

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 7 Medicina de familia y atención a urgencias.

El espacio del usuario

- 9 Listas de espera y garantías del plazo de respuesta.
11 A.E.D.O.P.A.T., responde: ¿Qué espera usted de su Centro de Salud y de su Médico de Familia?

Originales

- 12 Detección de la violencia doméstica en Atención Primaria: ¿Qué sabemos de las víctimas?
20 Valoración de los usuarios de un Centro de Salud respecto a la atención recibida en materia de salud oral.
26 Evaluación de la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en un distrito sanitario.

Artículo especial

- 32 El proceso de acreditación: una experiencia desde la unidad de gestión clínica de Vélez-Sur.

Cartas al director

- 36 Ecografía en Atención Primaria.
37 Síndrome de Down. Carta a Pepo.

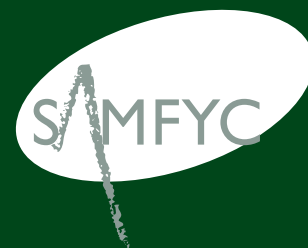
Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 47 ECG: varón con disnea, acropaquias y cianosis central.
48 Luxación traumática de codo.

Actividades Científicas

Información para los autores



Hubo anuncio



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 5, N.º 2, junio 2004

Sumario

Editorial

- 7 Medicina de familia y atención a urgencias.

El espacio del usuario

- 9 Listas de espera y garantías del plazo de respuesta.
11 A.E.D.O.P.A.T., responde: ¿Qué espera usted de su Centro de Salud y de su Médico de Familia?

Originales

- 12 Detección de la violencia doméstica en Atención Primaria: ¿Qué sabemos de las víctimas?
20 Valoración de los usuarios de un Centro de Salud respecto a la atención recibida en materia de salud oral.
26 Evaluación de la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en un distrito sanitario.

Artículo especial

- 32 El proceso de acreditación: una experiencia desde la unidad de gestión clínica de Vélez-Sur.

Cartas al director

- 36 Ecografía en Atención Primaria.
37 Síndrome de Down. Carta a Pepo.

Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 47 ECG: varón con disnea, acropaquias y cianosis central.
48 Luxación traumática de codo.

50 Actividades Científicas

52 Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 5, N.º 2, june 2004

Contents

Editorial

- 7 Emergencies in Family Medicine.

The Consumer's Corner

- 9 Waiting Lists and Guaranteeing Deadlines for Replies.
11 A.E.D.O.P.A.T. Answers: what do you expect from your Health Center and your Family Doctor?

Original Articles

- 12 Detecting Domestic Violence in Primary Care: *what do we Know about its Victims?*
20 Evaluation of Client Opinions Regarding the Kind of Oral Health Care Provided to Them in a Health Center
26 Evaluating Tuberculosis Surveillance in a Health District.

Special Article

- 32 The Accreditation Process: Highlights of one Experience from the "Vélez Sur" Clinical Management Unit.

Letters to the Editor

- 36 Sonograms in Primary Care.
37 Down's Syndrom. A Letter to Pepo.

39 Publications of Interest

Which is Your Diagnosis?

- 47 EKG: male with dyspnea, acropachy and central cyanosis.
48 Traumatic Dislocation of the Elbow.

50 Scientific Activities

52 Information for Authors



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 Vegin

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 Jiménez	<i>e-mail:</i> navarrojnez10@teleline.es
Vocal Provincial Jaén:	Eduardo Sánchez Arenas	<i>e-mail:</i> esanchez13@hotmail.com
Vocal Provincial Almería:	José Galindo Pelayo	<i>e-mail:</i> jpelayo@larural.es
Vocal Provincial Granada:	Francisco José Guerrero García	<i>e-mail:</i> franguerrero@yahoo.com
Vocal Provincial Cádiz:	Manuel Lubián López	<i>e-mail:</i> mlubian@ono.com
Vocal Provincial Córdoba:	José N. García Rodríguez	<i>e-mail:</i> jngarciar@navegalia.com
Vocal Provincial Sevilla:	M ^a Angeles Mon Carol	<i>e-mail:</i> angelsmon@hotmail.com
Vocal Provincial Huelva:	Jesús E. Pardo Álvarez	<i>e-mail:</i> 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 Vegin	

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/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.*
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 Lorenzo. *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/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

Medicina de familia y atención a urgencias

Guerrero García FJ¹; Alonso Morales MF²

¹ Médico de familia. Atención Primaria, ² Médico de Familia. Urgencias Hospital.

Cuando un residente de Medicina Familiar y Comunitaria se plantea durante su formación las ofertas profesionales que va a encontrar al terminar la misma, quizás una de las más frecuentes en los primeros años, sea la atención a urgencias, tanto en el ámbito de la Atención Primaria, como en el ámbito hospitalario.

Esta propuesta profesional puede ser considerada por algunos compañeros como frustrante, al creer que realizando esta labor está perdiendo parte de su esencia como Médico de Familia que ha sido inculcada a lo largo de los años de residencia, al no poder llevar a cabo parte de las competencias adquiridas.

Nosotros pensamos que esta visión es equivocada. Tal y como se recoge en el nuevo Plan Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, el Médico de Familia es y debe ser la puerta de entrada al sistema sanitario, dada su alta capacidad de resolución y su capacidad para la gestión de recursos, así como del flujo de usuarios que acceden al sistema sanitario. Esta labor se hace desde la consulta de Atención Primaria, pero también desde los Dispositivos de urgencias de Atención Primaria y desde los Servicios de Urgencias hospitalarios.

