los servicios de urgencias de los hospitales y centros de salud donde realizamos nuestra formación.

Sujetos y métodos

Estudio descriptivo, transversal, que se realizó entre los MIR de M.F y C de los hospitales de la provincia de Jaén: S. Juan de la Cruz (Úbeda), S. Agustín (Linares), Princesa de España (Jaén) y Ciudad de Jaén (Jaén); dentro de la misma unidad docente. La recogida de datos se efectuó mediante un cuestionario anónimo que fue entregado personalmente a todos los residentes y recogida a lo largo de la semana posterior según preferencia de los encuestados.

La encuesta constaba de 4 preguntas generales: 3 de carácter sociodemográfico y la cuarta sobre el conocimiento de los métodos que existen de anticoncepción poscoital. Si los encuestados se posicionaban entre los partidarios de la prescripción, debían responder otras 6 preguntas con respuesta dicotómica que debían razonar de forma abierta. Si la posición era no prescribirla, debían contestar dos preguntas; una con diversas opciones sobre los motivos y otra dicotómica que planteaba si esta posición podía cambiar en función de las circunstancias.

Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS 7.5 para Windows. Se describieron media, frecuencia, error estándar e intervalos de confianza. La asociación o independencia de las variables cualitativas se contrastaron mediante Chi-cuadrado (χ^2), considerándose significativa la asociación si $p < 0,05$.

Resultados

Se encuestaron a 79 MIR: 17 del Hospital S. Juan de la Cruz (Úbeda), 17 del Hospital S. Agustín (Linares), 21 del Hospital Princesa de España (Jaén) y 24 del Hospital Ciudad de Jaén (Jaén); de ellos 34 eran varones y 45 mujeres, con edades comprendidas entre 25 y 47 años (I.C del 95%: $29,9 \pm 4,6$), se obtuvo una tasa de respuesta del 100%.

El 94,9% (ERROR ESTANDAR [EE]: 2,4) de los encuestados conocía al menos un método ACHO-P, de los cuales el 96,4 % (EE: 2,09) referían entre ellos la pauta de Levonorgestrel 750 mcgr ($p < 0,0005$).

Respecto a su disposición a prescribir ACHO-P no se encontraron diferencias significativas cuando lo analizamos en función de los factores edad, sexo, hospital de procedencia del encuestado y año que cursaba la residencia en M F y C. Se observaron tres patrones de actuación (**Gráfica 1**).

El 23% de los residentes se posicionaban en el grupo que no se mostraba dispuesto a prescribir la ACHO-P. De ellos, el 78% (EE: 10,5) tomaba esta opción por considerarla desde el punto de vista religioso, una práctica abortiva ($p = 0,018$). Otro punto que consideramos en nuestra encuesta fue conocer si se planteaban la prescripción de la anticoncepción de emergencia en situaciones concretas que se pudieran presentar en el futuro; el 36,4% (EE: 11,3) de ellos consideraban esta posibilidad en los casos de un embarazo que supusiera un elevado riesgo vital

para la madre; como puede representar la presencia de una cardiopatía importante que contraindicase el mismo (**Gráfica 4**).

En el otro margen se encontraba el 77% de los encuestados (EE: 4,72), posicionados en el grupo dispuesto a prescribir la ACHO-P. Pero tampoco aquí nos encontramos que existiera unanimidad para utilizar este método de urgencia en las mujeres solicitantes y así aparecen dos tendencias de actuación:

Por un lado hay un grupo de los residentes que prescriben la ACHO-P a todas las mujeres que lo solicitan sin que se planteen, a priori, inconvenientes a ello y suponen el 31,1% (EE: 5,9); sin embargo el grupo mayoritario (I.C del 95%: $68,9 \pm 11,6$) es aquel que recogía a quienes aún estando dispuestos a prescribirla, no lo hacían de forma universal ($p = 0,0032$), sino que eran reticentes a utilizarla en las mujeres menores de edad que acudían sin venir acompañadas de sus padres o tutores. Asimismo mantenían esta postura en otros casos; cuando existieran evidencias de coito realizado con una anterioridad a la demanda mayor de 72 horas (coinciden en realizar test de gestación previo), o bien sospechas de cualquier tipo de contraindicación al tratamiento (**Gráfica 2**).

En general entre quienes prescriben es un hábito frecuente la realización de educación sanitaria (IC del 95%: $93,4 \pm 6,23$) con tres objetivos fundamentales; que se conozcan las opciones anticonceptivas previas (50,8%) (EE: 6,4) tanto en relaciones estables como en las esporádicas, prevenir la excesiva utilización de este sistema de anticoncepción de urgencia (21,3%) (EE: 5,2) y con intención de evitar el aumento de las E.T.S (6,6%) (EE: 3,1).

Un capítulo importante lo constituye la importancia que le prestan los encuestados a la explicación de los efectos secundarios y los riesgos (97,7% de ellos la realizan) (**Gráfica 3**); para que por una parte la paciente sepa identificarlos en caso de su aparición y asuma estos riesgos que puedan generarse del uso y abuso de la terapia empleada ($p < 0,05$). Sin embargo, no se plantea entre los MIR la intención de disuadir a la paciente pues se considera que se trata de una decisión personal (34,2%) (EE: 6,07) ya asumida y meditada por la misma.

Entre los encuestados, la pauta de dos tomas de 750 mcgr de Levonorgestrel separadas por un intervalo de tiempo de 12 horas es la más utilizada (82%) (EE: 4,9) sin embargo el método Yuzpe, no ha sido aún desechado y es usada por el 49,2% (EE: 6,4).

La media de prescripciones de los diferentes métodos de anticoncepción de urgencia que fueron realizadas por cada médico residente a lo largo del año anterior fue de 7,4 (IC del 95%: $1,5 \pm 13,3$).

Conclusiones

Los Médicos que prescriben la ACHO-P a las mujeres demandantes de una forma universal y sin objeciones a priori; no creen que exista diferencias dentro de la población respecto a factores como nivel económico, situación familiar, raza, utilización o no de métodos anticonceptivos previos al coito, uso repetido de ACHO-P o la edad: la falta de mayoría de edad no es un impedimento para que puedan tomarla y de hecho es la población juvenil sobre la que tiene mayor impacto la terapia^{2, 5, 8}. Es considerado un método efectivo para disminuir las cifras de embarazos no deseados sin aumentar el número de coitos desprotegidos¹⁰. Debemos plantear en el mismo momento que atendemos a la mujer, sobre todo adolescente, demandante de este método anticonceptivo urgente que se establece el marco propicio para facilitarle el acceso a la educación sexual y a la planificación familiar. Es fundamental buscar la comunicación entre profesionales y usuarios para conocer sus temores, necesidades y mejorar la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos anteriores al coito; situando en su correcto lugar los efectos secundarios y los mitos preconcebidos que condicionan en muchos casos el inicio del empleo o el abandono de estas opciones¹¹.

En el grupo de médicos que se muestran reticentes a prescribir la ACHO-P a mujeres menores de edad que acuden demandándola sin venir acompañada por los padres, no consideramos que sean razones éticas o religiosas las que condicionan esta actuación, ya

que prescriben la ACHO-P en mayores de edad. El problema surge por el temor a las posibles consecuencias legales derivadas de la actuación que está realizando. Debe tomar una decisión respecto a si considera que la menor está en pleno derecho a la disposición del propio cuerpo (como argumenta el Código Civil) o bien debe solicitar el consentimiento paterno por estar realizando un acto médico (como prescribe el Código Penal)⁷. Por tanto en este caso se demanda una mayor definición y difusión del marco legal que ampara la implantación de la anticoncepción de urgencia en los centros sanitarios para que el médico pueda sentirse seguro en su labor, sea cual sea la opción que tome. Otro aspecto que nos ha llamado la atención dentro de este grupo ha sido comprobar como existen médicos que no se muestran dispuestos a asumir la prescripción de la ACHO-P de forma reiterada a la misma paciente, detrás de esta actitud se plantean dos posibilidades: por una parte que el médico considere que la paciente no tenga la madurez requerida para solicitar la ACHO-P (requisito que se recoge en el dossier de información técnica para profesionales sanitarios publicado por el SAS)⁵ y la otra por considerarse que la usuaria demandante no utiliza los medios educacionales que se

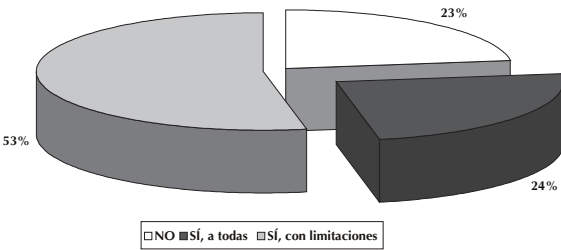
ponen a su disposición al informársele de los servicios donde puede obtener una información amplia y detallada de otras opciones anticonceptivas.

Debemos respetar la decisión de quienes no se muestran dispuestos a la prescripción de la ACHO-P por motivos éticos o religiosos puesto que se encuentran ante un derecho plenamente reconocido y el respeto es la única opción posible. Sin embargo, como profesional sanitario, debe asumir también el derecho de la mujer demandante a solicitar la prescripción y para ello está obligado a informarle donde puede acudir, dentro de las 72 horas de plazo, para satisfacer su demanda.

Por último, pensamos que la disposición de nuestros compañeros a responder a la encuesta, la privacidad en la obtención de las mismas y el hecho de no prejuzgar las actuaciones fueron determinantes para que participaran el total de residentes. Sin embargo, la información se ha recogido con un mínimo de preguntas y han quedado excluidos otros datos de gran interés como son los referentes a los conocimientos que tiene el médico sobre el tema de la anticoncepción poscoital. Pero recordemos que nuestro estudio fue siempre orientado hacia la disposición a prescribir; pensamos que según sea ésta, así será el interés que despierte la anticoncepción de urgencia en el médico de familia y el grado de implicación que tome en este recurso asistencial.

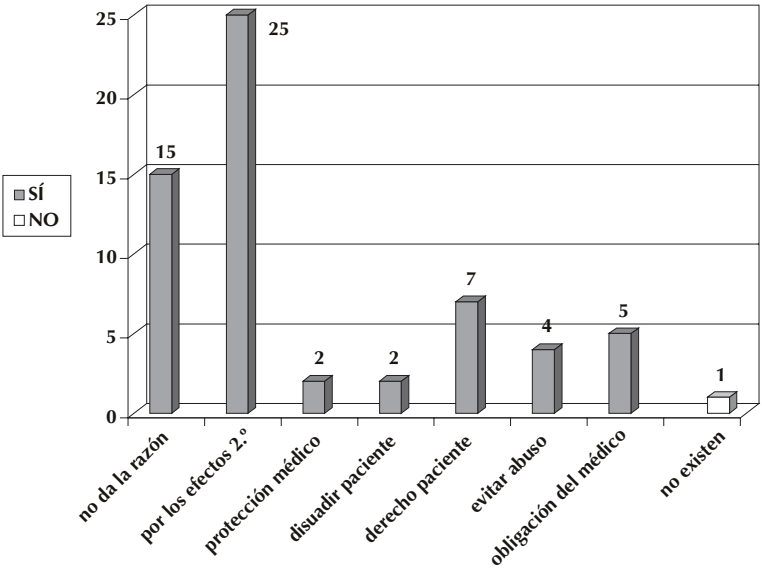
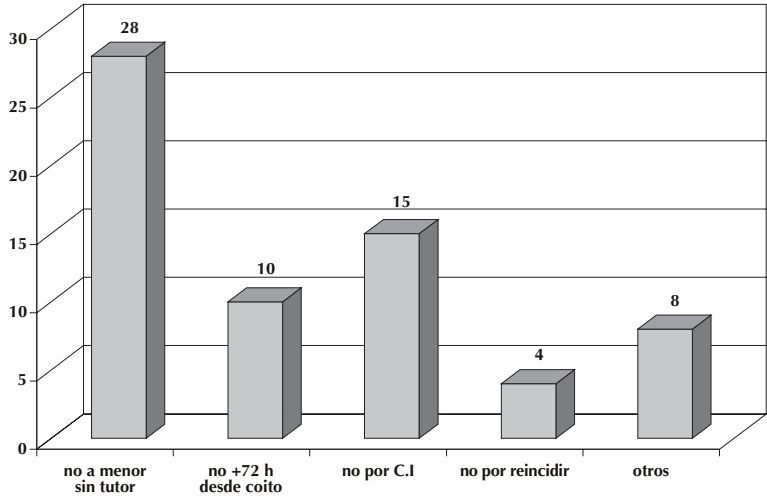
Bibliografía

1. Lete Lasa I, Arróniz M, Esquisábel R. Anticoncepción de emergencia. *Aten Primaria* 2001; 28:59-68.
2. Ramírez Hidalgo A. Intercepción poscoital. *FMC en Atención Primaria* 2000; 7: 187-194.
3. Grimes DA, Raymond EG. Emergency contraception. *Ann Intern Med* 2002; 137: 237-8.
4. Plaza Alarcón E, Ruiz de Adana Berbel MJ, Alguacil Cubero P, López Ortiz F, Baena Gamus L, Enriquez Maroto F et al. Estudio epidemiológico sobre embarazo no deseado. *Aten Primaria* 1994; 13: 77-9.
5. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Dossier de información técnica para profesionales sanitarios sobre anticoncepción de emergencia; 2001.
6. Servicio Andaluz de Salud. Circular Interna 8 de Mayo de 2001; 2001.
7. Robledo Martín E, Voces García D. Cobertura legal de anticoncepción en adolescentes. *Aten Primaria* 1997; 20: 573.
8. Guillén Antón MV, Guillén Antón J, Adán Gil F. Adolescencia y anticoncepción. *Aten Primaria* 1994; 14: 87.
9. Otte A. La píldora del día después: ¿Salud reproductiva para adolescentes? *Revista Arbil*. URL: [http://www.ctv.es/users/mmori/\(40\)salu.htm](http://www.ctv.es/users/mmori/(40)salu.htm). Última actualización: Enero 2002.
10. González Vanegas O, Amaya Navarro F, Cruz Martínez M, Molina García FS, Anaya Blanes F, Delgado Martínez L et al. Demanda de anticoncepción de emergencia en el ámbito hospitalario. *Investig clin* 2002; 5: 304-308.
11. Lete Lasa I, Domingo Álvarez J. Intercepción postcoital hormonal. En: Lete Lasa I, editor. *Curso de Habilidades en Anticoncepción para Médicos de Atención Primaria y Planificación Familiar*. 1.ª ed. Madrid: Sociedad Española de Contracepción; 1999. p. 75-80.
12. Código Civil. Madrid: Textos Legales Universitarios; 1999. p. 47-64.
13. Código Penal. Madrid: Textos Legales Universitarios; 1999. p. 63.



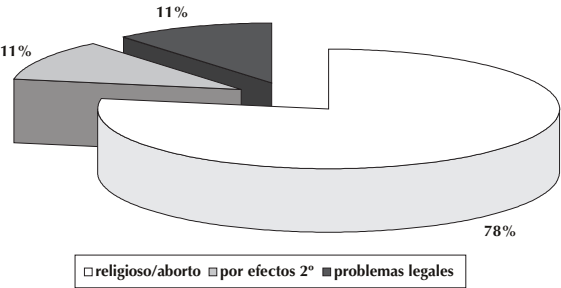
GRÁFICA 1
¿ESTÁS DISPUESTO A USAR LA ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL?

GRÁFICA 2
SITUACIONES PARA NO PRESCRIBIR ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL



GRÁFICA 3
¿EXPLICAS LOS RIESGOS?

GRÁFICA 4
MOTIVOS PARA NO PRESCRIBIR LA ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL



ENCUESTA

ANEXO

1. EDAD: _____ 2. SEXO: ☐ M ☐ F 3. Año de residencia:
4. ¿Qué anticonceptivos de uso habitual en Anticoncepción poscoital conoces?

ELIGE UNA DE LAS DOS OPCIONES SIGUIENTES EN FUNCIÓN DE TU OPINIÓN SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL:

Me posiciono entre los que estoy dispuesto a utilizarla:

(si aun no has prescrito ningún tratamiento piensa como actuarías en este momento)

1. ¿Explicas las posibles opciones de anticoncepción previa al coito?

- SÍ
- NO

¿porqué? _____

2. ¿Explicas los riesgos que asume la paciente al usar el medicamento?

- SÍ
- NO

¿porqué? _____

3. ¿Realizas habitualmente alguna analítica previa?

- SÍ
- NO

¿cuál? _____

¿porqué? _____

4. ¿Intentas disuadir a la paciente antes de prescribirle el tratamiento?

- SÍ
- NO

¿porqué? _____

5. ¿Se la prescribes a todas las mujeres que te lo solicitan?

- SÍ
- NO

En caso de respuesta negativa:

— Especificar en qué caso o casos no lo haces: _____

6. ¿Cuál o cuales has utilizado y a qué dosis?

7. ¿Cuántas veces has prescrito este tratamiento en el último año?

Me posiciono entre los que no estoy dispuesto a utilizarla:

1. ¿Por qué motivo no estás dispuesto a usar la anticoncepción poscoital?
(puedes elegir más de una opción)

- a) Por motivos éticos o religiosos.
- b) Porque no creo que sea un medicamento efectivo.
- c) Por el peligro que supone para la paciente.
- d) Por los riesgos legales que puede suponer.
- e) Porque creo que existen otros métodos mejores para evitar embarazos.
- f) Otros **(especificar)** _____

2. ¿Existe alguna situación que te haría usarla?

- Sí ¿cuál? _____
- NO

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Ojo rojo. Diagnóstico diferencial desde Atención Primaria

Liñán López M¹, López López C²; Escribá Baeza M³, Gallego Montalbán JA², Ortega Torres N², Candel Fábregas J².

¹ Médico de Familia en Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Jefe de Estudios. Hospital General Básico de Motril. Granada; ² Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria Unidad Docente Granada-Sur. Motril. Granada; ³ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Unidad Docente Barcelona Ciutat ICS.

Introducción

De todos los motivos de consulta que se presentan en Atención Primaria, los oftalmológicos se suelen plantear como un reto por distintos motivos: su prevalencia en la práctica diaria, la importancia de la visión en la calidad de vida de las personas, y porque en esta primera atención al paciente, no interviene un personal especializado en dicho campo.

De todas ellas, el **ojo rojo** probablemente sea la más importante en términos cuantitativos junto con la pérdida de visión.

En esta revisión intentaremos dar las claves para que, de un modo práctico y ordenado, basado en una anamnesis y exploración exhaustivas, realicemos una aproximación diagnóstica e iniciemos un adecuado tratamiento desde Atención Primaria.

Definición

Se entiende por **ojo rojo** el conjunto de entidades clínicas caracterizadas por una **hiperemia (enrojecimiento)** que afecta, en parte o en su totalidad, al segmento anterior del ojo: conjuntiva, córnea, iris y cuerpo ciliar.

Anamnesis

Como en cualquier otra patología, la **anamnesis** precisa y completa es el **pilar fundamental**. Para ello, además de

recabar los datos clásicos de una historia clínica, en lo que respecta al ojo rojo, nos centraremos en dar respuesta a estos interrogantes:

A. **Síntomas:**

- ¿Cuánto tiempo lleva de evolución?
- ¿Hay picor, dolor ó simple disconfort?
- ¿Asocia exudado, lacrimación?
- ¿Hay fotofobia?
- ¿Asocia síntomas generales?

B. **Visión:**

- ¿Cómo es el nivel de agudeza visual previo?
- ¿Hay uno ó dos ojos afectados?
- ¿Asocia luces, manchas ó sombras en el campo visual?
- ¿Hay afectación uni/bilateral?

C. **Tratamiento previo:**

- ¿Ha sido atendido antes de nuestra evaluación?
- ¿Ha iniciado terapia con algún colirio?

Exploración

El examen del ojo rojo debe seguir una sistemática ordenada ya que será la única forma de que no se nos pase por alto posibles lesiones de importancia pero no evidentes.

Para ello, como veremos a continuación, no hace falta gran aparataje ni despliegue de medios fuera de nuestro alcance, ya que nos bastará con un haz de luz (linterna), colirio de fluoresceína y oftalmoscopio.

En líneas generales, la exploración se basará en estos puntos:

Correspondencia: Manuel Liñán López. Jefe de Estudios Hospital General Básico de Motril. C/ Avda. Martín Cuevas, s/n. 18600 Motril (Granada). e-mail: cdocencia.hmo.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 16-10-2003; aceptado para publicación el 23-10-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 3: 191-194

A. *Exploración externa*

En primer lugar, inspeccionaremos los anejos oculares junto con la región orbitaria, comprobando la existencia de tumefacción, hemorragia, secreción, herida, así como el cierre parpebral.

Es muy importante, no olvidar explorar los fondos de saco conjuntivales, tanto inferior como superior, así como la conjuntiva tarsal superior.

B. *Segmento anterior*

Ante un ojo rojo es fundamental la correcta exploración de la conjuntiva y la esclera, evaluando hemorragias, secreciones, cuerpos extraños o tumefacción.

El enrojecimiento podrá ser difuso o localizado, en anillo alrededor de la córnea (**inyección ciliar**) o profunda (**escleral**). En casos de quemazón ocular, la aparición de una zona blanqueada (sin vasos) indica severidad (**isquemia**).

A nivel **corneal** comprobaremos su transparencia, su avasculatura y su sensibilidad mediante una torunda de algodón.

Además, comprobaremos sus defectos, irregularidades o existencia de cuerpos extraños en superficie, mediante la **tinción de fluoresceína**.

También debemos explorar la **cámara anterior** (espacio situado entre la cornea y el iris), objetivando su profundidad, que está sometida a variabilidad individual, pero que debe ser siempre simétrica. Para evaluarla, nos basta con una simple linterna, haciendo incidir la luz de forma tangencial al plano del iris y pupila: si la cámara es **estrecha**, presenta un **iris convexo** del que la luz tangencial **iluminará solo una mitad**, quedando la otra en sombra.

C. *Motilidad ocular*

Los movimientos de ambos ojos deben ser conjuntos y simétricos, explorándose en las cuatro posiciones cardinales de la mirada así como en las oblicuas intermedias.

Con esta exploración incidiremos en la presencia de **nistagmo** y **estrabismo**, motivos de consulta frecuentes, por otra parte, a nivel oftalmológico.

D. *Pupilas*

Probablemente no haya una exploración mas agradecida cuando nos enfrentamos ante un ojo rojo que el examen de las pupilas ya que nos dan información del estado del ojo, de la visión y de los centros neurales.

Se debe comprobar su color, forma, tamaño, centralidad y reactividad a la luz.

Para ello, nos bastará una simple linterna a fin de evaluar la presencia de **midriasis** (dilatación anormal de la pupila), **miosis** (situación opuesta al anterior) y **anisocoria** (alteración pupilar respecto a la contralateral).

E. *Campo visual*

La función visual periférica puede estar alterada aunque haya una agudeza visual central normal.

Para su exploración en Atención Primaria, no precisamos a priori ningún aparataje. Nos bastará de inicio con el **método de confrontación bimanual**: explorando cada ojo por separado a una distancia aproximada de un metro, presentamos nuestras manos simultáneamente en los cuadrantes nasal y temporal, partiendo inicialmente desde una posición invisible acercándonos progresivamente a una visible.

F. *Presión intraocular*

Para la medición de la presión intraocular (P.IO) necesitamos un **tonómetro**, hecho que no sucede en mayoría de las ocasiones en nuestro medio. De un modo orientativo, podemos obtener información de la P.IO comparando a través del párpado cerrado, con nuestros dedos la consistencia del globo ocular.

Este **método digital** es muy útil en el ojo rojo ante la sospecha de ataque de **glaucoma**. Solamente tiene una contraindicación formal: la posible existencia de herida penetrante en el globo ocular.

G. *Oftalmoscopia*

El **oftalmoscopio directo** no puede considerarse hoy día una prueba especializada y todo Médico de Familia debe saber manejarlo.

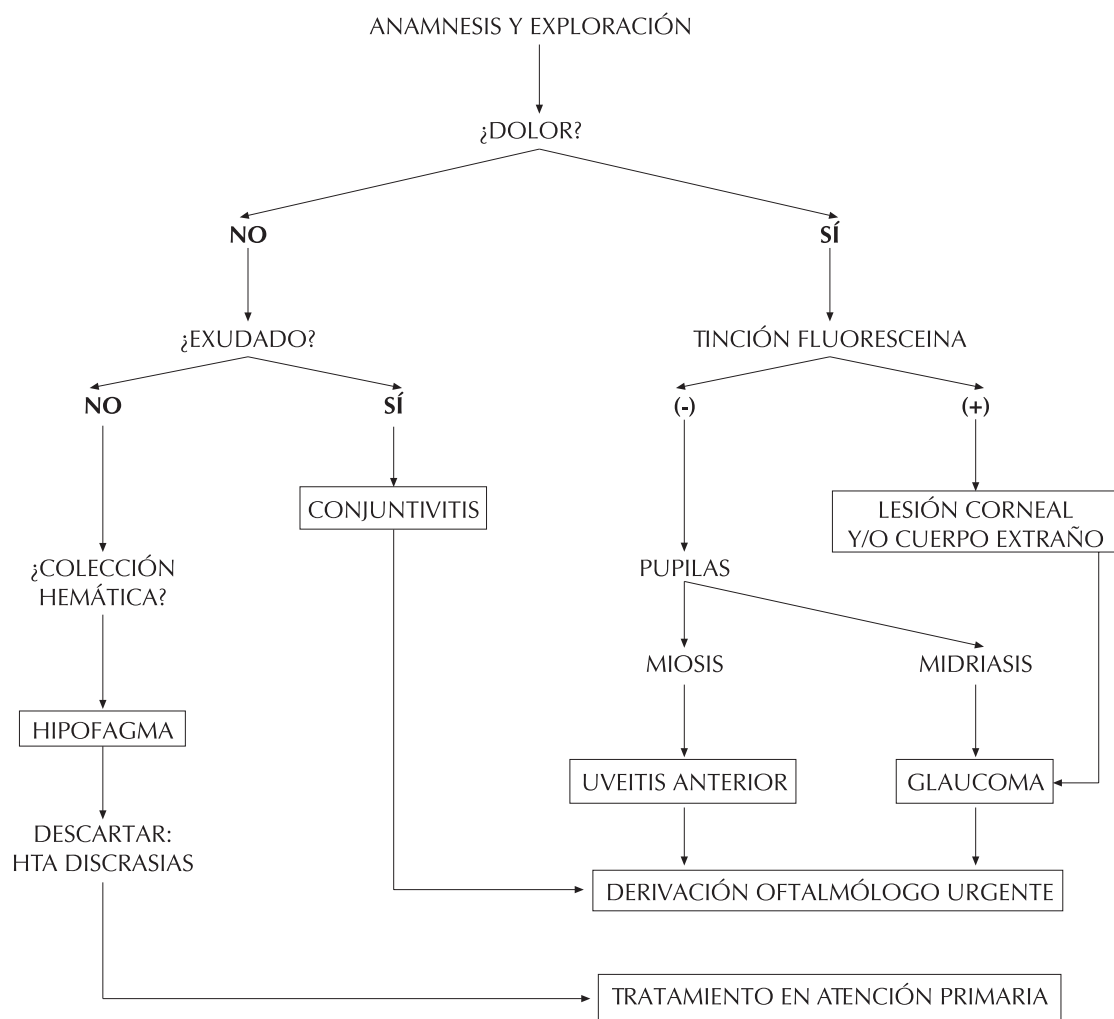
Además nos puede informar de la **transparencia intraocular** aplicando su haz de luz a través de la pupila desde una distancia aproximada de un metro; así en caso de no observar el reflejo rojo brillante típico, podemos sospechar una opacidad del cristalino o del humor vítreo.

Esquema de diagnóstico diferencial del ojo rojo

De modo práctico, las **claves diagnósticas** del **ojo rojo** se resumen de la siguiente forma.

PATOLOGIA	DOLOR	INYECCIÓN CILIAR	EXUDADO	PUPILA	TONO OCULAR	AGUDEZA VISUAL
HIPOFAGMA	NO	NO	NO	NORMAL	NORMAL	NORMAL
CONJUNTIVITIS	NO	NO	SI ++	NORMAL	NORMAL	NORMAL
QUERATITIS	SI +	SI	NO	NORMAL	NORMAL	BAJA VARIABLE
UVEITIS ANTERIOR	SI ++	SI	NO	MIOSIS	VARIABLE	BAJA VARIABLE
GLUCOMA AGUDO	SI +++	SI	NO	MIDRIASIS	MUY ALTO	BAJA

PLAN DE ACTUACIÓN ANTE EL OJO ROJO



Bibliografía

Kansky JJ. Oftalmología Clínica. Barcelona: ed. Doyma; 1990.

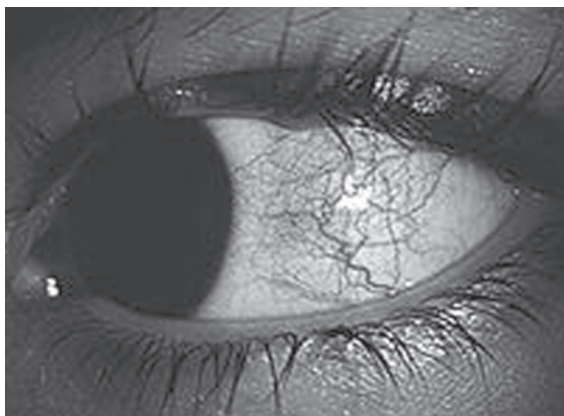
Lloret J, Muñoz J, Artigas V, Allende LH, Anguera de Sojo I. Protocolos terapéuticos de Urgencias. Barcelona: ed. Springer-Verlag Ibérica; 1997.

Pan H. Diagnóstico Diferencial de Enfermedades Oculares. Barcelona: ed. Salvat; 2000.

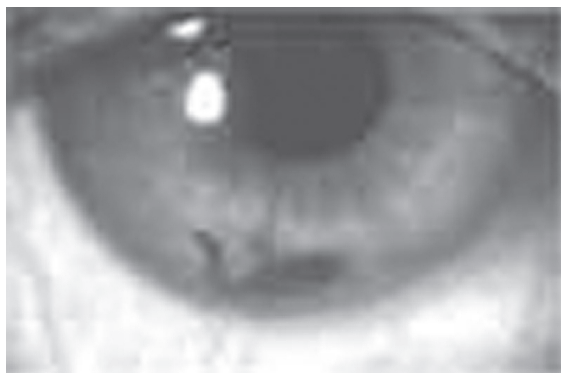
Highlights of Ophthalmology, 1995; 23: 25-26.

Martin Zurro A, Cano JF. Compendio de Atención Primaria. Madrid: ed. Harcourt; 2000.

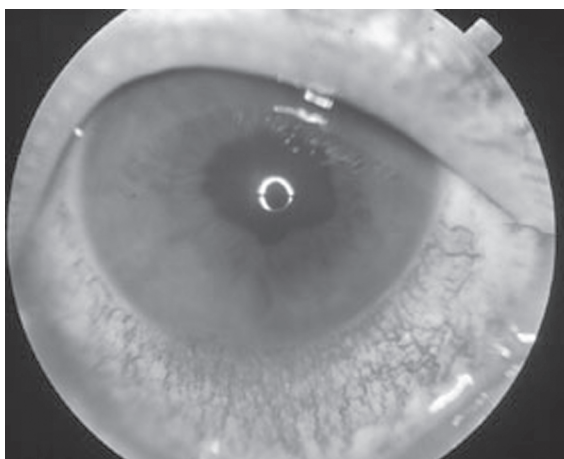
Amaya LG. Enrojecimiento ocular. URL: <http://www.fepafem.org/guias/8.10.html>



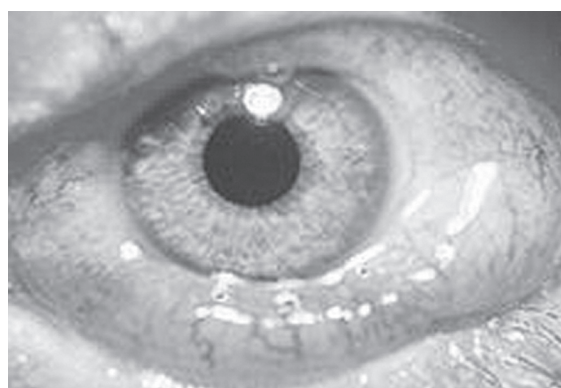
ESCLERITIS



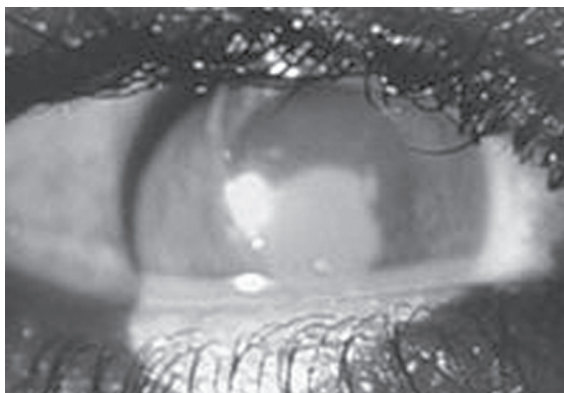
HIPHEMA



UVEITIS ANTERIOR



QUEMOSIS



ÚLCERAS

A DEBATE

Reflexiones de la asistencia sanitaria al inmigrante en una unidad de urgencias

Parrilla Ruiz FM¹, Cárdenas Cruz DP², Vargas Ortega DA¹, Martínez Cabezas S¹, Díaz Castellanos MA³, Cárdenas Cruz A⁴.

¹ M.I.R. MFyC; ² Especialista Medicina de Familia y Comunitaria; ³ Director de Área. Especialista Medicina Intensiva; ⁴ Responsable de Unidad. Especialista en Medicina Intensiva. Unidad de Urgencias. A.I.G. Cuidados Críticos y Urgencias. E.P. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Introducción

La «Inmigración» es un fenómeno ligado a nuestra cultura desde los años sesenta donde grandes contingentes de españoles tuvieron que emigrar a otros países que le ofrecían mejores condiciones de vida. Sin embargo en los últimos veinte años a partir de la entrada de España en la Unión Europea y al proceso de industrialización sumado a un declive de los países Subsaharianos, latinoamericanos así como la desestabilización de los Balcanes y la separación de los países de la URSS ha hecho que se invierta el papel y actualmente se ha acelerado el flujo de inmigrantes que entran en Europa^{1,2}.

La Inmigración es un fenómeno de gran relevancia en nuestro país. Día a día observamos atónitos en los medios de comunicación como cientos de inmigrantes intentan llegar a nuestras costas para conseguir un trabajo que le permita una vida digna, sin importarle arriesgar su vida. Unos inmigrantes marroquíes al llegar a la costa gaditana exhaustos después de una travesía por el estrecho declararon al diario El país; «La Muerte es mejor que la Miseria»³, si me remito a titulares de diarios españoles observamos la importancia de este fenómeno: «Detenidos 97 inmigrantes», «Inmigración ilegal», «Detenida una red de inmigración ilegal»...etc

El Poniente almeriense donde está ubicada nuestra Unidad de Urgencias, es un real exponente del fenómeno migratorio. Desde hace años estamos trabajando diariamente con esta peculiar población. Con el tiempo hemos intentado adaptarnos a situaciones especiales que para nosotros eran impensables.