La Medicina de familia se caracteriza por la atención integral a la persona. Esto se consigue a través de 5 pilares básicos que definirían el perfil de un Médico de Familia. El primero serían las competencias esenciales, en las cuales se incluyen la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión y la bioética. El segundo pilar lo constituiría la Atención al Individuo, tanto de forma programada en la consulta de atención primaria o cuando surge una urgencia. El tercer pilar del Médico de Familia es la Atención a la Familia, al ser esta origen y destino de la enfermedad del paciente. El cuarto pilar y muy relacionado con el anterior es la Atención a la Comunidad. Por último y no menos importante, encontraríamos la Forma-

ción e Investigación que todo Médico de Familia debería hacer de forma constante, para mejorar su praxis diaria y con ello mejorar la atención a los usuarios.

Este perfil no es exclusivo del Médico de Familia que trabaja en Atención Primaria. También son estos los signos de identidad de todo Médico de Familia que desarrolla su labor asistencial en urgencias. En cuanto al primer punto, no hay duda que todo Médico de Familia, desarrolle su labor en el ámbito que sea, debe tener esas competencias esenciales de comunicación, razonamiento clínico, gestión y bioética. La atención al individuo, sea en la consulta de Atención Primaria como en la atención en urgencias, constituye el centro del acto médico. La Atención Familiar, aunque tiene su máxima expresión en la Atención Primaria, también adquiere un rol importante en la labor de los Dispositivos de urgencias de AP, ya que desde ellos se acude con mucha frecuencia a los domicilios a atender a los usuarios, realizando aún sin ser muy conscientes de ello, asistencia a la familia. Por su parte, los Médicos de Familia que trabajan en los Servicios de Urgencias Hospitalarios también realizan esta Atención Familiar, aunque esta sea realizada fuera del espacio propio de la familia. La Atención Comunitaria es también común a todos los espacios en los que el Médico de Familia desempeñe su labor. Siempre que atendemos a un paciente, sea en Atención Primaria o en consulta de Urgencias, identificamos necesidades de salud, realizamos educación sanitaria, estudiamos el entorno del usuario para aportar soluciones factibles. Por último, creemos que no es necesario abundar en como la formación y la investigación deben ser primordiales para todos los Médicos de Familia, trabajen en un consultorio local de un pueblo de 1200 habitantes, en un Dispositivo de urgencias de AP con 150 demandas diarias o en un Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel.



Como se desprende de esta reflexión, todo Médico de Familia que desarrolle su labor bien en los Servicios de Urgencias hospitalarios, bien en los Dispositivos de Urgencias de AP o bien en Atención Primaria, debe responder a un mismo perfil y con sus peculiaridades propias de

cada entorno realiza una labor igual de importante dentro del sistema sanitario.

Somos la puerta de entrada al sistema de salud. Somos MEDICOS DE FAMILIA.



EL ESPACIO DEL USUARIO

Listas de espera y garantías de plazo de respuesta

Ruiz Legido O¹

¹ Gabinete Técnico Jurídico FACUA

Las listas de espera constituyen uno de los mayores problemas en un sistema sanitario público que tiene como objetivos la eficacia y equidad en la prestación de los servicios y en la asignación de recursos. Las listas de espera vienen a ser por tanto el elemento distorsionador del sistema, convirtiéndose en objeto de permanentes críticas hacia la sanidad pública. Deviene así en un recurso perfecto para sus detractores pero también para los escépticos, que resignados, destacan que estamos ante un elemento consustancial al sistema público, incapaz de absorber la demanda y con grandes dificultades para gestionar correctamente los recursos de los que dispone, tanto humanos como materiales.

La Constitución Española, en su art. 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, derecho que ha de ser entendido desde una concepción global e integral de la salud, en una acepción amplia de la misma y sometida a una planificación y a una organización eficaz y eficiente de todos los recursos, que, entre otras características, son públicos y limitados. Entre los elementos que definen este derecho a la salud y lo concretan en la práctica cotidiana, se encuentra el tener acceso a las prestaciones sanitarias en un tiempo máximo y en unos plazos que garanticen su eficacia. No se trata de tener acceso a las prestaciones sin más, sino de tener acceso cuándo se precisan y lo antes posible, haciéndolo compatible con el carácter universal de aquellas.

En este sentido la Ley de Salud de Andalucía reconoce en su art. 6.1.m) como derecho de los ciudadanos en Andalucía, el que se les garantice, que tendrán acceso a las prestaciones sanitarias en un tiempo máximo.

Correspondía por tanto, siguiendo las directrices del legislador, acometer el problema de las listas de espera, garantizando al usuario una respuesta a sus necesidades asistenciales en unos tiempos máximos.

La existencia de listas de espera además introduce un gran componente de insatisfacción en el sistema y en sus sujetos, y perjudica las relaciones paciente-profesional sanitario. De un lado el usuario, se queja de que su pro-

blema de salud no puede ser atendido en un tiempo razonable y de otro se pone en duda la falta de voluntad de resolver el problema, la capacidad de gestión de sus responsables y la productividad de sus profesionales. De otra parte, en el proceso de atención de una enfermedad o patología es fundamental un correcto diagnóstico, y es básico desde el punto de vista clínico pero también desde el punto de vista humano. Junto con la eficacia de la medicina como ciencia, y como práctica o técnica profesional, existe también una dimensión humana del problema que obliga al sistema a facilitar al usuario toda la información y recursos que le sean posible y en el menor tiempo posible, al objeto de evitar situaciones grave de angustias y ansiedades.