Situación actual de la Inmigración en España y Almería

A fecha de 31 de Diciembre del 2001 en España habitan un millón y medio de inmigrantes, aproximadamente un 4% de la población⁴, sin contar con 300.000 inmigrantes no regularizados, según datos de las organizaciones no gubernamentales, mientras que en la Unión Europea estas cifras están en torno al 8-10% y todo apunta a que es una situación a la que llegaremos paulatinamente⁵. Para controlar este fenómeno el Gobierno español tiene establecido un control de flujos migratorios mediante unos sistemas de cupos anuales de inmigrantes en función de la economía nacional y de la capacidad de integración de la sociedad española, pero resulta difícil debido a la imposibilidad de control real de las fronteras españolas y a la situación administrativa de todos los extranjeros (los «sin papeles»)⁶.

La procedencia de los inmigrantes está encabezada por personas de origen marroquí seguida de los procedentes de Latinoamérica (Ecuador y Colombia), Europa (Británicos y Alemanes), China, subsaharianos y países del este. Este flujo de inmigrantes en España se dirigen con mayor proporción a las grandes capitales como Madrid y Barcelona seguido de Andalucía, Levante y ambos archipiélagos².

Con respecto a Andalucía, en el Poniente Almeriense, según ATIME (organización no gubernamental de ayuda al inmigrante), se cuantifica unas 30-40.000 (15% de la población) inmigrantes asentados en esta comarca atraídas por la gran demanda de mano de obra en el Sector de la agricultura intensiva⁷.

En general el paciente inmigrante que vive en la zona del poniente almeriense es un varón joven norteafricano con nivel cultural bajo y escasos conocimientos de nuestro idioma. Con una estancia en España inferior a 2 años, suelen convivir con compañeros en viviendas reducidas

y alejadas del núcleo poblacional. Su principal ocupación es la agricultura, aunque destaca el alto índice de parados. En los dos últimos años hemos observado un aumento importante de inmigrantes que proceden de países del Este con ocupación variada, predominando en el género femenino la prostitución⁸. Este perfil es similar pero características adosadas a la región de España que se valore⁹.

Repercusión sanitaria de la inmigración en una Unidad de Urgencias

Para los que dirigen y componen el Sistema Nacional de Salud comienza un reto importante para afrontar esta nueva situación y ofrecer una Asistencia sanitaria de calidad y en rigor con la vigente Ley de Extranjería que recoge en su artículo 12, «Derecho a la asistencia sanitaria»; cualquier extranjero que se encuentre en territorio español tendrá derecho a la asistencia sanitaria en iguales condiciones que los españoles¹.

El inicio de la Asistencia Sanitaria al Inmigrante se plantea con grandes problemas como la barrera idiomática, desconocimiento del médico de enfermedades por escaso manejo, precariedad de su situación económica que influye en los tratamientos, desconocimiento de la organización y entrada del Sistema Sanitario... etc. Este desconocimiento del acceso al Sistema de Salud hace que los pacientes inmigrantes tiendan a acudir a los Servicios de Urgencias obviándose la consulta de Atención Primaria y planificar sus visitas mediante cita previa¹.

En el año 2002, nuestra Unidad de Urgencias (E.P. Hospital de Poniente. El Ejido) ha prestado asistencia sanitaria a aproximadamente 15.000 inmigrantes (20% de la totalidad de las urgencias del 2002)¹⁰, esto conlleva una carga asistencial extraordinaria debido a las características especiales de esta población, comenzando con la barrera idiomática, peculiaridades socioculturales, enfermedades inusuales en la práctica médica, etc.

Desconocimiento del Inmigrante del Sistema sanitario

Al acceder el inmigrante al Sistema Sanitario observamos un desconocimiento importante de la estructuración sanitaria por su parte, acude a Urgencias Hospitalaria sin pasar por Atención Primaria (no utiliza la consulta programada) y no aporta tarjeta sanitaria, los que aportan tarjeta sanitaria afirman en un buen porcentaje desconocer a su médico de cabecera¹¹. La explicación a esto es difícil, no hemos encontrado ninguna bibliografía donde apoyarnos, hemos creado una hipótesis donde creemos que acuden a Urgencias para evitar documentos burocráticos que reconozcan su ilegalidad, a pesar de que la Consejería de

Salud de la Junta de Andalucía ha creado la tarjeta sanitaria 60/ para inmigrantes sin papeles que le permite asistencia sanitaria gratuita (El Distrito de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud de poniente-Roquetas, ha emitido hasta el 31 de diciembre de 2000, un total de 9.608 tarjetas de extensión de cobertura sanitaria, al amparo del Acuerdo alcanzado entre la Consejería de salud de la Junta de Andalucía y diversas organizaciones humanitarias y sindicales)⁷.

Además comprobamos que la mayoría acuden en horario no laboral y fines de semana para evitar perder una jornada de trabajo que le supone disminución de ingresos económicos. Al llegar los meses de verano se produce un aumento significativo de la asistencia a Urgencias de la población inmigrante coincidiendo con el periodo descanso en la producción hortofrutícola⁸.

Problemática de la barrera idiomática

El primer contacto en urgencias con el paciente inmigrante nos encontramos con la barrera lingüística recíproca, la comunicación es ardua y difícil llegando a ser una odisea la obtención de datos durante la anamnesis.

Los pacientes inmigrantes que desconocen el castellano acuden a la consulta con amigos o familiares que llevan más tiempo en España y asumen el papel de traductor, a veces aprovechan la existencia de otro paciente compatriota en la sala de espera que hace la misma función, con el tiempo se está convirtiendo en algo muy habitual y es un recurso eficaz para el facultativo y el resto del personal sanitario de urgencias. Pero el gran problema es cuando el paciente se presenta solo, la anamnesis se convierte en un devenir de monosílabos y gesticulaciones que hacen de la anamnesis un reto impensable para el facultativo, que durante años se ha preparado para adquirir conocimientos médicos.

Esto hace que el facultativo durante la anamnesis ante el inmigrante necesite más tiempo y actitudes no solo médicas para conseguir un diagnóstico, lo que conlleva la utilización de más pruebas complementarias y más tiempo en la Unidad e Urgencias^{12, 13, 14}.

Además la barrera idiomática dificulta la transmisión del facultativo al paciente de la posología del tratamiento, provocando que muchos inmigrantes no sigan adecuadamente el tratamiento^{15, 16, 17}.

Urgencias hospitalarias como acceso al sistema sanitario: Patología banal como motivo de consulta

Comprobamos que la población inmigrante acude a Urgencias por banalidades. Los motivos de consulta más

frecuentes son las algias osteomusculares y contusiones, catarros de vías altas y dolor abdominal inespecífico necesitando solo un porcentaje muy bajo ingreso hospitalario, en cambio la población Subsahariana notamos que acuden con patología más severa necesitando más ingresos que el resto de la población inmigrante (magrebíes, latinoamericanos, Este de Europa) ¹⁸.

Tras finalizar la asistencia sanitaria entre el 80-90% es derivado a Atención Primaria, esto nos demuestra que la causa de consulta puede resolverse sin problemas por el médico de Familia y que el inmigrante utiliza como referencia las Urgencias Hospitalarias saltándose el nivel básico de Atención primaria ^{14, 18}.

Influencia de eventos culturales como el Ramadán en Urgencias

La población mayoritaria en nuestra zona es de origen Magrebí, parte importante en su devenir diaria es el seguimiento de los periodos del Islam. El Ramadan se considera uno de los cinco pilares en la que se fundamenta la espiritualidad (Islam) de todos los practicantes musulmanes. Este periodo tiene lugar una vez al año, exige a los musulmanes adultos y sanos a abstenerse de comer, beber, fumar y tener relaciones sexuales desde la primera luz del día hasta la puesta del sol. Refieren que es un medio para que la persona se separe de las ansias mundanas y materiales, para no distraerse en la búsqueda de Allah. El Islam hace una excepción con los niños, ancianos, enfermos, embarazadas, lactancia, menstruación, soldados en guerra, el viajero, personal que necesita estar en buenas condiciones para el cuidado de la población (médicos, bomberos...) ¹⁹.

Durante este periodo se producen cambios a nivel metabólico(aumenta los niveles de ácido úrico, colesterol, hormonas tiroideas en sangre y aumenta la secreción de HCL a nivel gástrico), a nivel nutricional(pérdida de peso y deshidratación) y a nivel psíquico(fatiga y disminución de la función cognitiva) ^{20, 21, 22}. Los diabéticos presentan con más frecuencia hipoglucemias ²³.

El motivo de consulta más frecuente del inmigrante musulmán en nuestra unidad de urgencias durante este periodo, es la epigastralgia relacionada con el ayuno prolongado seguido de una abundante ingesta de alimentos ²⁴. En estudios europeos no analizan el motivo de consulta pero concluyen que durante este periodo aumenta la demanda en urgencias.

Además comprobamos que el facultativo de Urgencias adecua la prescripción de su tratamiento a este periodo, evitando la posología de 3 dosis diarias para evitar el no cumplimiento del tratamiento ²⁵, favoreciendo la toma única ²⁴.

Enfermedades infecciosas en población inmigrante en Urgencias

Hemos comprobado como los inmigrantes acuden a nuestra unidad de urgencias por patología banal, pero no hay que olvidar el aumento de enfermedades importadas por esta población Paludismo, Portadores de Hepatitis B, VIH, Parasitosis intestinales, Tuberculosis, Sífilis, Micosis, Fiebre reumática, etc ^{3, 9}.

En nuestra unidad las enfermedades infecciosas más importantes que necesitaron ingreso fueron diagnosticados de TBC pulmonar, Neumonía no TBC, Paludismo, Hepatitis vírica, Infecciones respiratorias, TBC de otras localizaciones, GEA, Meningitis, según orden de frecuencia ²⁶. Otras enfermedades más leves: Sarna, Uretritis, Micosis cutáneas, etc,

Hay que tener en cuenta que muchas de las enfermedades están asintomáticas o dan síntomas muy inespecíficos, en nuestro que hacer diario vemos como pacientes que acuden por síntomas banales e inespecíficos padecen enfermedades mas serias de lo que primeramente se suponía.

Consideraciones finales

Como hemos comprobado la Unidad de Urgencias es un punto estratégico en la asistencia sanitaria del Inmigrante, debemos evitar este fenómeno por bien del paciente y del sistema sanitario. Debido a las características de los puntos de urgencias el abordaje del paciente inmigrante es inadecuado, ya que hay enfermedades que necesitan estudios más completos, siendo más factible una consulta de Atención Primaria.

A pesar de todo, los facultativos que trabajamos en Unidades de Urgencias extra y hospitalarios en zonas con alto índice de inmigración debemos hacer un esfuerzo en adaptarnos a esta situación. En nuestro hospital con el tiempo varios de nuestros compañeros idearon un diccionario simple de unas 30 palabras en árabe para facilitar la anamnesis, para evitar sucesos como le ocurrió a un niño inmigrante en Canadá. Cuenta que al llegar a Canadá sus padres desconocían totalmente el idioma. Él comenzó con un dolor en fosa iliaca derecha, sus padres tardaron 3 días en hacerle comprender a unos vecinos que su hijo estaba enfermo y no sabían dónde acudir. El paciente acudió a urgencias a punto de una perforación apendicular, actualmente este niño es médico y a puesto en marcha un proyecto de interpretes para inmigrantes en su Hospital ²⁷.

Otra adaptación fue conocer la problemática del ramadán, esto ha provocado que durante este periodo todos los facultativos adecuamos la posología cada 12 o 24 horas así favoreciendo el seguimiento de su cultura. Esto sola-

mente son ejemplos para animar a realizar iniciativas que faciliten la adaptación del inmigrante.

Queremos con esta reflexión recordar que la Inmigración es una realidad en este siglo, no podemos darle la espalda, debemos unir fuerzas para una integración adecuada y progresiva. Para eso debemos conocer la realidad de este colectivo; social, económico, cultural, sanitario, etc. y analizar sus problemas para crear programas específicos que favorezcan la integración y ayuden a solventar todos los escalones sociales y sanitarios que presentan, comenzando con la facilitación del acceso a la red sanitaria pública de los llamados sin papeles y la instauración de programas de atención global al inmigrante desde Atención Primaria en conexión con unidades especializadas.

Agradecimientos

Estamos agradecidos a todo el personal de la Unidad de Urgencias, perteneciente al área Integrada de Gestión Cuidados Críticos y Urgencias por el trabajo diario tan extraordinario que realiza, para facilitar una asistencia de calidad al inmigrante.

Bibliografía

1. Guijo García C. Datos sobre el fenómeno de la inmigración en España. *Aten Primaria* 2001; 28 Suppl I: 99.
2. Solsona Díaz L. Situación actual en España y Europa. *Aten Primaria* 2001; 28 Suppl I: 99. *Aten Primaria* 2001; 28 Suppl I: 99.
3. López-Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (I). *FMC* 1996; 3: 221-29.
4. Vázquez Villegas J. Atención inicial al inmigrante en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28 Suppl I: 105.
5. Esteban M. Los inmigrantes sin papeles en atención primaria. *FMC* 1998; 7: 486.
6. Bada Aínsa JL, Bada Jaime RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. *FMC* 1996; 3: 276-9.
7. Memoria Anual 2000. Empresa Pública Hospital de Poniente. 9-10.
8. Vargas Ortega D, Parrilla Ruiz FM, Martínez Cabezas S, Cárdenas Cruz DP. La inmigración, una realidad social. *Revista emergencias* (En prensa).
9. López-Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (II). *FMC* 1996; 3: 278-86.
10. Base informática de datos de la Unidad de Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.
11. Issa Khozouz Z, Vargas Ortega D, Jorge de Puerto N, Morales García V, Soler Núñez M, Parrilla Ruiz F. La inmigración y una unidad de urgencias. Una realidad social. *Aten Primaria* 2002; 30 Suppl I: 135.
12. Hampers LC, Cha S, Gutglass DJ, Binns HJ, Krug SE. Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency and department. *Pediatrics* 1999; 103: 1253-6.
13. Parrilla Ruiz F, Cárdenas Cruz DP, Parrilla Ruiz E, Duarte Carazo A, Vargas Ortega D, Cárdenas Cruz A. Influencia del desconocimiento del castellano en la duración de la anamnesis y consecución de un diagnóstico en pacientes inmigrantes. *Revista Medicina General*. (en prensa).
14. Anaya Reche JA, Fernández L, Ghlichichani M, Cámara, Saez M, Pérez M. El paciente inmigrante, ¿una realidad diferente? *Aten Primaria* 2002; 30 Suppl I: 136.
15. Stolk Y, Ziguras S, Saunders T, Garlick R, Stuart G, Coffey G. Lowering the language barrier in an acute psychiatric setting. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 434-40.
16. Williams SA, Godson JH, Ahmed IA. Dentists' perceptions of difficulties encountered in providing dental care for British Asians. *Community Dent Health* 1995; 12: 30-4.
17. Holmann TH, Volk S, Georgi K, Pflug B. Foreign patients in inpatient treatment in a psychiatric university clinic with community service. *Psychiatric Prax* 1994; 21: 106-8.
18. López Martín G, Zaballos Acosta MM, Ortega Martos F, Parrilla Ruiz F, Reyes Fernández A, Duarte Carazo A. Estudio de la Asistencia al Inmigrante en una Unidad de Urgencias Hospitalarias. *Actas del XII Congreso Nacional de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria*. Cádiz del 7 al 9 de Junio de 2001.
19. Winter T.J. La gran narrativa musulmana. *7DM* 2001; 500: 108-113.
20. Malk G.M, Musbarik M, Hussain T. Acid Peptic Disease in relation to Ramadan Fasting: A Preliminary Endoscopic Evaluation. *AJG* 1995; 90: 2076-2077.
21. Rashed A.H. The fast of Ramadan. *BMJ* 1992; 304: 521-522.
22. Abdalla AH, Shaheen FA, Rassoul Z, Owda AK, Popovich WF, Mousa DH et al. Effect of Ramadan Fasting on Moslem Kidney Transplant Recipients. *Am J Nephrol* 1998; 18: 101-104.
23. Uysal A.R, Erdogan M. F, Sahin G, Kamel N, Erdogan G. Clinical and Metabolic Effects of Fasting in 41 Type 2 Diabetic Patients During Ramadan. *Diabetes Care* 1998; 21: 2033-2034.
24. Parrilla Ruiz F, Cárdenas Cruz DP, Vargas Ortega D, Cárdenas Cruz A. El ayuno del Ramadán y una unidad de urgencias. *Revista Atención Primaria* (En prensa).
25. Aslam M, Wilson J.V. Clinical Problems during the Fast of Ramadan. *The Lancet* 1989; 29: 955.
26. Laynez F, Jiménez G, López G, Lozano C, Rivera F, Díez F. Inmigrantes africanos ingresados por enfermedades infecciosas. *Aten Primaria* 2001; 28 Suppl I: 133.
27. Włodarczyk K. The Interhospital Interpreter project. *Can Nurse* 1998; 94: 22-5.

ARTÍCULO ESPECIAL

Evolución de la enfermedad tuberculosa en Andalucía

Picó Juliá M ¹, Sagristá González M ².¹ Coordinador del programa de tuberculosis adscrito al Servicio de Programas de la Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud; ² Médico de Familia. Centro de Salud de Sanlúcar La Mayor (Sevilla)

En el año 1989, al inicio del programa de control de la tuberculosis en Andalucía, la incidencia se estimó en cerca de 35 casos por 100.000 habitantes, incidencia que en el año 1996 con los resultados del proyecto FIS PMIT (Fondo de Investigaciones Sanitarias-Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis), era de unos 30 casos por 100.000 habitantes, y se presentaba con unas características de masculinidad (70%), distribución etárea (mayor presentación en edades jóvenes), asociación a VIH (Virus Inmunodeficiencia Humana) (26%) y localización geográfica, que dibujan un esquema claro del comportamiento de la TB (Tuberculosis) en nuestra Comunidad Autónoma.

Los resultados de años posteriores (1997-2002), evidencian un descenso en la tasa que se sitúa alrededor de 18 casos por 100.000 habitantes, con parecidas características, destacando el aumento en zonas de inmigración y el descenso de la asociación a VIH (18%).

En el descenso de la tasa en estos años, ha tenido un papel importante la aparición y uso generalizado de los tratamientos antirretrovirales para los enfermos VIH, lo que ha llevado consigo la disminución de la coinfección TB VIH, y el descenso consecuente de los casos de TB. Aún así la tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública ¹, al que se le debe prestar especial atención.

CASOS Y TASAS DE TUBERCULOSIS POR PROVINCIAS. ANDALUCÍA Y PROVINCIAS, AÑOS 97, 98, 99, 00, 01 Y 02

PROVINCIAS	N 97	TASA	N 98	TASA	N 99	TASA	N 00	TASA	N 01	TASA	N 02	TASA
Almería	117	23,3	113	22,5	110	21,9	128	25,3	128	25,5	146	29,0
Cádiz	341	30,8	221	19,9	287	25,9	205	18,5	225	20,3	196	17,7
Córdoba	131	17,2	138	18,1	130	17,0	130	17,0	113	14,8	133	17,4
Granada	160	19,8	108	13,3	154	19,0	139	17,3	150	18,6	149	18,4
Huelva	129	28,3	113	24,8	111	24,4	81	17,8	79	17,4	80	17,5
Jaén	99	15,2	97	14,9	124	19,1	85	13,0	86	13,3	90	13,8
Málaga	392	31,3	319	25,5	255	20,4	244	19,3	255	20,4	221	17,6
Sevilla	349	20,4	237	13,9	277	16,2	297	17,3	280	16,4	291	17,0
Andalucía	1.718	23,7	1.348	19,1	1.448	20,0	1.304	18,0	1.316	18,2	1.306	18,05

El análisis de los casos declarados y de los resultados del tratamiento, apoyados por las conclusiones de los dos proyectos FIS realizados durante estos años, PMIT (Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis) y PMETA (Proyecto Multicéntrico de Estudio Tuberculosis Andalucía), nos conducen a plantear que para seguir en el camino de la mejora de la atención a la enfermedad tuberculosa se deben mejorar los siguientes aspectos:

Correspondencia: Miguel Sagristá González. C/ Manuel Altolaguirre, 1. 41940 Tomares (Sevilla). Telf: 660 808 439. E-mail: msagrista@telefon.es

Recibido el 17-06-2003; aceptado para publicación el 2-09-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 3: 199-203

- **El control del enfermo tuberculoso**, tanto en el seguimiento de la enfermedad, como en la comunicación de los resultados finales de caso ^{2,3}.
- **La demora diagnóstica**; transcurren muchos días (media de 40 días), desde el inicio de los síntomas hasta la prescripción del tratamiento ^{1,4}.
- **El control de las personas más expuestas** ^{5,6,7}, tanto en los estudios de los convivientes/ contactos y de grupos en situación de riesgo (**inmigrantes**, usuarios de droga...), como la prevención y el tratamiento de la infección (Quimioprofilaxis primaria y tratamiento de la infección tuberculosa), que no se realizan en todos los casos que se precisa, ni se supervisan, ni comunican.
- **La continuidad de la asistencia**, que se traduce en muchos casos en una pérdida del paciente, una vez diagnosticado e instaurado el tratamiento a nivel especializado o en atención primaria.
- **Los colectivos en situación de riesgo, inmigrantes**, que aportan cada vez más casos a la tasa global de Andalucía, y que precisan de un abordaje específico.

Las alternativas que se plantean para dar respuesta a estos aspectos pasan por:

Seguimiento y Control del enfermo de TB (SyC)

El mejor método para impedir la transmisión de la TB en la comunidad es la **curación del enfermo**, por ser la principal fuente de transmisión; por ello el Programa de TB debe fijarse el objetivo prioritario de lograr la **cumplimentación del tratamiento (tto) en > 90% de los casos**, y conocer la situación final de todos los casos que lo inician, que sólo puede alcanzarse con un buen seguimiento y control de todos los pacientes.

Para lograrlo se propone un SyC, sobre la base de las orientaciones de la Conferencia de Consenso, sociedades científicas, guías, trabajos y documentos de consenso debe ser riguroso, y a ser posible, consensuado con el paciente, que habrá recibido una amplia información oral y escrita de su enfermedad, recomendándose las pautas de tratamiento adecuadas a cada caso (Desde pautas autoadministradas, a tratamientos supervisados o directamente observados).

Aproximadamente de **un 2 a un 5% de los pacientes** generalmente: VIH+, indigentes, toxicómanos, exclusión social, marginación, psicopatía, alcoholismo y exreclusos, **pueden precisar además de la supervisión clínica exhaustiva** (TSS [Tratamiento supervisado semanal] o TDO [Tratamiento Directamente Observado]) ^{3,8} **medidas de ayuda social e incentivadoras** ^{3,8,10}, municipales o autonómicas, siempre condicionadas a la cumplimentación del tto.

En aproximadamente un 2-3% casos, pertenecientes a los grupos citados puede precisarse **el ingreso en un centro socio-sanitario** ¹¹ de larga estancia, previa petición del interesado, familia o juez, y con garantía de que en el centro se realice un tratamiento TDO que logre su curación.

Si se produce situación de **abandono de tratamiento** o pérdida del paciente, el médico responsable de su control debe comunicarlo, lo más rápidamente posible al responsable del Programa de TB del Área Sanitaria para que intente su captación y tratamiento con las pautas, apoyos y medidas incentivadoras disponibles en el área o fuera de ella. Para ello es esencial incorporar a todos los sectores que están implicados en este problema de Salud Pública; es decir, Asuntos Sociales, Ayuntamientos, ONG, Justicia... Siendo necesario el establecer una acción intersectorial coordinada entre todos los implicados, colocando al enfermo como centro de la atención y aportando cada sector los recursos disponibles.

Demora diagnóstica

Dado que la mayoría de los casos (97%) son diagnosticados en los hospitales, puede deducirse, bien un bajo índice de sospecha por parte de los médicos de A P o bien que muchos de nuestros tuberculosos, por su bajo nivel sociocultural, no valoran la sintomatología, con frecuencia anodina de la TB, cuando ésta se agudiza, acuden a los servicios de urgencia hospitalarios presentando ya una TB evolucionada y provocando una hospitalización fácilmente evitable ^{4,13}.

Con la tasa actual de incidencia de la TB en nuestra CA, no están indicadas medidas de búsqueda activa (tuberculina, Rx o quimioprofilaxis) a toda la comunidad, aunque si parece estar indicado un mejor control de las personas sintomáticas y de los llamados grupos con factores o/y situaciones de riesgo (FySdR) en los que el PMIT ¹ detecta un porcentaje elevado de casos y el PMETA ² el mayor número de incumplidores y abandonos de tratamiento.

Las principales medidas a tomar para disminuir esta demora diagnóstica son:

- 1.^a **Formación continuada** del personal sanitario de Atención Primaria que logre aumentar el Índice de Sospecha.
- 2.^a En los **pacientes sintomáticos**, con clínica sugerente de TB, que acuden a las consultas de AP, se realizará precozmente un mínimo **cribado de TB** (*Mantoux, RX de tórax, bacteriología de esputo*), que con un bajo coste puede orientar hacia el diagnóstico; ante un resultado dudoso el paciente será remitido al especialista de referencia del área sanitaria que estará siempre accesible para la **pronta evaluación** de todas

las sospechas de TB. **Todos los médicos de Atención Primaria deben conocer el nombre y servicio de referencia al que deben remitir a los pacientes sospechosos de TB.**

- 3.^a Las personas **asintomáticas** no precisan de ningún cribado ni búsqueda activa, **excepto convivientes y contactos con enfermos de TB¹⁴ y los grupos de mayor riesgo personal o profesional^{5,6,7}**, que desde AP deben ser estudiados y descartada la TB cuando por cualquier motivo acuden al Sistema Sanitario, en estos grupos incluso puede estar indicada la Quimioprofilaxis de TB siempre valorados individualizadamente, **no** estando indicado realizar medidas de QP (Quimoprofilaxis) indiscriminadas a todo infectado.
- 4.^a La demora diagnóstica con frecuencia imputada al lento **diagnóstico bacteriológico**, hace necesario coordinar los servicios clínicos y microbiológicos de manera que las muestras con baciloscopia directa positiva se comuniquen siempre por fax o teléfono y lleguen al clínico siempre **antes de 48 horas del envío de la muestra**, aunque después se comunique por vía ordinaria. Para lograrlo es necesario que el laboratorio del área cuente con **microscopio de fluorescencia**. Los cultivos deben ser comunicados cuando se detecte el crecimiento por las mismas vías rápidas que la baciloscopia.

Control de los Grupos de mayor riesgo de TB

La búsqueda activa de casos de TB entre los colectivos con riesgo incrementado de enfermar, ha sido recomendada por la reunión de consenso de la tuberculosis en España de 1992. Estas situaciones se dan en:

- 1.º Los convivientes y contactos estrechos con pacientes bacilíferos.
- 2.º Inmunodeprimidos.
- 3.º Personas de riesgo social y/ o profesional.

Por ello se aconseja:

- 1.º **Estudio de contactos:** Están indicados prioritariamente en todos los programas de TB, principalmente en los casos bacilíferos, también deben realizarse en los casos pulmonares con cultivo positivo y en los casos infantiles para intentar detectar la persona adulta posible caso fuente de su contagio¹⁴.

El estudio debe empezarse lo antes posible y ser asumido por el mismo clínico que hace el diagnóstico del caso índice, si por cualquier razón no fuera posible, el Responsable Provincial y el Responsable del Programa en el área sanitaria conocedores de las estructuras y recursos existentes serán los encargados de organizar estos estudios y se encarga-

rán del reciclaje del personal sanitario que asuma esta tarea. En la declaración individualizada inicial deberá constar donde se realiza el estudio de contactos. En los casos de casos índices pertenecientes a colectivos o empresas el estudio debe encargarse a un solo médico reciclado previamente en estas tareas ya que con frecuencia se ha producido una alarma social innecesaria por deficiente enfoque de estos estudios en colectividades.

- 2.º Los estudio de los pacientes pertenecientes a grupos con **Factores o Situaciones de Riesgo de TB (FyS-dR)**, principalmente VIH, toxicómanos, alcohólicos y resto de **Inmunodeprimidos** perfectamente definidos en los Programas de TB, deberían ser objeto de búsqueda activa de TB⁶, cuando circunstancialmente solicitan atención sanitaria en AP o Especializada, realizando al igual que en las personas sintomáticas un cribado de TB, que si fuera dudoso se remitiría al especialista de referencia en el área, que descartada TB activa, indicaría si procede realización de Quimioprofilaxis (QT) o tratamiento de su infección latente (TIT) (Tratamiento de la Infección Tuberculosa, denominación actual de la llamada Quimioprofilaxis Secundaria) si lo precisara.
- 3.º Las personas pertenecientes a **Situaciones de Riesgo Profesional o Social**, con mayores posibilidades de desarrollar la TB, reclusos, marginados, indigentes, **inmigrantes, sanitarios trabajadores** con grupos de riesgo (en prisiones, asilos, albergues, guarderías, docencia, marginados, asilados y colectivos cerrados), igualmente deben realizarse **cribado de TB**.

Dentro de estas Situaciones de Riesgo en el momento actual debe controlarse especialmente la población inmigrante procedente de países con elevadas tasas de TB incluso resistente, que suponen ya entre el 25 y 50 % de los casos de TB en EEUU y en algunos países europeos¹⁵. El responsable provincial y el responsable del programa en cada área estudiarán y pondrán en funcionamiento los estudios de TB en el colectivo de inmigrantes. Este colectivo, independientemente del estado en que lleguen al país, vive unas condiciones de vivienda, trabajo, alimentación, que facilitan tanto la infección como el desarrollo de la enfermedad.

¿Qué estructuras son precisas para conseguir estos objetivos?

En Atención Primaria, se recomienda designar dos médicos referentes de TB, que en cada Centro de Salud asumirían, previo reciclaje, las siguientes tareas: estudios de contactos, control de grupos de riesgo y seguimiento de los casos que les sean remitidos desde la unidad diagnós-

tica, realizando las declaraciones referentes al foco y a la situación final de los casos que hubieran controlado. Serían asistidos en caso necesario, por el especialista de referencia o por el responsable del programa de tuberculosis en el área sanitaria. Todos los médicos de Atención Primaria podrán remitir sus dudas diagnósticas y sospechas de tuberculosis al referente del área que estará siempre accesible para el estudio de las mismas ¹⁶.

En todos los Centros de Salud deberá realizarse Test de Mantoux y recogida de muestras de expectoración integradas en la unidad de toma de muestras analíticas.

Los trabajadores sociales y servicio de enfermería colaborarán en el TDO y control de los pacientes calificados como incumplidores, que precisen TSS o medidas sociales incentivadoras del cumplimiento. En este proceso tiene un papel fundamental la presencia de la acción intersectorial, no sólo trabajar desde el sector salud sino con todos los sectores implicados (Asuntos Sociales, ONG, Ayuntamiento, Justicia...) para facilitar y conseguir el cumplimiento de los tratamientos ¹⁶.

En Atención especializada es necesario en todas las áreas sanitarias un mínimo de un especialista de referencia en tuberculosis en el servicio de Neumología y otro en el servicio de Medicina Interna o Infecciosas si existiera este servicio. Los referentes serían los receptores de todas las sospechas diagnósticas de TB remitidas por Atención Primaria u otro especialista. En las áreas con más de 250.000 habitantes y tasas superiores a 20/100.000 habitantes parece necesario una Consulta específica de Tuberculosis, con funcionamiento diario o bien dos, tres días en semana, según el número de casos o incidencia, asumiendo si es posible el estudio de contactos.

Una función que es preciso definir es la del **Responsable del programa de TB en el área sanitaria** (RCA), que:

- 1.º Se encargará de la revisión de la DI de todos los casos del área, que recibirá bien del Servicio de Medicina Preventiva Hospitalaria o del Servicio de Epidemiología del Distrito Sanitario, completará toda la caracterización del caso, en los casos que la declaración esté incompleta faltando características mínimas de identificación, diagnóstico, pauta y tiempo de tratamiento, médico responsable etc., solicitará del clínico declarante toda la información que le permita completar la caracterización del caso.
- 2.º Igualmente solicitará de los clínicos declarantes y responsables de los casos, si éstos no lo hubieran remitido, el estudio del foco y su situación final al finalizar el tratamiento, todo ello lo remitirá al Responsable Provincial del Programa de TB.
- 3.º Mensualmente realizará búsqueda activa de todos los casos en los servicios de Microbiología, Neumo-

logía, Medicina Interna o Infecciosas, Registro de Altas Hospitalarias u otras fuentes que él estime rentables para la detección de nuevos casos.

- 4.º Encontrado por cualquier fuente un nuevo caso de TB, desconocido para el Programa, se informará al servicio del hallazgo de un posible caso, para que se trate de ratificar el diagnóstico, y lógicamente si se ratifica, sea declarado y tratado.
- 5.º Recibirá información de los médicos responsables del seguimiento y control del paciente de cualquier situación de abandono de tratamiento, debiendo iniciar las medidas oportunas para lograr la reanudación del mismo con los recursos socio sanitarios con que se cuente el área.
- 6.º Recibirá información de la situación de los casos resistentes diagnosticados en su área, analizará las circunstancias clínico epidemiológicas que concurren en los mismos, remitiendo anualmente este registro al Nivel Provincial.
- 7.º En colaboración con el Nivel Provincial del Programa, Dirección Hospitalaria y Dirección del Distrito organizará:
 - A. El estudio de contactos y los cribados de TB en grupos de riesgo profesional o social, teniendo siempre en cuenta los recursos sanitarios existentes en su área sanitaria.
 - B. Con los Responsables anteriormente citados organizará los cursos y talleres de Docencia o Reciclaje de TB.
- 8.º Elaborará anualmente un resumen memoria de la situación de la TB en su área, que incluirá siempre la situación final de la cohorte de casos declarados el año anterior, a la vista de los resultados, evolución de la incidencia, abandonos y características de los casos, propondrá al Nivel Provincial del Programa y al Coordinador Autonómico las medidas a tomar para disminuir los abandonos en años posteriores y mejorar el control de la TB en su área ¹⁶.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo del PMIT. La tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis (PMIT) Edita Instituto de Salud Carlos III. Madrid 1999.
2. Grupo de Trabajo PMIT-PMETA. La Tuberculosis en Andalucía. Resultado de los Proyectos Multicéntricos PMIT-PMETA. Edita Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2000.
3. Grupo de Estudio del Taller de 1999 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Documento de Consenso sobre tratamiento directamente observado en tuberculosis. Med Clin (Barc) 2000; 115: 749-757.
4. Franco J, Blanquer R, Flores J, Fernández E, Plaza P, Nogueira J M. Análisis del retraso diagnóstico en la tuberculosis Med Clin (Barc) 1996; 107: 453-457.