Ha sido objetivo por tanto de los sistemas sanitarios públicos en estos últimos años, y especialmente el andaluz, el buscar mecanismos eficaces para reducir las listas de espera. En un primer momento se han abordado las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, garantizando tiempos máximos de respuesta para dichas intervenciones cuyo incumplimiento determina la posibilidad de acudir, tras el procedimiento fijado, a la sanidad privada, abonando el SSPA los gastos de la intervención. Ahora en el año 2004, le ha tocado el turno a las pruebas diagnósticas y la asistencia especializada.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha aprobado recientemente el Decreto por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos. Esta garantía viene a complementar la establecida en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por la que se garantizaba el plazo de respuesta quirúrgica en el sistema sanitario público de Andalucía y que fija como límite de espera 180 días desde que a un paciente se le diagnostica la necesidad de ser intervenido quirúrgicamente hasta que efectivamente lo es. No obstante dicha norma, si bien fue valorada positivamente por los usuarios, en la contribución que podía suponer a la disminución de las listas de espera, se consideraba insuficiente por cuanto existía y existe el gran



problema de la demora en la atención especializada y pruebas diagnósticas.

La demora para algunas técnicas y pruebas diagnósticas concretas y consultas de atención especializada superan en Andalucía los seis meses y alcanzan a veces el año. La Institución del Defensor del Pueblo realizó en el año 2002 un informe sobre la situación de la sanidad, acompañado de una serie de recomendaciones dirigidas a todos y cada uno de los servicios regionales de salud que integran el Sistema Nacional de Salud y al Consejo Interterritorial, en el sentido de que era necesario establecer un marco común en el SNS en todo lo relativo a suprimir tiempos de espera clínica y socialmente inaceptables en el conjunto del Estado, en aras a lograr una atención sanitaria de calidad en un plano de igualdad efectiva de todos los ciudadanos.

Cooperación entre atención primaria y especializada, planificación y gestión de agendas de citas, criterios de inclusión en el registro de consultas externas y pruebas diagnósticas, atención de pacientes en centros alternativos, criterios de salida y movimientos en los registros e información al paciente. Información periódica que se debe facilitar a los pacientes y a los ciudadanos en gene-

ral sobre patologías y tiempos de espera en cada uno de los centros sanitarios, fueron los aspectos que a modo de ejemplo, se recomendaron por dicha institución para abordar con seriedad y rigor el problema.

El 30 de marzo de 2004, la Junta de Andalucía publica el Decreto 96/2004, de 9 de marzo, estableciendo la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos. Esperamos que la norma contribuya al objetivo general de reducir las listas de espera a través de una mejor gestión de los recursos, de un mayor conocimiento de los mismos y una mejora de la organización. Reforzando los recursos sanitarios del SSPA y no por el contrario debilitándolos, en beneficio de la sanidad privada.

Por último señalar que para que estas medidas sean eficaces, además de la implicación responsable de todos los sujetos afectados, no sólo en su desarrollo y ejecución sino también en su control y evaluación, deben igualmente arbitrarse los mecanismos de información precisos para el usuario sea conocedor de las mismas, facilitándole todo lo posible el ejercicio de los derechos que se le reconocen.



EL ESPACIO DEL USUARIO

La asociación de enfermos y donantes de órganos para transplantes (A.E.D.O.P.A.T.), responde: ¿Qué espera usted de su Centro de Salud y de su Médico de Familia?

Ferré Campuzano E ¹

¹ *Presidente A.E.D.O.P.A.T. - Andalucía*

Como Asociación benéfico-social destinada a ayudar a todos los enfermos y familias relacionados con la donación y trasplantes de órganos, siempre creemos que la sanidad se puede mejorar, aunque también creemos que en los últimos años ha mejorado bastante.

La Asociación, según ésta cuestión, en lo que queremos hacer hincapié es en el trato personal del paciente. Nos agradaría que fuera un trato amigable, donde su médico de familia y su centro de salud sea una referencia para todos aquellos enfermos que en un momento dado necesitan tanto información sobre cualquier problemática, atención médica, como de apoyo moral, y los profesionales se volcaran un poco más en la parte social y personal de los pacientes.

Creemos que con un contacto amigable y familiar con su médico, facilita la labor y los ciudadanos responden muy bien, ya que se sienten arropados por su médico y centro de salud e incluso a la hora de ponerles en contacto con otro departamento, asociaciones o sea quien sea el que tenga que tramitar cual sea su problema, al confiar plenamente en el que los trasmite a dichos departamentos.

Por todo ello recalcamos que la sanidad de la comunidad andaluza se ha profesionalizado mucho en los últimos años y su atención al paciente también, aunque siempre se puede mejorar. Gracias por su atención.

ORIGINAL

Detección de violencia doméstica en atención primaria: ¿Qué sabemos de las víctimas?

Ortiz Fernández, M^a D¹, Muñoz Cobos F², Martín Carretero M^a L³, Río Ruiz, J³

¹ Residente de tercer año de MFyC. Unidad Docente de Málaga; ² Médica de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Unidad Docente de MFyC de Málaga; ³ Trabajadora Social. Centro de Salud San Miguel y La Carihuela de Torremolinos. Málaga; ⁴ Trabajadora Social Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Título: detección de violencia doméstica en atención primaria: ¿qué sabemos de las víctimas?

Objetivo: Describir características personales y tipo atención sanitaria prestada a víctimas de violencia doméstica detectadas en atención primaria, comparando dos centros de salud (urbano-semiurbano).