5. Rey R, Ausina V, Casal M, Caylá J, de March P, Moreno S et al. Situación actual de la tuberculosis en España. Una perspectiva sanitaria en precario respecto a los países desarrollados. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 703-707.
6. CDC. Essential components of a tuberculosis prevention and Control Program. Screening for Tuberculosis and Tuberculosis Infection in High-Risk Populations. *MMWR* 1995; 44: 19-35.
7. Espinar Martín A. Tuberculosis: ¿Hasta cuando? *Arch Bronconeumol* 1992; 28 (sup 2): 29-37.
8. Lobo Barrero CA, Pérez Escolano E. Control y supervisión del enfermo tuberculoso. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 43-47.
9. Campos Rodríguez F, Muñoz Lucena F, Gracia Polo C, Umbría Domínguez S, Nogales Pérez MC. Estudio de la efectividad de las medidas de control de la tuberculosis en el área sur de Sevilla. *NEUMOSUR* 2000; 12: 161-171.
10. Pozsik CJ. Compliance with tuberculosis therapy. *Med Clin North Am* 1993; 77: 1289-1231.
11. Alcaide J, Pascual J, Altet MN, Maldonado J, López F, Salleras LI. Resultados e impacto epidemiológico de una unidad de tratamiento directamente observado de la tuberculosis. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 267-274.
12. Veen J, Raviglione M, Rieder HL. Standardized tuberculosis treatment outcome monitoring in Europe. *Eur Respir J* 1998; 12: 505-510.
13. Lobo Barrero CA, Pérez Escolano E, Gutiérrez Rodríguez J. Clínica y epidemiología de la tuberculosis en el área norte de Cádiz. *NEUMOSUR* 1999.
14. Grupo de Estudio de Contactos de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). Documento de Consenso sobre el estudio de contactos en los pacientes tuberculosos *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 151-156.
15. Ruiz Manzano J. Tuberculosis e inmigración. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 257-258.
16. Lobo Barrero, C A, Picó Juliá M, Guillén Enríquez J, Sagristá González M, Perea Pérez E, Cerezo Espinosa de los Monteros J et al. La Evolución de la Tuberculosis en Andalucía 1997-200. Análisis, recomendaciones y protocolos. Edita Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación. Servicio de Programas de Salud Pública y Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Evaluación.

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de enero a 31 de junio de 2002)

Gálvez Alcaraz A, Jiménez López AM, Lahoz Rallo B, Manteca González A, Morata García de la Puerta J, Rodríguez Pappalardo V, Sánchez García C.

Médicos de familia

Los artículos, publicados entre el 1 de enero y el 31 de junio de 2003, aparecen a continuación clasificados por ÁREAS DE INTERÉS, debajo de cada cual aparecen las reseñas bibliográficas correspondientes. Algunos artículos han sido clasificados bajo 2 ó más epígrafes.

La recopilación se ha extraído de la consulta a las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.

Entre corchetes, tras cada una de las referencias bibliográficas, aparece el tipo de estudio, según la clasificación que se expone a continuación y, separado por una coma, el grado de interés del artículo según la opinión del revisor.

TIPO DE ESTUDIO

- (AO) Artículo de opinión / editoriales / comentarios.
- (R) Revisiones no sistemáticas.
- (C) Cualitativo
- (T) Observacional descriptivo transversal
- (CC) Observacional analítico casos y controles
- (S) Observacional analítico de seguimiento / cohortes
- (QE) Quasi experimental
- (EC) Experimental ensayo clínico
- (M) Metaanálisis y Revisiones Sistemáticas

Grado de interés:

- Alto: I
- Muy alto: II
- Imprescindible: III

ÁREAS DE INTERÉS:

MEDICINA DE FAMILIA/ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Incluye: APS_bases conceptuales, medicina de familia_profesión, ejercicio profesional, enfermería, trabajo social, trabajo en equipo, relaciones interniveles, psicología, sociología, antropología.

Sox HC. The future of primary care. *Ann Intern Med* 2003; 138: 230-232 [AO,II]

Mas X, Cruz JM, Fañanás N, Allué A, Zamora I, Viñas R. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria* 2003; 31: 214-221 [T,I]

Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31: 227-233 [T,I]

Gosálbez E, Pérez-Salinas I, Díez-Domingo J, Ballester A, Costa AM. Sistemas de información en atención primaria: ¿debemos codificar con la CIE-9-MC? *Aten Primaria* 2003; 31: 519-523 [R,II]

Brugos A, Guillén F, Mallor F, Fernández C. Modelos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica: aplicación para el cálculo del cupo máximo en medicina de familia que permita un mínimo de diez minutos por consulta. *Aten Primaria* 2003; 32: 23-29 [T,II]

Altisent R. La relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de familia. *Aten Primaria* 2003; 32: 106-109 [AO,II]

Bindman AB, Majeed A. Primary care in the United States: Organisation of primary care in the United States. *BMJ* 2003; 326: 631-634 [AO,II]

Campbell S, Steiner A, Robison J, Webb D, Raven A, Roland M. Is the quality of care in general medical practice improving? Results of a longitudinal observational study. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 298-304 [S,I]

Durand MA, King M. Specialist treatment versus self-help for bulimia nervosa: a randomised controlled trial in general practice. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 371-377 [EC,I]

Merenstein J, Rao G, D'Amico F. Clinical research in family medicine: quantity and quality of published articles. *Fam Med* 2003; 35: 284-288 [T,II]

Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. *JAMA*. 2003; 289: 442-449 [T,I]

Regidor E, Domínguez V, Calle ME, Navarro P. Circunstancias socioeconómicas y mortalidad prematura por enfermedades crónicas. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 201-206 [T,I]

Vinyoles E, Armengol F, Bayó J, Salvadó A, Pepió JM. La normativa europea y el futuro de los esfigmomanómetros de mercurio en las consultas. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 460-463 [AO,II]

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

Onusko, E. Diagnosing secondary hypertension. *Am Fam Physician* 2003; 67: 67-74. [AO,II]

McInnis KJ, Franklin BA, Rippe JM. Counseling for physical activity in overweight and obese patients. *Am Fam Physician* 2003; 67: 1249-1256, 1266-1268 [AO,II]

Marchiando R J, Elston M P. Automated ambulatory blood pressure monitoring: clinical utility in the family practice setting. *Am Fam Physician* 2003; 67: 2343-2350; 2353-2354 [AO,II]

Haider AW, Larson MG, Franklin SS, Levy D. Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med* 2003; 138: 10-16 [S,II]

Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L et al.

Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med* 2003; 138: 24-32 [S,I]

- Vittinghoff E, Shlipak MG, Varosy PD, Furberg CD, Ireland Ch, Khan SS et al. Risk factors and secondary prevention in women with heart disease: The Heart and Estrogen/progestin Replacement Study. *Ann Intern Med* 2003; 138: 81-89 [S,I]
- Berl T, Hunsicker LG, Lewis JB, Pfeffer MA, Porush JG, Rouleau J et al. Cardiovascular outcomes in the irbesartan diabetic nephropathy trial of patients with type 2 diabetes and overt nephropathy. *Ann Intern Med* 2003; 138: 542-549 [EC,III]
- Snow V, Weiss, KB, Mottur-Pilson C. The evidence base for tight blood pressure control in the management of type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 2003; 138: 587-592 [M,II]
- Vijan S, Hayward RA. Treatment of hypertension in type 2 diabetes mellitus: blood pressure goals, choice of agents, and setting priorities in diabetes care. *Ann Intern Med*. 2003; 138: 593-602 [R, III]
- Viñas L, Orti A, Aguilar C, Pepió JM, Rubio V, Miravalls M. ¿Existe relación entre la valoración del riesgo coronario según las tablas de Framingham y Sheffield con la del sexto informe del Joint National Committee? Relación entre tablas de riesgo coronario. *Aten Primaria* 2003; 31: 295-300 [T,II]
- Callejo E, Iglesias P, Lapetra J, Santos JM, Mayoral E, López B. Hábitos dietéticos en la población de una zona básica de salud urbana. *Aten Primaria* 2003; 31: 421-427 [T,I]
- Bonet A, Dalfó A, Domínguez M, Egocheaga MI, Flores I, Molina R et al. Automedida de la presión arterial (AMPA) en atención primaria (I) *Aten Primaria* 2003; 31: 545-552 [R,II]
- Bonet A, Dalfó A, Domínguez M, Egocheaga MI, Flores I, Molina R et al. Automedida de la presión arterial (AMPA) en atención primaria (II) *Aten Primaria* 2003; 31: 606-612 [R,II]
- Grandes G, Cortada JM, Arrazola A, Laka JP. Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 101-107 [QE,II]
- Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2003; 326: 84-87 [S,I]
- Fuat A, Hungin AP, Murphy JJ. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. *BMJ* 2003; 326: 196-199 [C,I]
- Gami AS, Montori VM, Erwin PJ, Khan MA, Smith SA. Systematic review of lipid lowering for primary prevention of coronary heart disease in diabetes. *BMJ* 2003; 326: 528-529 [M,II]
- Hippisley-Cox J, Cater R, Pringle M, Coupland C. Cross sectional survey of effectiveness of lipid lowering drugs in reducing serum cholesterol concentration in patients in 17 general practices. *BMJ* 2003; 326: 689-691 [T,II]
- Enstrom JE, Kabat GC. Environmental tobacco smoke and tobacco related mortality in a prospective study of californians, 1960-98. *BMJ* 2003; 326: 1057-1061 [S,I]
- Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ* 2003; 326: 1419-1423 [M,I]
- Law MR, Wald NJ, Rudnicka AR. Quantifying effect of statin on low density lipoprotein cholesterol, ischaemic heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 326: 1423-1427 [M,I]
- Law MR, Wald NJ, Morris JK, Jordan. Revalue of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials. *BMJ* 2003; 326: 1427-1431 [M,I]
- Wilson S, Johnston A, Robson J, Pouter N, Collier D, Feder G et al. Comparison of methods to identify individuals at increased risk of coronary disease from general population. *BMJ* 2003; 326: 1436-1438 [T,II]
- Lu W, Resnick HE, Jablonski KA, Jones KL, Jain AK, Howard WJ et al. Non-HDL cholesterol as a predictor of cardiovascular disease in type 2 diabetes: the strong heart study. *Diabetes Care* 2003 26: 16-23 [T,II]
- Egede LE. Lifestyle modification to improve blood pressure control in individuals with diabetes: is physician advice effective? *Diabetes Care* 2003 26: 602-607 [T,II]
- Brottons C, Permanyer G, Pacheco V, Moral I, Ribera A, Cascant P et al. Prophylactic treatment after myocardial infarction in primary care: how far can we go? *Fam Pract* 2003; 20: 32-35 [T,I]
- Blasco A, González AI, Lobos JM, Silva L. Tratamiento médico de la angina estable: fármacos antianginosos y prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 33-56 [R,III]
- Silva M, Ortigosa J. Betabloqueantes en insuficiencia cardíaca: indicaciones. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 90-96 [R,II]
- Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense H, Joffres M et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 european countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003; 289: 2363-2369 [T,II]
- Psaty BM, Lumley T, Furberg CD, Schellenbaum G, Pahor M, Alderman MH et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents. *JAMA* 2003; 289: 2534-2544 [M,III]
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003; 289: 2560-2571 [I,III]
- Murray C, Lauer JA, Hutubessy R, Niessen L, Tomijima N, Rodgers A et al. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *Lancet* 2003; 361: 717-725 [M,II]
- Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003; 361: 13-20 [R,I]
- Palmer ME, Haller C, McKinney PE, Klein-Schwartz W, Tschirgi A, Smolinske SC et al. Adverse events associated with dietary supplements: an observational study. *Lancet* 2003; 361: 101-106 [T,I]
- MacDonald TM, Wei L. Effect of ibuprofen on cardioprotective effect of aspirin. *Lancet* 2003; 361: 573-74 [EC,I]
- Vivekananthan DP, Penn MS, Sapp SK, Hsu A, Topol EJ. Use of antioxidant vitamins for the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of randomised trials. *Lancet* 2003; 361: 2017-2023 [M,II]
- Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Borrás JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:14-16 [Q,I]
- Roqué M, García-Madrid C, Reis ED. Avances en el tratamiento médico y mínimamente invasivo de la isquemia crónica de miembros inferiores. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 24-31 [R,I]
- Mediavilla JD, Sabio JM, Fernández-Torres C. Tratamiento de la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 108-116 [R,II]
- Lupón J. Nuevas formas de atención médica en la insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 135-137 [AO,II]
- Rubiés-Prat J, Pedro-Botet J. Hipertrigliceridemia como factor de riesgo cardiovascular. ¿Fin de la controversia? *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 303-305 [R,I]
- García O, Lozano JV, Vegazo O, Jiménez FJ, Llisterri JL, Redón J. Control de la presión arterial de los pacientes diabéticos en el ámbito de atención primaria. Estudio DIAPA. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 529-534 [T,I]

- Aranceta J, Pérez C, Serra L, Ribas L, Quiles J, Vioque J et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 608-612 [T,II]
- Hermida RC, Ayala DE, Calvo C, López JE, Fernández JR, Mojón A et al. Efecto de la administración temporalizada de ácido acetilsalicílico a dosis bajas sobre la presión arterial en pacientes hipertensos. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 686-692 [EC,I]
- Redon J. (Estudio APACHE) Control de la hipertensión arterial basado en la automedición ambulatoria de la presión arterial: Estudio APACHE. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 728-733 [T,II]
- Roca-Cusachs A, Badia X, Dalfó A, Gascón G, Abellán J, Lahoz R et al. Relación entre variables clínicas y terapéuticas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial. Estudio MINICHAL. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 12-17 [S,II]
- De la Figuera M, Navarro J. Hipertensión arterial y atención primaria: impacto de nuevos estudios. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 21-22 [AO,II]
- Mostaza JM, Vicente I, Cairol M, Castillo J, González-Juanatey JR, Pomar JL, Lahoz C. Índice tobillo-brazo y riesgo vascular. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 68-73 [R,I]
- Clemente ML, Pérez-Trullén A, Rubio E, Marrón R, Herrero I. Correlación entre los valores de monóxido de carbono en el aire espirado y los sistemas de medición de dependencia nicotínica DSM-IV, test de Fagerström y ARUSMQ-9 en adolescentes fumadores. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 90-94 [T,II]
- Mukamal KJ, Conigrave KM, Mittleman MA, Camargo CA, Stampfer MJ, Willett WC et al. Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *N Engl J Med* 2003; 348: 109-118 [T,II]
- Gæde P, Vedel P, Larsen N, Jensen G, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348: 383-393 [EC,II]
- Wing L, Reid CM, Ryan P, Beilin LJ, Brown MA, Jennings G et al. A comparison of outcomes with angiotensin-converting-enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. *N Engl J Med* 2003; 348: 583-592 [EC,II]
- Bonow RO, Eckel RH. Diet, obesity and cardiovascular risk. *N Engl J Med* 2003; 348: 2057-2058 [S,I]
- Clement DL, De Buyzere ML, De Bacquer DA, de Leeuw PW, Duprez DA, Fagard RH et al. Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension. *N Engl J Med* 2003; 348: 2407-2415 [S,II]
- Hu FB. The mediterranean diet and mortality-olive oil and beyond. *N Engl J Med* 2003; 348: 2595-2596 [R,II]
- Lobo CM, Frijling BD, Hulscher ME, Bernsen RM, Braspenning JC, Grol RP et al. Organisational determinants of cardiovascular prevention in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2003;21: 99-105 [T,II]
- DIABETES**
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2003; 138: 212-214 [M,III]
- Harris R, Donahue K, Rathore SS, Frame P, Wolf SH, Lohr KN. Screening adults for type 2 diabetes: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003; 138: 215-229 [M,III]
- Snow V, Weiss, KB, Mottur-Pilson C. The evidence base for tight blood pressure control in the management of type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 2003; 138: 587-592 [M,II]
- Vijan S, Hayward RA. Treatment of hypertension in type 2 diabetes mellitus: blood pressure goals, choice of agents, and setting priorities in diabetes care. *Ann Intern Med.* 2003; 138: 593-602 [R, III]
- Birules M, Fernández I. Criterios de cribado y diagnóstico de diabetes mellitus. *Aten Primaria* 2003; 31: 334-336 [R,II]
- Valcuende ML. Autoanálisis en la diabetes mellitus. *Aten Primaria* 2003; 31: 394-396 [R,II]
- Dalmau Mr, García G, Aguilar C, Palau A. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Aten Primaria* 2003; 32: 36-41 [EC,I]
- Whitford DL, Griffin SJ, Prevost AT. Influences on the variation in prevalence of type 2 diabetes between general practices: practice, patient or socioeconomic factors? *Br J Gen Pract* 2003; 53: 9-14 [T,I]
- Rothenbacher D, Rüter G, Saam S, Brenner H. Younger patients with type 2 diabetes need better glycaemic control: results of a community-based study describing factors associated with a high HbA_{1c} value. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 389-391 [S,II]
- Rossing K, Christensen PK, Andersen S, Hovind P, Hansen HP, Parving HH. Comparative effects of irbesartan on ambulatory and office blood pressure: a substudy of ambulatory blood pressure from the irbesartan in patients with type 2 diabetes and microalbuminuria study. *Diabetes Care* 2003; 26: 569-574 [T,I]
- Egede LE. Lifestyle modification to improve blood pressure control in individuals with diabetes: is physician advice effective? *Diabetes Care* 2003; 26: 602-607 [S,II]
- Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003; 26: 725-731 [S,II]
- Goldstein I, Young JM, Fischer J, Bangerter K, Segerson T, Taylor T. Vardenafil, a new phosphodiesterase type 5 inhibitor, in the treatment of erectile dysfunction in men with diabetes: a multicenter double-blind placebo-controlled fixed-dose study. *Diabetes Care* 2003; 26: 777-783 [EC,II]
- The DECODE Study Group. Age- and sex-specific prevalences of diabetes and impaired glucose regulation in 13 european cohorts. *Diabetes Care* 2003; 26: 61-69 [S,I]
- McNulty SJ, Ur E, Williams G. A randomized trial of sibutramine in the management of obese type 2 diabetic patients treated with metformin. *Diabetes Care* 2003; 26: 125-131 [EC,I]
- Hamilton J, Cummings E, Zdravkovic V, Finegood D, Daneman D. Metformin as an adjunct therapy in adolescents with type 1 diabetes and insulin resistance: a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2003; 26: 138-143 [EC,I]
- Lu W, Resnick HE, Jablonski KA, Jones KL, Jain AK, Howard WJ et al. Non-HDL cholesterol as a predictor of cardiovascular disease in type 2 diabetes: the strong heart study. *Diabetes Care* 2003; 26: 16-23 [T,II]
- Phillips P, Karrasch J, Scott R, Wilson D, Moses R. Acarbose improves glycemic control in overweight type 2 diabetic patients insufficiently treated with metformin. *Diabetes Care* 2003; 26: 269-273 [EC,II]
- Thanopoulou AC, Karamanos BG, Angelico FV, Assaad-Khalil SH, Barbato AF, Del Ben MP et al. Dietary fat intake as risk factor for the development of diabetes: multinational, multicenter study of the Mediterranean Group for the Study of Diabetes (MGSD). *Diabetes Care* 2003; 26: 302-307 [CC,I]
- Berlowitz DR, Ash AS, Hickey EC, Glickman M, Friedman R, Kader B. Hypertension management in patients with diabetes: the need for more aggressive therapy. *Diabetes Care* 2003; 26: 355-359 [S,II]
- Shah BR, Hux JE. Quantifying the risk of infectious diseases for people with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 510-513 [S,II]
- Bloomgarden ZT. Pharmacologic treatment of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 526-533 [R,II]
- Khan A, Lasker S, Chowdhury TA. Are spouses of patients with type 2 diabetes at increased risk of developing diabetes? *Diabetes Care* 2003; 26: 710-712 [T,I]

- Lindström J, Tuomilehto J. The Diabetes Risk Score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003; 26: 725-731 [S,II]
- Izquierdo RE, Knudson PE, Meyer S, Kearns J, Ploutz-Snyder R, Weinstock RS. A comparison of diabetes education administered through telemedicine versus in person. *Diabetes Care* 2003; 26:1002-1007 [CC,I]
- Murata GH, Shah JH, Hoffman RM, Wendel CS, Adam KD, Solvas PA et al. Intensified blood glucose monitoring improves glycemic control in stable, insulin-treated veterans with type 2 diabetes: the Diabetes Outcomes in Veterans Study (DOVES). *Diabetes Care* 2003; 26:1759-1763 [S,I]
- Rathmann W, Haastert B, Icks A, Löwel H, Meisinger C, Holle R et al. High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: Target populations for efficient screening. The KORA survey 2000. *Diabetologia* 2003; 46: 182-189 [T,I]
- Moulik PK, Hardy KJ. Hypertension, anti-hypertensive drug therapy and erectile dysfunction in diabetes. *Diabet Med* 2003; 20: 290-293 [T,II]
- Armstrong DG, Frykberg RG. Classifying diabetic foot surgery: toward a rational definition. *Diabet Med* 2003; 20: 329-331 [AO,I]
- Goudswaard AN, Lam K, Stolk RP, Rutten G. Quality of recording of data from patients with type 2 diabetes is not a valid indicator of quality of care. A cross-sectional study. *Fam Pract* 2003; 20: 173-177 [T,I]
- Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *JAMA* 2003; 289: 1785-1791 [S,I]
- DeWitt DE, Hirsch IB. Outpatient insulin therapy in type 1 and type 2 diabetes mellitus. *JAMA* 2003; 289: 2254-2264 [M,II]
- Pavo I, Jermendy G, Varkonyi TT, Kerenyi Z, Gyimesi A, Shoustov S et al. Effect of pioglitazone compared with metformin on glycemic control and indicators of insulin sensitivity in recently diagnosed patients with type 2 diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88: 1637-1645 [EC,II]
- Nakao N, Yoshimura A, Morita H, Takada M, Kayano T, Ideura T. Combination treatment of angiotensin-II receptor blocker and angiotensin-converting-enzyme inhibitor in non-diabetic renal disease (COOPERATE): a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 117-124 [CC,I]
- Younis N, Broadbent DM, Vora JP, Harding SP. Incidence of sight-threatening retinopathy in patients with type 2 diabetes in the Liverpool Diabetic Eye Study: a cohort study. *Lancet* 2003; 361: 195-200 [S,II]
- Huopio H, Otonkoski T, Vauhkonen I, Reimann F, Ashcroft FM, Laakso M. A new subtype of autosomal dominant diabetes attributable to a mutation in the gene for sulfonylurea receptor 1. *Lancet* 2003; 361: 301-307 [EC,I]
- De la Calle H, Costa A, Díez-Espino J, Franch J, Godaye A. Evaluación del cumplimiento de los objetivos de control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Estudio TranSTAR. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 446 - 450 [CC,I]
- García O, Lozano JV, Vegazo O, Jiménez FJ, Llisterri JL, Redón J. Control de la presión arterial de los pacientes diabéticos en el ámbito de atención primaria. Estudio DIAPA. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 529 - 534 [T,I]
- Gæde P, Vedel P, Larsen N, Jensen G, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348: 383-393 [EC,II]
- Perkins BA, Ficociello LH, Silva KH, Finkelstein DM, Warram JH, Krolewski AS. Regression of microalbuminuria in type 1 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348: 2285-2293 [S,II]
- Hansen LJ, Olivarius NF, Siersma V, Beck-nielsen H, Pedersen PA. Encouraging structured personalised diabetes care in general practice. A 6-year follow-up study of process and patient outcomes in newly diagnosed patients. *Scand J Prim Health Care* 2003;21: 89-95 [S,I]
- CÁNCER.** Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.
- Raffle AE, Alden B, Quinn M, Babb PJ, Brett MT. Outcomes of screening to prevent cancer: analysis of cumulative incidence of cervical abnormality and modelling of cases and deaths prevented. *BMJ* 2003; 326: 901-904 [T,I]
- Cuzick J, Powels T, Veronesi U, Forbes J, Edwards R, Ashley S et al. Overview of the main outcomes in breast-cancer prevention trials. *Lancet* 2003; 361: 296-300 [M,II]
- Behin A, Hoang-Xuan K, Carpentier AF, Delattre JY. Primary brain tumours in adults. *Lancet* 2003; 361: 323-331 [R,I]
- Sherman SI. Thyroid carcinoma. *Lancet* 2003; 361: 501-511 [R,II]
- Yung L, Linch D. Hodgkin's lymphoma. *Lancet* 2003; 361: 943-951 [R,I]
- Jani AB, Hellman S. Early prostate cancer: clinical decision-making. *Lancet* 2003; 361: 1045-1053 [R,I]
- Smith JS, Green J, Berrington de Gonzalez A, Appleby P, Peto J, Plummer M et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet* 2003; 361: 1159-1167 [M,II]
- Tabar L, Yen M, Vitak B, Chen HT, Smith RA, Duffy SW. Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening. *Lancet* 2003; 361: 1405-1410 [S,III]
- Bingham SA, Day NE, Luben R, Ferrari P, Slimani N, Norat T et al. Dietary fibre in food and protection against colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): an observational study. *Lancet* 2003; 361: 1496-1501 [S,III]
- McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003; 361: 1603-1607 [T,II]
- Badia X, Muriel C, Gracia A, Núñez-Olarte JM, Perulero N, Gálvez R et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 52-60 [T,I]
- Calle EE, Rodríguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med* 2003; 348: 1625-1638 [S,II]
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Hainer BL. Dermatophyte infections. *Am Fam Physician* 2003; 67: 101-108 [AO,II]
- Miller KE, Ruiz DD, Graves C. Update on the prevention and treatment of sexually transmitted diseases. *Am Fam Physician* 2003; 67: 1915-1922 [AO,II]
- Steinman MA, Gonzales R, Linder JA, Landefeld S. Changing use of antibiotics in community-based outpatient practice, 1991-1999. *Ann Intern Med* 2003; 138: 525-533 [T,II]
- Palop V, Melchor A, Martínez I. Reflexiones sobre la utilización de antibióticos en atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32: 42 - 47 [R,II]
- Paul M, Soares-Weiser K, Leibovici L. B lactam monotherapy versus B lactam-aminoglycoside combination therapy for fever with neutropenia: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 326: 1111-1115 [M, II]
- Cooper NJ, Sutton AJ, abams KR, Waillog A, Turner DA, Nicholson KG. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in treatment and prevention of influenza A and B: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 326: 1235-1234 [M,II]

- File TM, Tan JS. International guidelines for the treatment of community-acquired pneumonia in adults: the role of macrolides. *Drugs* 2003; 63:181-205 [R,III]
- Easton J, Noble S, Perry CM. Amoxicillin/clavulanic acid: a review of its use in the management of paediatric patients with acute otitis media. *Drugs* 2003; 63:311-340 [R,II]
- Álvarez CJ. Neumonía adquirida en la comunidad. Fundamentos del tratamiento. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 1-10 [R,II]
- Vicente D, Cilla G, Pérez-Trallero E. Tratamiento del Herpes Zoster. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 81-89 [R,II]
- Woodman CB, Collins S, Rollason T, Winter H, Bailey A, Yates M et al. Human papillomavirus type 18 and rapidly progressing cervical intraepithelial neoplasia. *Lancet* 2003; 361: 40-43 [EC,I]
- Marth T, Raoult D. Whipples's disease. *Lancet* 2003; 361: 239-246 [R,I]
- Garner D, Weston V. Effectiveness of vaccination for Haemophilus influenzae type b. *Lancet* 2003; 361: 395-96 [R,I]
- Oteo J, Alós JI. Infección neumocócica en el ámbito extrahospitalario: aproximación para la mejora en la elección del tratamiento antibiótico. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 297-302 [R,I]
- Gascón J, Maciá M, Oliveira I, Corachán M. Intoxicación por ciguatera en viajeros. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 777 - 779 [T,I]
- Guimbao J, Vergara A, Aspiroz C, Aldea MJ, Lázaro MA, Alberto MJ et al. Transmisión de Streptococcus pneumoniae en una residencia de ancianos: análisis de un brote epidémico. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 48 - 52 [S,I]
- Domínguez-Berjón MF, Sanz-Moreno JC, Redondo-Sobrado R, Azpiazu-Garrido M, Moreno-Civantos A, Noguerales-de la Cruz R. Brote de toxoinfección alimentaria por Clostridium perfringens en un comedor escolar. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 58 - 60 [S,I]
- ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA:**
- Sinha T, David AL. Recognition and management of exercise-induced bronchospasm. *Am Fam Physician* 2003; 67: 769-774, 776 [AO,I]
- Higgins JC. The «crashing asthmatic». *Am Fam Physician* 2003; 67: 997-1004 [AO,II]
- Highland KB, Strange C, Heffner JE. Long-term effects of inhaled corticosteroids on FEV₁ in patients with chronic obstructive pulmonary disease. A meta-analysis. *Ann Intern Med* 2003; 138: 969-973 [M,III]
- Hawkins G, McMahon AD, Twaddle S, Wood SF, Ford I, Thomson NC. Stepping down inhaled corticosteroids in asthma: Randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 326: 1115-1118 [EC,II]
- George CFP, Bayliff CD. Management of insomnia in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs* 2003; 63: 379-387 [AO, I]
- Calverley P, Pauwels R, Vestbo J, Jones P, Pride N, Gulsvik A et al. Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 449-456 [EC,II]
- Pauwels RA, Pedersen S, Busse WW, Tan WC, Chen YZ, Ohlsson SV et al. Early intervention with budesonide in mild persistent asthma: a randomised, double-blind trial. *Lancet* 2003; 361: 1071-1076 [EC,II]
- Baron JA, Cole BF, Sandler RS, Haile RW, Ahnen D, Bresalier R et al. A randomized trial of aspirin to prevent colorectal adenomas. *N Engl J Med* 2003; 348: 891-899 [EC,II]
- SALUD MENTAL.** Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).
- Mersy DJ. Recognition of alcohol and substance abuse. *Am Fam Physician* 2003; 67: 1529-1532, 1535-1536 [AO,I]
- Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003; 138: 927-937 [M,II]
- Limón E, Argimon JM, Vila J, Abos T, Cabezas C, Vinyoles E. Detección del deterioro cognitivo en población mayor de 64 años: primera fase del proyecto Cuida'l. *Aten Primaria* 2003; 32: 6-12 [T,I]
- Moral MS, Juan J, López MJ, Pellicer P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria* 2003; 32: 77-83 [T,I]
- Hanley J, Stirling P, Brown C. Randomised controlled trial of therapeutic massage in the management of stress. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 20-25 [EC,II]
- Gask L, Rogers A, Oliver D, May C, Roland M. Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 278-283 [C,I]
- Durand MA, King M. Specialist treatment versus self-help for bulimia nervosa: a randomised controlled trial in general practice. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 371-377 [EC,II]
- Keen J, Oliver P, Rowse G, Mathers N. Does methadone maintenance treatment based on the new national guidelines work in a primary care setting? *Br J Gen Pract* 2003; 53: 461-467 [S,I]
- Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Maier W, Möller HJ, Hegerl U. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 2003; 326: 200-201 [S,II]
- Palmer K, Bäckman L, Winblad B, Fratiglioni L. Detection of Alzheimer's disease and dementia in the preclinical phase: population based cohort study. *BMJ* 2003; 326: 245-247 [S,I]
- Macgillivray S, Arroll B, Hatcher S, Ogston S, Reid I, Sullivan F et al. Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 326: 1014-1017 [M,II]
- Mukamal KJ, Kuller LH, Fitzpatrick AL, Longstreth T, Mittleman MA, Sis-covick DS. Prospective study of alcohol consumption and risk of dementia in older adults. *JAMA*. 2003; 289: 1405-1413 [CC,II]
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289: 3095-3105 [T,II]
- Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 2003; 289: 3135-3144 [C,I]
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003; 289: 3145-3151 [M,II]
- Keller MB. Past, present, and future directions for defining optimal treatment outcome in depression. *JAMA* 2003; 289: 3152-3160 [M,III]
- Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 2003; 289: 3161-3166 [R,I]
- The UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003; 361: 799-808 [M,I]
- Prince M, Acosta D, Chiu H, Scazufca M, Varghese M. Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. *Lancet* 2003; 361: 909-917 [T,II]
- Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 995-1000 [EC,II]

Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361: 407-416 [R,II]
 Harrison PJ, Owen MJ. Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications. *Lancet* 2003; 361: 417-419 [R,I]

Salter D, McMillan D, Richards M, Talbot T, Hodges J, Bentovim A et al. Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. *Lancet* 2003; 361: 471-476 [S,I]

Leucht S, Wahlbeck K, Hamann J, Kissling W. New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003; 361: 1581-1589 [M,II]

Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 693 - 700 [S,II]

SALUD LABORAL

Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31: 227-233 [T,I]

Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 2003; 289: 3135-3144 [C,I]

Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 2003; 289: 3161-3166 [R,I]

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES:

Brunner LC, Eshilian-Oates L, Kuo TY. Hip fractures in adults. *Am Fam Physician* 2003; 67: 537-542 [AO,II]

McInnis KJ, Franklin BA, Rippe JM. Counseling for physical activity in overweight and obese patients. *Am Fam Physician* 2003; 67: 1249-56, 1266-1268 [AO,II]

Hart RG, Halperin JL, Pearce LA, Anderson DC, Kronmal RA, McBride R et al. Lessons from the stroke prevention in atrial fibrillation trials. *Ann Intern Med.* 2003;138: 831-838 [R, II]

Korthals-de Bos IBC, Hoving JL, Van Tulder MWV, Rutten-Van Molken MPMH, Devet HCW, Koes BW et al. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy and general practice care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 326: 911-914 [EC,II]

Manes G, Menchise A, De Nucci C, Balzano A. Empirical prescribing for dyspepsia: randomised controlled trial of test and treat versus omeprazole treatment. *BMJ* 2003; 326:1118-1121 [EC,II]

Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *JAMA.* 2003; 289:187-193 [T,I]

Heshka S, Anderson JW, Atkinson RL, Greenway FL, Hill JO, Phinney SD et al. Weight loss with self-help compared with a structured commercial program. A randomized trial. *JAMA* 2003; 289: 1792-1798 [EC,II]

Berkowitz RI, Wadden TA, Tershakovec AM, Cronquist JL. Behavior therapy and sibutramine for the treatment of adolescent obesity. A randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289: 1805-1812 [EC,II]

Yueh B, Shapiro N, MacLean CH, Shekelle PG. Screening and management of adult hearing loss in primary care. *JAMA* 2003; 289: 1976-1985 [M,II]

Ramón C, Torra JE. Prevención activa y efectiva de las úlceras por presión: un reto pendiente. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 576 - 577 [AO,II]

Aranceta J, Pérez C, Serra L, Ribas L, Quiles J, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 608 - 612 [T,II]

ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA:

MEDIOS DIAGNÓSTICOS:

Holten KB, Wetherington A, Bankston L. Diagnosing the patient with abdominal pain and altered bowel habits: is it irritable syndrome? *Am Fam Physician* 2003; 67: 2157-2162 [AO,II]

Marchiando RJ, Elston MP. Automated ambulatory blood pressure monitoring: clinical utility in the family practice setting. *Am Fam Physician* 2003; 67: 2343-2350; 2353-2354 [AO,II]

Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003; 138: 927-937 [M,II]

Kruij MJ, Leclercq MG, Van der Heul C, Prins MH, Büller HR. Diagnostic strategies for excluding pulmonary embolism in clinical outcome studies. A systematic review. *Ann Intern Med* 2003; 138: 941-951 [M,II]

Fuat A, Hungin AP, Murphy JJ. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. *BMJ* 2003; 326: 196-199 [C,I]