Diseño: Descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Dos centros de salud (urbano, semiurbano con servicio urgencias).

Población y muestra: Personas con constancia o sospecha de sufrir agresión física, psíquica o sexual en ámbito familiar, en registros del centro (Enero 99-Mayo 02).

Intervenciones: Variables de estudio: sociodemográficas, tipo de maltrato, características del agresor, profesional, consulta de detección del maltrato, intervenciones realizadas, principales problemas de salud, consumo de psicofármacos, patrón de uso de servicios del centro. Se comparan resultados de ambos centros mediante t-student para variables cuantitativas y X² para variables cualitativas a0.05.

Resultados: Se han detectado 92 casos, entre Urbano n=33 y Semiurbano n=59. Son mujeres (97-91.5%). En urbano: edad 46, maltrato físico 67% y psíquico 36%, se detecta en consulta médica (58%), presentan depresión (58%), ansiedad (45%), síntomas mal definidos (45%), alto consumo de psicofármacos (66.7%), 14 consultas/año, 69% hiperconsultadoras. En semiurbano: edad 37, maltrato físico (93%), se detecta en urgencias (83%) y recogen depresión y ansiedad 8%, consultas/año 4.33, 17% hiperconsultadoras, consumen psicofármacos 22%. Diferencias estadísticamente significativas en edad, tipo de maltrato, consulta en que se detecta, patología, uso de servicios y toma psicofármacos.

Conclusiones: El perfil de víctima de violencia doméstica en urbano es mujer en cuarta década, que acude a consulta a demanda, hiperconsultadora, con trastornos psíquicos y síntomas mal definidos, que toma psicofármacos y sufre agresiones físicas y psíquicas. En semiurbano mujer en tercera década, que acude al servicio de urgencias, que sufre agresiones físicas, y presenta menor frecuentación y toma de psicofármacos.

Palabras clave: Violencia Doméstica, Atención Primaria, Maltrato.

Title: detecting domestic violence in primary care: What do we know about its Victims?

Goal: To describe individual characteristics and the type of health care provided to victims of domestic violence detected at the primary care level through a comparison of two health centers (urban and suburban).

Design: Retrospective descriptive.

Setting: Two health centers (one urban, the other suburban with emergency services).

Population and Sample: Confirmed or suspected cases of individuals who suffered physical, psychological or sexual aggression within the family setting and whose records are in file in the center (January 1999-May 2002).

Interventions: Study variables: socio-demographic, type of abuse, characteristics of the aggressor, occupation, visit detecting the abuse, interventions undertaken, main health problems, use of psychopharmacologic drugs, and patterns related to use of the center's services. The results between both centers were compared by using the t-student for quantitative variables and X² for qualitative variables a0.05.

Results: 92 cases were detected between the two centers: urban n=33 and suburban n=59. They were women (97-91.5%). In the urban center: age 46, physical abuse 67% and psychological abuse 36%, detected in a visit to the doctor (58%), with symptoms of depression (58%), anxiety (45%), poorly defined symptoms (45%), elevated use of psychopharmacologic drugs (66.7%), 14 visits/year, 69% with a high frequency of visits. In the suburban center: age 37, physical abuse (93%), detected in the emergency room (83%), with symptoms of depression and anxiety 8%, 4.33 visits/year, 17% with a high frequency of visits, and 22% use psychopharmacologic drugs. Statistically significant differences existed in age, type of abuse, type of visit where the problem was detected, pathology, degree of service use, and use of psychopharmacologic drugs.

Conclusions: In the urban center, the profile that emerges for victims of domestic violence is that of a woman in her forties who requests an appointment with her doctor, has a high degree of visits, suffers from psychological problems, has symptoms that are poorly defined, uses psychopharmacologic drugs, and suffers from both physical and psychological forms of aggression. In the suburban center, it is that of a woman in her thirties who uses emergency room services, suffers from physical aggression, has a lower degree of visits and uses psychopharmacologic drugs.

Key words: Domestic violence, primary care, abuse.

Correspondencia: M.^a Dolores Ortiz Fernández / Paseo Marítimo Ciudad de Melilla, 25, 13-A. 29016 - Málaga. Telf. 952 214821, 699290928.
E-mail: franciscam@supercable.es

Recibido el 01-07-2003; aceptado para publicación el 09-03-2004.

Medicina de Familia (And) 2004; 2: 12-19



Introducción

Para la Organización de Naciones Unidas la Violencia doméstica causa tantas víctimas mortales y minusvalías en mujeres en edad fértil como el cáncer y más que los accidentes de tráfico y la malaria juntos. La frecuencia del maltrato es comparable a la de enfermedades tan frecuentes como la hipertensión o el cáncer de mama (1).

Supone un problema socio sanitario de enorme trascendencia por el daño y la extensión que produce en sus víctimas, tanto física como psíquicamente (2) y las secuelas a largo plazo (3).

A pesar de la intensidad y de la frecuencia con la que se producen los actos violentos, la duración de la relación es de más de 10 años por término medio hasta conocerse. Además en muchas ocasiones han intentado romper la relación con anterioridad sin conseguirlo (4).

La comprensión de éste fenómeno está vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre los sexos en los ámbitos social, económico, religioso y político, pese a las legislaciones nacionales e internacionales a favor de la igualdad (5) y en la aceptación de la violencia como forma de resolución de conflictos (6). Se ha postulado un modelo explicativo denominado Ciclo de la Violencia (7) (8) en que se suceden de forma circular las fases: generación de la tensión-explosión violenta-luna de miel. En los mecanismos psicológicos que propician su mantenimiento están la teoría de la Indefensión Aprendida y se ha llegado a comparar con el Síndrome de Estocolmo (9).