Verstappen W, Van der Weijden T, Sijbrandij J, Smeele I, Hermesen J, Grimshaw J et al. Effect of a practice-based strategy on test ordering performance of primary care physicians. *JAMA* 2003; 289: 2407-2412 [EC,II]

Eastham JA, Riedel E, Scardino PT, Shike M, Fleisher M, Schatzkin A et al. Variation of serum prostate-specific antigen levels. An evaluation of year-to-year fluctuations. *JAMA* 2003;289:2695-2700 [S,II]

Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, Emerson SS, Gray DT, Overman S et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain. *JAMA* 2003; 289: 2810-2818 [EC,III]

Spies M, Herndon DN, Rosenblatt JI, Sanford AP, Wolf SE. Prediction of mortality from catastrophic burns in children. *Lancet* 2003; 361: 989-94 [R,I]

Tabar L, Yen M, Vitak B, Chen HT, Smith RA, Duffy SW. Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening. *Lancet* 2003; 361: 1405-1410 [S,III]

Ruiz M, Rejas J, Soto J, Pardo A, Rebollo I. Adaptación y validación del Health Utilities Index Mark 3 al castellano y baremos de corrección en la población española. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 89-95 [T,II]

Calvo JM, Bureo P, Pérez M. Modelos de valoración de la probabilidad clínica en pacientes con tromboembolia pulmonar. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 456-457 [T,I]

Vinyoles E, Armengol F, Bayó J, Salvadó A, Pepió JM. La normativa europea y el futuro de los esfigmomanómetros de mercurio en las consultas. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 460-463 [AO,II]

Fernández-Fresnedo G, Martín AL, Rodrigo E, Ruiz JC, Sanz S, Arias M. Valoración del filtrado glomerular mediante la fórmula peso/creatinina. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 485-488 [T,I]

Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 693-700 [S,II]

Orellana MA, Martínez P, Sánchez MT, Aramendi M, Galera G. Valoración de los resultados obtenidos con el coagulómetro Coagucheck S en el control del tratamiento con anticoagulantes orales. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 134-136 [T,I]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

- Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2003; 67: 297-304, 311-312 [AO,II]
- Biggs WS. Diagnosis and management of positional head deformity. *Am Fam Physician* 2003; 67: 1953-1956 [AO,II]
- Jones J, Lopez A, Wilson M. Congenital toxoplasmosis. *Am Fam Physician* 2003; 67: 2131-2138; 2145-2146 [AO,I]
- Leung A, Sigalet DL. Acute abdominal pain in children. *Am Fam Physician* 2003; 67: 2321-2326 [AO,II]
- Easton J, Noble S, Perry CM. Amoxicillin/clavulanic acid: a review of its use in the management of paediatric patients with acute otitis media. *Drugs* 2003; 63: 311-340 [R,II]
- Aligne CA, Moss ME, Auinger P, Weitzman M. Association of pediatric dental caries with passive smoking. *JAMA* 2003; 289: 1258-1264 [T,II]
- Berkowitz RI, Wadden TA, Tershakovec AM, Cronquist JL. Behavior therapy and sibutramine for the treatment of adolescent obesity. A randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289: 1805-1812 [EC,II]
- Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martinez J, Black RE, Bhan MK et al. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 1418-1423 [EC,II]
- Royo-Bordonada MA, Gorgojo L, De Oya M, Garcés C, Rodríguez-Artalejo M, Rubio R, et al. Variedad y diversidad de la dieta de los niños españoles: Estudio Cuatro Provincias. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 167-171 [T,II]
- Clemente ML, Pérez-Trullén A, Rubio E, Marrón R, Herrero I. Correlación entre los valores de monóxido de carbono en el aire espirado y los sistemas de medición de dependencia nicotínica DSM-IV, test de Fagerström y ARUSMQ-9 en adolescentes fumadores. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 90 - 94 [T,II]
- Serra L, Ribas L, Pérez C, Román B, Aranceta J. Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 126 - 131 [T,II]

MUJER Y SALUD. Incluye: Planificación Familiar, embarazo, aborto, menopausia, mujer y medicina.

- Finch S. Pregnancy during residency: a literature review. *Acad Med* 2003; 78: 418-428 [R,I]
- Baill IC, Collins VE, Pati S. Counseling issues in tubal sterilization. *Am Fam Physician* 20003; 67: 1287-94, 1301-2 [AO,I]
- Dickersen LM, Mazyck PJ, Hunter M. Premenstrual syndrome. *Am Fam Physician* 2003; 67: 1743-1752 [AO,II]
- Jones J, Lopez A, Wilson M. Congenital toxoplasmosis. *Am Fam Physician* 2003; 67: 2131-2138; 2145-2146 [AO,I]
- Black RA, Hill A. Over-the-counter medications in pregnancy. *Am Fam Physician* 2003; 67: 2517-2524 [AO,II]
- Hunter MH, Carek PJ. Evaluation and treatment of women with hirsutism. *Am Fam Physician* 2003; 67: 2565-2572 [AO,II]
- Seibert C, Barbouche E, Fagan J, Myint E, Wetterneck, Wittemyer M. Prescribing oral contraceptives for women older than 35 years of age. *Ann Intern Med* 2003; 138: 54-64 [R,III]
- Vittinghoff E, Shlipak MG, Varosy PD, Furberg CD, Ireland Ch, Khan SS et al. Risk factors and secondary prevention in women with heart disease: The Heart and Estrogen/progestin Replacement Study. *Ann Intern Med* 2003; 138: 81-89 [S,I]
- Wisborg K, Kesmodel U, Bech BH, Hedegaard M, Henriksen TB. Maternal consumption of coffee during pregnancy and stillbirth and in-

fant death in first year of life: prospective study. *BMJ* 2003; 326: 420-421 [S,II]

- Verdon F, Burnand B, Stubi CL, Bonard C, Graff M, Michaud A, et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women: double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2003; 326: 1124-1126 [EC,II]
- Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA* 2003; 289: 589-600 [M,II]
- Greenspan SL, Resnick NM, Parker RA. Combination therapy with hormone replacement and alendronate for prevention of bone loss in elderly women. *JAMA* 2003; 289: 2525-2533 [EC,II]
- Li Z, Gindler J, Wang H, Berry RJ, Li S, Correa A et al. Folic acid supplements during early pregnancy and likelihood of multiple births: a population-based cohort study. *Lancet* 2003; 361: 380-384 [S,I]
- Rey E, Kahn SR, David M, Shrier I. Thrombophilic disorders and fetal loss: a meta-analysis. *Lancet* 2003; 361: 901-08 [M,II]
- Ugwumadu A, Manyonda I, Reid F, Hay P. Effect of early oral clindamycin on late miscarriage and preterm delivery in asymptomatic women with abnormal vaginal flora and bacterial vaginosis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 983-988 [EC,II]
- Palacios S, Calaf J, Cano A, Parrilla JJ. Relevancia de los resultados del estudio WHI para la atención de las mujeres posmenopáusicas en España. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 146-147 [R,II]
- Pérez-López FR. Tratamiento hormonal de la menopausia: controversias, precisiones y perspectivas. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 148-155 [R,II]
- Grady D. Postmenopausal hormones - therapy for symptoms only. *N Engl J Med* 2003; 348: 1835-1837 [S,II]
- Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med* 2003; 348: 1839-1854 [EC,II]

ANCIANOS:

- Brunner LC, Eshlian-Oates L, Kuo TY. Hip fractures in adults. *Am Fam Physician* 2003; 67: 537-42 [AO,II]
- De la Revilla L, Espinosa JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria* 2003; 31: 587 - 591 [R,II]
- Limón E, Argimon JM, Vila J, Abos T, Cabezas C, Vinyoles E. Detección del deterioro cognitivo en población mayor de 64 años: primera fase del proyecto Cuida'l. *Aten Primaria* 2003; 32: 6 - 12 [T,I]
- Gil de Gómez MJ, Ramalle-Gómara E. Efectividad de la valoración geriátrica comprensiva en atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32: 92 - 100 [M,II]
- Ruipérez I. ¿Se nutren bien las personas mayores? *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 175-176 [AO,I]
- López-García E, Banegas JR, Graciani A, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 568 - 573 [T,I]
- Wing L, Reid CM, Ryan P, Beilin LJ, Brown MA, Jennings G et al. A comparison of outcomes with angiotensin-converting-enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. *N Engl J Med* 2003; 348: 583-592 [EC,II]

URGENCIAS Y EMERGENCIAS:

- Douglass AB, Douglass JM. Common dental emergencies. *Am Fam Physician* 2003; 67: 511-516 [AO,II]
- Higgins JC. The «crashing asthmatic». *Am Fam Physician* 2003; 67: 997-1004 [AO,II]

- Kruip MJ, Leclercq MG, Van der Heul C, Prins MH, Büller HR. Diagnostic strategies for excluding pulmonary embolism in clinical outcome studies. A systematic review. *Ann Intern Med* 2003; 138: 941-951 [M,I]
- León MD, Gómez FJ, Martín-Castro C, Cárdenas A, Olavarria L, De la Higuera J. Factores pronósticos de mortalidad en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 561 - 564 [S,I]
- TERAPÉUTICA.** Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.
- Steinman MA, Gonzales R, Linder JA, Landefeld S. Changing use of antibiotics in community-based outpatient practice, 1991-1999. *Ann Intern Med* 2003; 138: 525-533 [T,II]
- Spiegel BMR, Targownik L, Dulai GS, Gralnek IM. The cost-effectiveness of cyclooxygenase-2 selective inhibitors in the management of chronic arthritis. *Ann Intern Med* 2003; 138: 795-806 [R, II]
- Cherkin DC, Sherman KJ, Deyo RA, Shekelle PG. A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain. *Ann Intern Med* 2003; 138: 898-906 [M,II]
- Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* 2003; 138: 161-167 [S,II]
- Barringer TA, Kirk JK, Santaniello AC, Foley KL, Michielutte R. Effect of a multivitamin and mineral supplement on infection and quality of life. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 2003; 138: 365-371 [EC,II]
- Jonas WB, Kaptchuk TJ, Linde K. A critical overview of homeopathy. *Ann Intern Med* 2003; 138: 393-399 [AO,II]
- Blasco M, Lucía JF. Revisión de los antiagregantes plaquetarios y sus indicaciones en atención primaria. Ocho años después. *Aten Primaria* 2003; 31: 252-263 [R,II]
- Palop V, Melchor A, Martínez I. Reflexiones sobre la utilización de antibióticos en atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32: 42 - 47 [R,II]
- Hanley J, Stirling P, Brown C. Randomised controlled trial of therapeutic massage in the management of stress. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 20-25 [EC,II]
- Jacoby A, Smith M, Eccles M. A qualitative study to explore influences on general practitioners' decisions to prescribe new drugs. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 120-125 [C,I]
- Durand MA, King M. Specialist treatment versus self-help for bulimia nervosa: a randomised controlled trial in general practice. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 371-377
- Keen J, Oliver P, Rowse G, Mathers N. Does methadone maintenance treatment based on the new national guidelines work in a primary care setting? *Br J Gen Pract* 2003; 53: 461-467
- Fuat A, Hungin AP, Murphy JJ. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. *BMJ* 2003; 326: 196-199 [C,I]
- Bloomgarden ZT. Pharmacologic treatment of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 526-533 [R,II]
- Nicholson B. Responsible prescribing of opioids for the management of chronic pain. *Drugs* 2003; 63:17-32 [AO, I]
- Stichtenoth DO, Frölich JC. The second generation of COX-2 inhibitors: what advantages do the newest offer? *Drugs* 2003; 63: 33-45 [R, I]
- File TM, Tan JS. International guidelines for the treatment of community-acquired pneumonia in adults: the role of macrolides. *Drugs* 2003; 63:181-205 [R,III]
- Easton J, Noble S, Perry CM. Amoxicillin/clavulanic acid: a review of its use in the management of paediatric patients with acute otitis media. *Drugs* 2003; 63: 311-340 [R,II]
- George CFP, Bayliff CD. Management of insomnia in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs* 2003; 63: 379-387 [AO, I]
- Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GPs' decision to prescribe new drugs-the importance of who says what. *Fam Pract* 2003; 20: 61-68 [T,I]
- Richards D, Toop L, Graham P. Do clinical practice education groups result in sustained change in GP prescribing? *Fam Pract* 2003; 20: 199-206 [R,II]
- Blasco A, González AI, Lobos JM, Silva L. Tratamiento médico de la angina estable: fármacos antianginosos y prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 33-56 [R,III]
- Vicente D, Cilla G, Pérez-Trallero E. Tratamiento del Herpes Zoster. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 81-89 [R,II]
- Silva M, Ortigosa J. Betabloqueantes en insuficiencia cardíaca: indicaciones. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 90-96 [R,II]
- Numberg HG, Hensley PL, Gelenberg AJ, Fava M, Lauriello J, Paine S. Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafilafil. *JAMA* 2003; 289: 56-64 [EC,II]
- Tronvik E, Stovner LJ, Helde G, Sand T, Bovim G. Prophylactic treatment of migraine with an angiotensin II receptor blocker. *JAMA*. 2003; 289: 65-69 [EC,II]
- Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 2003; 289: 1107-1116 [S,II]
- Psaty BM, Lumley T, Furberg CD, Schellenbaum G, Pahor M, Alderman MH et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents. *JAMA* 2003; 289: 2534-2544 [M,III]
- Via RM. Suturing unnecessary for hand lacerations under 2 cm. *J Fam Pract* 2003; 52: 23-24 [R,II]
- Johnson M, Seaton T. Comparing celecoxib with traditional nonsteroid anti-inflammatory drugs. *J Fam Pract* 2003; 52: 96-98 [R,II]
- Villanueva P, Peiró S, Libro J, Pereiro I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. *Lancet* 2003; 361: 27-32 [T,II]
- Leucht S, Wahlbeck K, Hamann J, Kissling W. New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003; 361: 1581-1589 [M,II]
- Evers JLH, Collins JA. Assessment of efficacy of varicocele repair for male subfertility: a systematic review. *Lancet* 2003; 361: 1849-1852 [M,II]
- Dindo D, Muller MK, Weber M, Clavien P. Obesity in general elective surgery. *Lancet* 2003; 361: 2032-2035 [S,II]
- Badia X, Muriel C, Gracia A, Núñez-Olarte JM, Perulero N, Gálvez R et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 52-60 [T,I]
- Mediavilla JD, Sabio JM, Fernández-Torres C. Tratamiento de la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 108-116 [R,II]
- Lupón J. Nuevas formas de atención médica en la insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 135-137 [AO,II]
- Gurgui M. Nuevas quinolonas. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 458 - 459 [AO,II]
- Gorta AM, Mazarico S, Ballesté J, Barberá J, Gómez X, De Miguel M. Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 132-133 [T,I]

Grady D. Postmenopausal hormones - therapy for symptoms only. *N Engl J Med* 2003; 348: 1835-1837 [S,II]

Bjorner T, Laerum E. Factors associated with high prescribing of benzodiazepines and minor opiates. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 115 - 120 [T,I]

ENTREVISTA CLINICA:

Chen DT, Miller FG, Rosenstein DL. Clinical research and the physician-patient relationship. *Ann Intern Med.* 2003; 138: 669-672 [AO, I]

Clèries X, Borrell F, Epstein RM, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Aten Primaria* 2003; 32: 110 - 117 [R,II]

Riemsma RP, Pattendon J, Bridle C, Sowden AJ, Mather L, Watt IS, Walker A. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ* 2003; 326: 1175-1177 [M,III]

ATENCION FAMILIAR:

Moral MS, Juan J, López MJ, Pellicer P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria* 2003; 32: 77-83 [T,I]

Gorta AM, Mazarico S, Ballesté J, Barberá J, Gómez X, De Miguel M. Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 132-133 [T,I]

ACTIVIDADES COMUNITARIAS. Incluye: encuestas de satisfacción, todo lo relacionado con los usuarios.

Barrio IM, Simón P. ¿Pueden leer los pacientes lo que pretendemos que lean? Un análisis de la legibilidad de materiales escritos de educación para la salud. *Aten Primaria* 2003; 31: 409-414 [T,I]

Regidor E, Domínguez V, Calle ME, Navarro P. Circunstancias socioeconómicas y mortalidad prematura por enfermedades crónicas. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 201-206 [T,I]

DOCENCIA. Incluye: pregrado, postgrado, formación medica continua-da, metodología docente.

Kruse JE, Bradley J, Wesley RM, Markwell SJ. Research support infrastructure and productivity in U.S. family practice residency programs. *Acad Med* 2003; 78: 54-60 [T,I]

Herbert RS, Levine RB, Smith CG, Wrigut SM. A systematic review of resident research curricula. *Acad Med* 2003; 78: 61-68 [T,I]

Michels PJ, Probst JC, Godenick MT, Palesch Y. Anxiety and anger among family practice residents: a South Carolina Family Practice Research Consortium study. *Acad Med* 2003; 78: 69-79 [T,I]

Wilkinson TJ, Frampton CM, Thompson-Fawcett M, Egan T. Objectivity in objective structured clinical examinations: checklists are not substitute for examiner commitment. *Acad Med* 2003; 78: 219-223 [T,I]

Borleffs JC, Custers EJ, Van Gijn J, Ten Cate OT. «Clinical reasoning theater»: a new approach to clinical reasoning education. *Acad Med* 2003; 78: 322-325 [T,I]

Ramani S, Orlander JD, Strunin L, Barber TW. Whither bedside teaching? A focus-group study of clinical teachers. *Acad Med* 2003; 78: 384-390 [C,I]

Rucker L, Shapiro J. Becoming a physician: students' creative projects in a third-year IM clerkship. *Acad Med* 2003; 78: 391-397 [C,I]

Roche WP, Scheetz AP, Dane FC, Parish DC, O'Shea JT. Medical students' attitudes in a PBL curriculum: trust, altruism, and cynicism. *Acad Med* 2003; 78: 398-402 [QE,II]

Ross R, Verdick A. Introducing an evidence-based medicine curriculum into a family practice residency-is it effective? *Acad Med* 2003; 78: 412-417 [QE,II]

Finch S. Pregnancy during residency: a literature review. *Acad Med* 2003; 78: 418-428 [R,I]

Eshach H, Bitterman H. From case-based reasoning to problem-based learning. *Acad Med* 2003; 78: 491-496 [AO,II]

Wright AL, Schwindt LA, Bassford TL, Reyna VF, Shisslak CM, St. Germain PA et al. Gender differences in academic advancement: patterns, causes, and potential solutions in one U.S. College of Medicine. *Acad Med* 2003; 78: 500-508 [T,I]

Ury WA, Berkman CS, Weber CM, Pignotti MG, Leipzig RM. Assessing medical students' training in end-of-life communication: a survey of interns at one urban teaching hospital. *Acad Med* 2003; 78: 530-537 [T,I]

Clèries X, Borrell F, Epstein RM, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Aten Primaria* 2003; 32: 110 - 117 [R,II]

Schwartz k, Northrup J, Israel N, Crowell K, Lauder N, Neale AV. Use of on-line evidence-based resources at the point of care. *Fam Med* 2003; 35: 251-256 [S,II]

Lynch DC, Pugno P, Beebe DK, Cullison SW, Lin JJ. Family practice graduate preparedness in the six ACGME competency areas: prequel. *Fam Med* 2003; 35: 324-329 [T,II]

Richards D, Toop L, Graham P. Do clinical practice education groups result in sustained change in GP prescribing? *Fam Pract* 2003; 20: 199-206 [R,II]

Bonfill X, Marzo M. Guías de práctica clínica: tenerlas, que sean de calidad y que salgan del armario. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 496 - 497 [AO,I]

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Kruse JE, Bradley J, Wesley RM, Markwell SJ. Research support infrastructure and productivity in U.S. family practice residency programs. *Acad Med* 2003; 78: 54-60 [T,I]

Herbert RS, Levine RB, Smith CG, Wrigut SM. A systematic review of resident research curricula. *Acad Med* 2003; 78: 61-68 [T,I]

Katz MH. Multivariable analysis: a primer for readers of medical research. *Ann Intern Med* 2003; 138: 644-650 [R,III]

Chen DT, Miller FG, Rosenstein DL. Clinical research and the physician-patient relationship. *Ann Intern Med.* 2003; 138: 669-672 [AO, I]

Casas J, Repullo JR, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I) *Aten Primaria* 2003; 31: 527-538 [R,II]

Casas J, Repullo JR, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II) *Aten Primaria* 2003; 31: 592-600 [R,II]

Merenstein J, Rao G, D'Amico F. Clinical research in family medicine: quantity and quality of published articles. *Fam Med* 2003; 35: 284-288 [T,II]

Freemantle N, Calvert M, Wood J, Eastaugh J, Griffin C. Composite outcomes in randomized trials. Greater precision but with greater uncertainty? *JAMA* 2003; 289:2554-2559 [M,III]

Villanueva P, Peiró S, Librero J, Pereiro I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. *Lancet* 2003; 361: 27-32 [T,II]

Fernández E, García AM. Accuracy of referencing of Spanish names in Medline. *Lancet* 2003; 361: 351-352 [R,II]

Rozman C. Reflexiones sobre la investigación biomédica en España. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 19-23 [AO,I]

Avendaño C, Casas A, Dal-Ré R, Gomis R, Gracia D, Moreno A, et al. Comités éticos de investigación clínica y «dictamen único» de los ensayos clínicos multicéntricos. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 180-188 [AO,II]

Johansson E, Risberg G, Hamberg K. Is qualitative research scientific, or merely relevant? *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 10-14 [T,II]

Stenslans P. Action research on own practice. *Scand J Prim Health Care* 2003;21: 77 - 82 [C,I]

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS:

Snow V, Weiss, KB, Mottur-Pilson C. The evidence base for tight blood pressure control in the management of type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 2003; 138: 587-592 [M,II]

Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 2003; 326: 1167-1170 [M,III]

Melander H, Ahlqvist-Rastad J, Meijer G, Beermann B. Evidence B(i)ased medicine-selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *BMJ* 2003; 326:1171-1173 [M,III]

Schwartz k, Northrup J, Israel N, Crowell K, Lauder N, Neale AV. Use of on-line evidence-based resources at the point of care. *Fam Med* 2003; 35: 251-256 [S,II]

PREVENCIÓN:

Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* 2003; 138: 161-167 [S,II]

Hart RG, Halperin JL, Pearce LA, Anderson DC, Kronmal RA, McBride R et al. Lessons from the stroke prevention in atrial fibrillation trials. *Ann Intern Med.* 2003;138: 831-838 [R, II]

Sisk JE, Whang W, Butler JC, Sneller P, Whitney CG. Cost-effectiveness of vaccination against invasive pneumococcal disease among people 50 through 64 years of age: role of comorbid conditions and race. *Ann Intern Med* 2003; 138: 960-968 [T, I]

Grandes G, Cortada JM, Arrazola A, Laka JP. Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 101-107 [QE,II]

Elley CR, Kerse N, Arrol B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 326: 793-796 [EC,II]

Stepo E, Perkins-Porras L, McKay C, Rink E, Hilton S, Cappuccio FP. Behavioural counselling to increase consumption of fruit and vegetables in low income adults: randomised trial. *BMJ* 2003; 326: 855-858 [EC,II]

Enstrom JE, Kabat GC. Environmental tobacco smoke and tobacco related mortality in a prospective study of californians, 1960-98. *BMJ* 2003; 326: 1057-1061 [S,I]

Mozaffarian D, Kumanyika SK, Lemaitre RN, Olson JL, Burke GL, Siscovick DS. Cereal, fruit, and vegetable fiber intake and the risk of cardiovascular disease in elderly individuals. *JAMA* 2003; 289: 1659-1666 [S,III]

Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *JAMA* 2003; 289: 1785-1791 [S,I]

Schoor NM, Smit JH, Twisk JWR, Bouter LM, Lips P. Prevention of hip fractures by external hip protectors. *JAMA* 2003; 289: 1957-1962 [EC,II]

Greenspan SL, Resnick NM, Parker RA. Combination therapy with hormone replacement and alendronate for prevention of bone loss in elderly women. *JAMA* 2003; 289: 2525-2533 [EC,II]

Benn P. Improved antenatal screening for Down's syndrome. *Lancet* 2003; 361: 794-795 [AO,I]

Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martinez J, Black RE, Bhan MK et al. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 1418-1423 [EC,II]

Evers JLH, Collins JA. Assessment of efficacy of varicocele repair for male subfertility: a systematic review. *Lancet* 2003; 361: 1849-1852 [M,II]

Vivekananthan DP, Penn MS, Sapp SK, Hsu A, Topol EJ. Use of antioxidant vitamins for the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of randomised trials. *Lancet* 2003; 361: 2017-2023 [M,II]

Lardelli P, Luna J de D, Jiménez JJ, García M, Bueno A, Gálvez R. Valoración del efecto del uso de casco en los ciclistas sobre el riesgo de sufrir lesiones craneales y de morir en España, entre 1990 y 1999. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 85-89 [CC,I]

Ramón C, Torra JE. Prevención activa y efectiva de las úlceras por presión: un reto pendiente. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 576 - 577 [AO,II]

Baron JA, Cole BF, Sandler RS, Haile RW, Ahnen D, Bresalier R et al. A randomized trial of aspirin to prevent colorectal adenomas. *N Engl J Med* 2003; 348: 891-899 [EC,II]

Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med* 2003; 348: 1839-1854 [EC,II]

Hu FB. The mediterranean diet and mortality - olive oil and beyond. *N Engl J Med* 2003; 348: 2407-2415 [R,II]

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD:

Campbell S, Steiner A, Robison J, Webb D, Raven A, Roland M. Is the quality of care in general medical practice improving? Results of a longitudinal observational study. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 298-304

Goudswaard AN, Lam K, Stolk RP, Rutten G. Quality of recording of data from patients with type 2 diabetes is not a valid indicator of quality of care. A cross-sectional study. *Fam Pract* 2003; 20: 173-177 [T,I]

BIOÉTICA:

Chen DT, Miller FG, Rosenstein DL. Clinical research and the physician-patient relationship. *Ann Intern Med.* 2003; 138: 669-672 [AO, I]

Santos C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32: 30-35 [T,I]

Altisent R. La relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de familia. *Aten Primaria* 2003; 32: 106-109 [AO,II]

Avendaño C, Casas A, Dal-Ré R, Gomis R, Gracia D, Moreno A, et al. Comités éticos de investigación clínica y «dictamen único» de los ensayos clínicos multicéntricos. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 180-188 [AO,II]

PLANIFICACION / GESTIÓN:

Spiegel BMR, Targownik L, Dulai GS, Gralnek IM. The cost-effectiveness of cyclooxygenase-2 selective inhibitors in the management of chronic arthritis. *Ann Intern Med* 2003; 138: 795-806 [R, II]

Sisk JE, Whang W, Butler JC, Sneller P, Whitney CG. Cost-effectiveness of vaccination against invasive pneumococcal disease among people 50 through 64 years of age: role of comorbid conditions and race. *Ann Intern Med* 2003; 138: 960-968 [T,II]

Aguilera M. Oferta de servicios en atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31: 319-326 [T,II]

Gosálbez E, Pérez-Salinas I, Díez-Domingo J, Ballester A, Costa AM. Sistemas de información en atención primaria: ¿debemos codificar con la CIE-9-MC? *Aten Primaria* 2003; 31: 519 - 523 [R,II]

Brugos A, Guillén F, Mallor F, Fernández C. Modelos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica: aplicación para el cálculo del cupo máximo en medicina de familia que permita un mínimo de diez minutos por consulta. *Aten Primaria* 2003; 32: 23-29 [T,II]

Korthals-de Bos IBC, Hoving JL, Van Tulder MWV, Rutten-Van Molken MPMH, Devet HCW, Koes BW et al. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy and general practice care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 326: 911-914 [EC,II]

Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. *JAMA* 2003; 289: 442-449 [T,I]

Puerta JL, Rodés J. Una plaza fija para toda la vida. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 138-140 [AO,I]

INFORMÁTICA:

Rancaño I, Rodrigo JA, Villa R, Abdelsater M, Díaz R, Álvarez D. Evaluación de las páginas web en lengua española útiles para el médico de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31: 575 - 580 [T,I]

Astorga P, Bravo R. Internet móvil. *Aten Primaria* 2003; 32: 118 - 121 [R,I]

OTRAS:

Nusbaum M, Hamilton C, Lenaham P. Chronic illness and sexual functioning. *Am Fam Physician* 2003; 67: 347-54, 357 [AO,II]

Luba MC, Bangs SA, Mohler AM, Stulberg DL. Common benign skin tumors. *Am Fam Physician* 2003; 67: 729-738 [AO,I]

Viera AJ, Bond MM, Yates SW. Diagnosing night sweats. *Am Fam Physician* 2003; 67: 1249-56, 1266-8 [AO, I]

Hadley S, Petry J. Valerian. *Am Fam Physician* 2003; 67: 1755-1758 [AO,I]

Goodnough LT, Shander A, Brecher ME. Transfusion medicine: looking to the future. *Lancet* 2003; 361: 161-169 [R,I].

Stirn A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. *Lancet* 2003; 361: 1205-15 [R,I]

Ruiz M, Rejas J, Soto J, Pardo A, Rebollo I. Adaptación y validación del Health Utilities Index Mark 3 al castellano y baremos de corrección en la población española. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 89-95 [T,II]

Druss BG, Marcus SC, Olfson M, Tanielian T, Pincus HA. Trends in care by nonphysician clinicians in the United States. *N Engl J Med* 2003; 348: 130-137 [T,II]

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 12

Varón con lesiones en mucosa bucal

Mendoza Guil F¹, Martínez Pérez J².

¹ Residente de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología; ² Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada.

Paciente varón de 56 años que acude a nuestro servicio en fin de semana por presentar desde hace 3 meses lesiones en mucosa bucal de color blanquecino que le ocasionan ligeras molestias con la ingesta de alimentos. Preguntado por antecedentes personales tan sólo refiere ser hipertenso controlado, haber sido intervenido de apéndice y ser fumador de 2 paquetes diarios. No refiere sintomatología general, pérdida de peso ni fiebre.

A la exploración se observan lesiones en forma de placas de color pálido situadas en ambos lados de mucosa yugal sin lle-

gar a la comisura. Al raspar con el depresor vemos que las placas no se desprenden, sino que por el contrario su consistencia está aumentada.

En cara anterior de muñecas se observa un aumento de la pigmentación en forma de máculas de unos 5 mm de color pardo. Preguntado por las mismas el paciente nos refiere que previamente había presentado en ellas lesiones elevadas y pruriginosas no presentando en el momento actual sintomatología alguna.



¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Candidiasis orofaríngea
- b) Leucoplasia oral
- c) Carcinoma escamoso
- d) Lique plano de las mucosas
- e) Morsicatio buccarum

(Respuestas razonadas en el próximo número)

Remitir las respuestas al correo electrónico: revista@samfyc.es

o a: **Revista Medicina de Familia. Andalucía**

¿Cuál es su diagnóstico?

Calle Arriola 4, bajo - 18001 Granada

Comentarios a cuál es su diagnóstico (del vol. 4, núm. 2)

(Medicina de Familia (And) 2003; 4: 147)

Respuesta correcta: 2. Catarata secundaria a traumatismo previo: Aunque no existe traumatismo conocido, este niño de dos años presenta a la exploración física una lesión corneal puntiforme (nubécula) ocasionada probablemente por un traumatismo ocular hace un mes. Con el oftalmoscopio directo observamos una ausencia de reflejo rojo retiniano que junto con la presencia de una pupila de color blanco nos hace sospechar una catarata. Esto se confirmó posteriormente con la lámpara de hendidura que ubicó la opacidad dentro del cristalino. La irregularidad de la pupila indica la existencia de sinequias posteriores, entre iris y cristalino, que en ocasiones no son visibles con el ojo no dilatado e indican la existencia de un proceso inflamatorio local previo. El tratamiento es quirúrgico precisando extracción del cristalino, sustituyéndolo por una lente intraocular y seguimiento exhaustivo posterior para evitar la aparición de ambliopía (ojo vago).

Diagnóstico diferencial:

Hay que realizarlo con todos aquellos procesos que cursen con leucocoria. Aquí destacamos:

1. *Catarata congénita*: Es la causa más frecuente de leucocoria infantil. Se produce por alteraciones a partir de la cuarta semana de embarazo. Sus causas son hereditarias (25%) infecciosas (rubéola, TXP, CMV) metabólicas (galactosemia), tóxicas... Provoca más del 10% de las cegueras en edad escolar. Cuando es unilateral tiene mal pronóstico visual ya que se instala una ambliopía difícil de tratar.

3. *Retinoblastoma*: Es la causa más grave de leucocoria infantil. Es uno de los tumores malignos más frecuentes de la infancia, causa una mortalidad del 95% en los países subdesarrollados y de un 15% en EEUU. La clínica consiste en estrabismo por afectar el área macular y leucocoria. Es FUNDAMENTAL realizar FONDO DE OJO a cualquier niño estrábico. En la mayoría de los casos la clínica aparece entre el año y el año y medio de edad.

4. *Vítreo primario hiperplásico persistente*: Es una causa importante de leucocoria congénita. Se produce típicamente en un ojo microftálmico y es unilateral en un 90% de los casos. Se caracteriza por una masa retrolental dentro de la cual se insertan unos procesos ciliares agrandados.

5. *Retinopatía de la prematuridad*: Es una retinopatía proliferativa que aparece en niños pretérmino de bajo peso al nacer, expuestos a altas concentraciones de oxígeno. En los casos graves aparece leucocoria por la presencia de un tejido fibrovascular retrocristaliniano.

Leucocoria infantil: Otros diagnósticos a tener en cuenta:

- Enfermedad de Coats.
- Incontinentia pigmenti.
- Algunas disgenesias de polo anterior como la Anomalia de Peters.
- Toxocariasis ocular.

Actividades Científicas

❑ XXIII CONGRESO SEMFYC

Barcelona, 10-13 de Diciembre, 2003
<http://www.congresosemfyc.org>

❑ XXIV CONGRESO SEMFYC

Sevilla, 8-11 de Diciembre, 2004
<http://www.congresosemfyc.org>

❑ MASTER EN SEXOLOGÍA Y TERAPIA SEXUAL

Organiza: Instituto de Sexología
Málaga, Octubre de 2003-Junio de 2005.
Información: INSTITUTO DE SEXOLOGÍA
C/ Echegaray, 9, 1.º 1, 29015-Málaga
Telf: 952 60 10 16
e-mail: insex@offcampus.net
<http://web.offcampus.net/insex>

OFERTA DE TRABAJO PARA MÉDICOS DE FAMILIA EN SUECIA:

Requisitos

- Título de médico de familia vía MIR o médico general pre95 con experiencia en Primaria
- Conocimientos de inglés
- Realizar el curso intensivo de sueco

Proceso de selección

Interesados enviar currículum vite traducido al inglés a info@medicarrera.com, y se contactará para entrevista. En caso de dudas dirigirse a la misma dirección de correo electrónico o por teléfono al número 93 162 14 12.

Más información: www.samfyc.es

OPORTUNIDADES DE TRABAJO EN INGLATERRA:

El departamento de salud inglés, en colaboración con el Ministerio de Salud y Consumo español, desea contratar médicos de Medicina Familiar y Comunitaria y de especialidades hospitalarias.

Información: lissa.perteghella@fco.gov.uk
raquel@mackillop.fsnet.co.uk