El modo de presentarse podrá ser distinto según la forma y patrón de periodicidad e intensidad (violencia aislada-reiterada-progresiva-desatada)(7) y el grado de reconocimiento de la mujer, que parece atenerse a las etapas del cambio psicológico propuestas por Protchaska (Pre-contemplación-Contemplación-Preparación-Acción) (10). Básicamente podremos encontrarnos con casos explícitamente denunciados y con casos ocultos en los que la sintomatología es vaga y distante al momento de ocurrir los hechos presentándose como signos y síntomas mal definidos (mecanismo de rabia desplazada), cuadros de ansiedad y depresión o aplanamiento emocional (11). El diagnóstico depende de un alto índice de sospecha (10) y la detección es fundamental para el pronóstico (12). Las formas de presentación y la propia actitud de la paciente dificulta la relación médico-paciente hasta el punto de ser consideradas pacientes-problema (13).

Las víctimas de maltrato son pacientes de nuestros centros de salud y el ámbito de la atención primaria, por sus características de integridad y continuidad, es un marco idóneo para su detección y abordaje (14) (15) para lo cual, dadas las dificultades diagnósticas, es importante establecer perfiles que nos permitan conocer mejor las

distintas formas de presentación. La intervención del médico de familia se extiende a la sospecha, detección, atención al caso agudo y prevención primaria, secundaria y terciaria (16).

El objetivo del presente estudio, es conocer las características personales y el tipo de atención sanitaria prestada a víctimas de violencia doméstica detectadas en atención primaria, comparando los perfiles de estas pacientes atendidas en un centro de salud urbano y otro semiurbano.

Material y métodos

El ámbito del estudio han sido dos centros de salud (CS), uno urbano con una población joven de nivel socioeconómico medio de 24.000 habitantes, y otro semiurbano situado en un pueblo costero más turístico con mucha población flotante en los meses de verano y con un servicio de urgencias de 24 horas.

El diseño de este estudio es descriptivo retrospectivo recogiendo todos los datos registrados entre Enero 1999 y Mayo 2002.

Los sujetos de estudio son personas con constancia o sospecha de sufrir agresión física, psíquica o sexual en el ámbito familiar, en registros del centro de salud.

Se ha realizado una estrategia de búsqueda activa de casos utilizando diversas fuentes:

1ª Partes al Juzgado (SAS) (17): existe un archivo específico por el procedimiento de trámite de estos partes (queda copia en el centro de salud).

2ª Registro de la Trabajadora Social: las trabajadoras sociales de los centros de salud utilizan la historia clínica informatizada y registros propios en los que constan casos registrados de violencia doméstica.

3ª Conocimiento de casos por los médicos de familia: registrados en la historia clínica pero "captados" o incluidos en el estudio por información directa de los profesionales, al no existir un "icono" o programa específico que permitiera su extracción directamente de registros informatizados.

Todas estas fuentes se han cruzado para evitar la repetición de casos.

Las variables recogidas se exponen en la tabla 1.

Las variables referidas a las intervenciones a realizar (parte al juzgado, derivación a la trabajadora social, información sobre teléfonos de emergencia y gestión casas de Acogida) hacen referencia a las indicaciones de la Guía de atención a víctimas de maltrato del Distrito Sanitario al que pertenecen los centros de salud incluidos (18).

Las fuentes de datos para recogida de variables han sido los Partes al Juzgado y las Historias Clínicas informatizadas (sistema de Tarjetas Sanitarias Adscritas a la Seguridad Social -TASS).

Se presentan y analizan diferencias entre ambos centros mediante Chi cuadrado para variables cualitativas y T- Student para variables cuantitativas, para un nivel de confianza del 95%

Resultados

El número total de casos encontrados ha sido de 92, 33 en el Urbano, y 59 en el semiurbano.

Es común en ambos centros el sexo (97% ámbito urbano y 91.5% semiurbano), el reconocimiento del maltrato por parte de la víctima (85% y 83% respectivamente) (Tabla 2) y parentesco con el agresor: pareja (89% y 80%) (Gráfico 1).

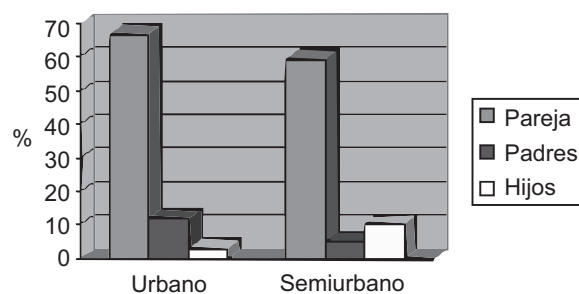
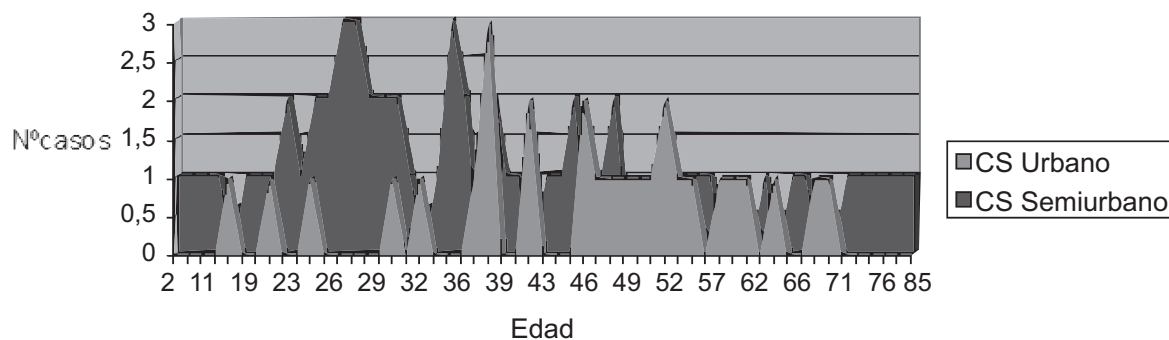
La edad media de las víctimas (Gráfico 2) es 46 años en el centro de salud urbano (desviación estándar (DS) 14, mediana 47, moda 38 años, con curva desplazada a la

Tabla 1. Variables de estudio

TIPO DE VARIABLES	
Sociodemográficas	Edad Sexo
Tipo de maltrato	- Reconocido (por la víctima)/Sospechado (por el profesional). - Tipo: Físico/Psíquico (aislado)/Sexual
Características del agresor	- Parentesco: Pareja/Hijo/Padre. - Abuso de alcohol.
Atención a la agresión aguda	- Derivación hospitalaria - Parte al juzgado
Consulta de detección del maltrato	Urgencias Trabajadora Social Consulta médica Enfermería
Intervenciones realizadas	Teléfono de emergencia Información de los recursos Se deriva a la Trabajadora Social Gestión de Casa de Acogida
Principales Problemas de salud CIAP-2 (11)	Depresión (P76, P03) Caídas (A29) Síntomas mal definidos (A01,A04,A05) Fracturas (L72, L73, L74, L75, L76, R76) Ansiedad (P74, P01) Ideas suicidas (P77)
Consumo de Fármacos (28)	Antidepresivos (N06A) Ansiolíticos (N05B) Hipnóticos (N05C) Neurolépticos (N05A)
Patrón de uso de servicios del centro	Inclusión en programas: Riesgo Cardiovascular, Planificación Familiar, Control de Embarazo. Número de consultas / año. Hiperconsultadoras (> 8 consultas / año anterior a detección)

Tabla 2. Comparación de variables sociodemográficas y de atención sanitaria

	CS Urbano n=33	CS Semiurbano n=59	p
Mujer	97%	91.5%	0.310
Edad	46.2	37.9	0.001*
Reconocido/ sospechado	85%-12%	83%-17%	0.34
Parte al Juzgado	66.7%	88.1%	0.012*
Lugar detección	Consulta médica 57%	Urgencias 83%	0.000001*
Información teléfonos emergencia	45.45%	5%	0.00001*
Valoración trabajadora social	60.6%	22%	0.00016*
Derivación	21.2%	10.2%	0.1596
Hospitalaria			
Toma de Psicofármacos	66.7%	22%	0.000*
Media consultas/año	13.9	4.3	0.0001*
Hiperconsultadoras	69%	16.8%	0.0001*
Inclusión en Programas del CS	45.5%	23.7%	0.08

Gráfico 1. Parentesco con el agresor

Gráfico 2. Distribución por edad


derecha (edades medias): 14% de menores de 30 años y 11% mayores de 65 años. En el centro de salud semiurbano la edad media es 38 años (DS 19.6, mediana 34.5 y moda 26), mostrando una curva de distribución de frecuencias desplazada a la izquierda (edades jóvenes: 46.4% menores de 30 años y 14.4% mayores de 65 años). Esta diferencia en la distribución de edad de las víctimas es estadísticamente significativa ($p<0.001$).

Los casos de maltrato registrados son reconocidos por la víctima en 28 casos (84.8%) del ámbito urbano y en 49 (83%) del semiurbano; el resto fueron sospechados por el profesional, no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos.

El tipo de maltrato fue mayoritariamente físico en ambos grupos pero significativamente mayor en el centro con servicio de urgencias (66.7% ámbito urbano, 93% semiurbano), al contrario, en el medio urbano se declaran más casos de maltrato exclusivamente psicológico (12, 36%), las agresiones sexuales se declaran en 11 casos en total, sin diferencias entre ambos grupos (Gráfico 3).

Respecto al lugar de detección del maltrato, en el centro de salud urbano se realiza mayoritariamente en la consulta médica (57.6%) y en el semiurbano en urgencias

(83%). La detección por otros profesionales es minoritaria (4 casos trabajadora social en centro de salud semiurbano y 4 casos enfermería entre ambos centros).

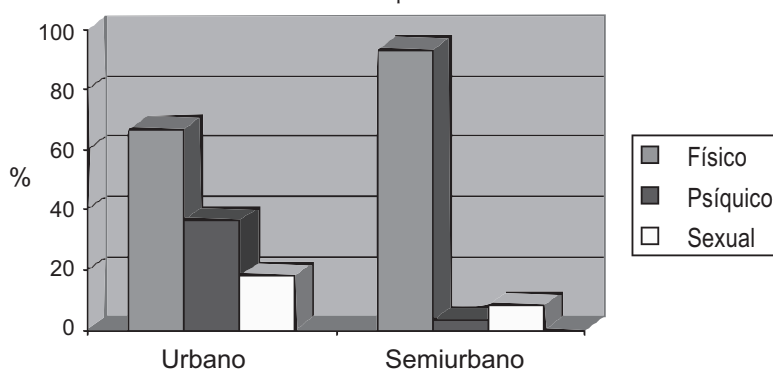
La atención que se presta a la víctima incluye la realización de parte al juzgado en el 66.7% de casos en el ámbito urbano y en el 88% del semiurbano, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p<0.05$). Se derivan a la trabajadora social el 60% de víctimas del ámbito urbano y sólo el 22% del semiurbano ($p<0.001$), se informa de teléfonos de emergencia en mayor medida a las mujeres atendidas en el centro urbano (45.5% frente a 5%), requieren derivación hospitalaria el 21.2% y 10.2% respectivamente, sin diferencias significativas) y se gestiona Casa de Acogida a 4 mujeres en total Sólo en el 24% de casos queda constancia de información de recursos de apoyo a las víctimas, sin diferencias entre ambos (Tabla 2).

Los problemas de salud más frecuentes recogidos en la historia clínica se reflejan en la Tabla 3, destacando la depresión 57.6% urbano, 8.5% semiurbano) y ansiedad (45.5% y 6.7% respectivamente) y los síntomas mal definidos (45.5% y 12%), con mayor presencia en las víctimas del centro urbano ($p<0.001$). Las fracturas (21% y

Tabla 3. Principales problemas de Salud

	Urbano n=33	Semiurbano N=59	p
Depresión P76, P03	19	5	0.000001*
Síntomas mal definidos A01,A04,A05	15	7	0.0011*
Ansiedad P74, P01	15	4	0.00006*
Caídas A29	7	4	0.076*
Fracturas L72, L73, L74, L75, L76, R76	7	2	0.0172*
Ideas suicidas P77	6	1	0.0114*

Gráfico 3. Tipo de Maltrato



3.4%) y la ideación suicida (18.2% y 1.7%) también son más prevalentes en el grupo atendido en el ámbito urbano ($p<0.05$). Las caídas se registran en 11 casos en total, sin diferencias entre grupos. El consumo habitual de psicofármacos (Tabla 4) es más prevalente en el centro de salud urbano en el que toman antidepresivos el 54.5% de las víctimas, ansiolíticos el 51.5%, hipnóticos el 30.3% y neurolépticos el 9%, existiendo significación estadística en la diferencia del consumo de estos grupos de fármacos en el centro de salud urbano, en el que el más frecuente son los ansiolíticos en el 17% de casos.

En cuanto al uso de servicios sanitarios, la media de visitas / año es 13.96 (desviación estándar 13.05) en el ámbito urbano frente a 4.33 (desviación estándar 5.32) en el semiurbano (Gráfica 4). El porcentaje de hiperconsultadoras es del 69% en el primer caso y del 16.8 % en el segundo, con significación estadística de las diferencias ($p<0.0001$). Se ha evaluado la inclusión en los programas del centro de salud con resultado de existir una diferencia relevante (45.5% de casos en centro urbano frente a 23.7% en semiurbano) aunque no estadísticamente significativo.

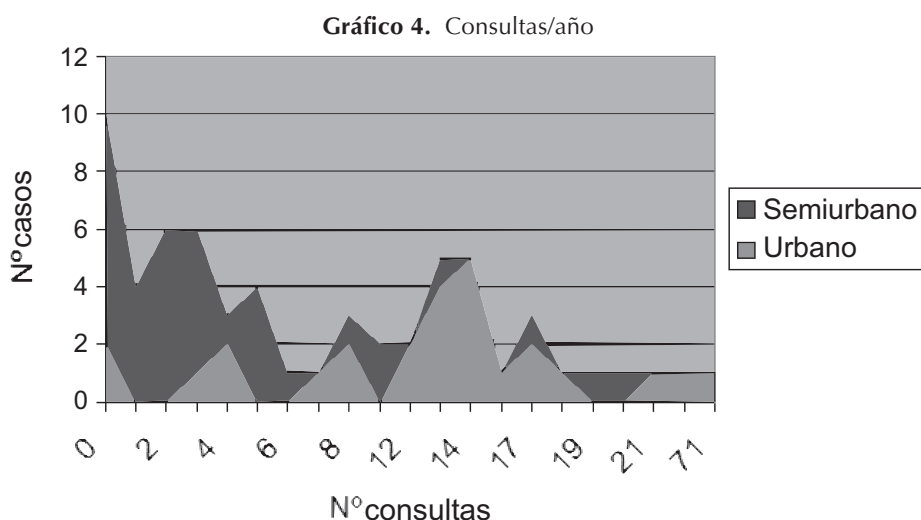
Discusión

Existen claras diferencias en el perfil de víctimas de malos tratos en los centros de salud comparados que acuden en ámbito urbano a consulta médica, frente a las víctimas atendidas en medio semiurbano, que acuden a urgencias. Se sabe que se está produciendo un cambio en la edad de las mujeres que deciden romper con la relación violenta y es que son más jóvenes, más independiente económicamente y la duración del maltrato es menor (19). La mujer joven, consulta en el caso puntual de la agresión y se detecta en urgencias, y con respecto a las intervenciones realizadas por el médico destaca la mayor cumplimentación del parte al juzgado pero la menor información sobre teléfonos de emergencia y valoración por la trabajadora social, lo cual puede ponerse en relación con las características de la atención urgente; el maltrato suele ser físico. Este perfil es concordante con algunos estudios realizados en ámbito rural (agresiones físicas, realización del parte) (14) y en mujeres en Casas de Acogida (20) (21) (22).

También hay que resaltar que existe otro perfil diferenciado de mujer víctima de malos tratos, que es el que se pre-

Tabla 4. Tipo de psicofármacos consumidos

	Urbano N=33	Semiurbano n=59	p
Antidepresivo N06A	18	8	0.00028*
Ansiolítico N05B	17	10	0.0012*
Hipnótico N05C	10	2	0.00035*
Antipsicótico N05A	3	0	0.0011*



senta en el ámbito urbano, se detecta en el contexto de la consulta médica (en el marco de la continuidad asistencial y la confianza), hiperconsultadora, de edad media, con síntomas de la esfera psicológica y síntomas mal definidos y que toma psicofármacos. Este no es sino el perfil típico de mujer que acude al centro de salud cotidianamente (23) (24), por lo que no hay ninguna característica diferenciadora. Esto significa la necesidad de adoptar una postura activa respecto a la detección del maltrato, considerando además que en muchos casos se tratará de maltrato psicológico exclusivo (25). La mayor presencia de clínica ansiosa y depresiva y consumo de psicofármacos ha de relacionarse con el síndrome de maltrato y debe considerarse para la atención posterior a estas pacientes (26).

Dada la prevalencia del problema, se han detectado un bajo número de casos, para el tiempo de estudio (93 casos en dos años y medio). Se han cometido varios posibles sesgos sistemáticos entre los que destacamos, los de selección ya que nuestros casos proceden de registros de partes al juzgado y registros propios. A su vez esto influencia a otras variables como el porcentaje de partes, el lugar y el profesional de la detección, pero al tratarse de un primer estudio descriptivo pensamos que este sesgo va a contribuir a mejorar el registro. También existe un sesgo de información relevante en el caso de las mujeres atendidas en urgencias en el centro de salud semiurbano, ya que al tratarse de mujeres más jóvenes, con menos patología y que consultan menos, también existen menos registro en sus historias clínicas.

Un aspecto a mejorar sería el registro en la historia clínica para lo que podría utilizarse el código Z25 de la CIAP-2 (Clasificación Internacional de la Atención Primaria (27) para maltrato físico del cónyuge o el hijo, Z12 para el psíquico al cónyuge y Z16 para el psíquico al hijo.

Los resultados de nuestro estudio nos llevan a dos aplicaciones prácticas:

1) La coincidencia del perfil de víctima de violencia doméstica en los centros urbanos y de la "usuaria tipo" de los centros de salud. Nos llevaría a pensar en la dificultad para detectar esta situación y en la necesidad de incluir en el diagnóstico diferencial de la patología frecuente en mujeres de edad media (alta prevalencia de síntomas mal definidos) el síndrome de maltrato, evitando el sesgo de género de no considerar o minimizar la importancia de las quejas de salud que presentan las pacientes de este perfil.

2) La existencia de diferencias en el perfil de estas pacientes entre centros de salud urbano y semiurbano, aún de núcleos de población cercanos, nos lleva a considerar que no podemos aplicar intervenciones universales a las mujeres con este problema. Habría que profundizar en

el análisis de las diferencias para determinar hasta qué punto son determinantes de éstas el medio (urbano-semiurbano), el tipo de asistencia (urgente-no urgente) y factores de edad y patología. En el caso de mujeres de mayor edad el síndrome de malos tratos y sus consecuencias psicológicas (indefensión aprendida, dependencia) y sociales (aislamiento, falta de apoyo social) están mucho más arraigadas y, por tanto, requerirán un tratamiento más complejo e integral, que no consista sólo en la toma de psicofármacos. En el caso de mujeres en centro semiurbano se debe considerar prioritariamente el riesgo físico inmediato.

Podemos concluir que parecen coexistir dos perfiles de víctima de violencia doméstica atendida en centros de atención primaria: la que acude a consulta a demanda que es una mujer de edad media, hiperconsultadora, con trastornos psíquicos y síntomas mal definidos, que toma psicofármacos y sufre agresiones físicas y psicológicas; y la que acude al servicio de urgencias que es una mujer más joven que consulta por el caso puntual de la agresión física, con menor presencia de enfermedad y tratamiento psiquiátrico y menor número de consultas.

Bibliografía

1. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo interterritorial sistema nacional de salud. Plan de actuación contra la violencia doméstica 1998-2000. Madrid: Ministerio de asuntos sociales. Instituto de la mujer; 1999.
2. Suárez Rodríguez T, Mullor Abad A. Violencia psicológica: la parte sumergida del iceberg. Medfam 1998; 8: 34-42.
3. Campbell L. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002; 359: 1331-1336.
4. Sarasúa B, Zubizarreta I. Violencia en la pareja. Málaga: Ed. Aljibe; 2000. p. 31-41.
5. Ferrer E. Violencia contra las mujeres: movilización general (I). JANO 2001; 61: 93-94.
6. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet 2002; 359: 1423-1429.
7. Cobo Plana JA. Manual de actuación sanitaria, policial, legal y social frente a la violencia doméstica. Guión de actuación y formulario. Barcelona: Ed. Masson; 1999.
8. Domingo F. La violencia intrafamiliar. FMC 2000; 7: 205-208.
9. Jiménez C, Lorente M, Perlado del Campo P, Rodríguez M. Instituto Andaluz de la Mujer. Violencia contra las Mujeres. Ámbito sanitario. Sevilla: Ed. Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
10. Tulia J, Diva V. Del laberinto a la luz. El proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta. Index de Enfermería 2000; 30: 12-16.
11. Violencia contra las mujeres. 1ª edición. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 1999. p. 29-43.
12. Carmona LI, Jiménez ML. Malos tratos en mujeres. JANO 2000; 58: 61-63.
13. Voces D, Real MA, Barajas MA. Atención a la mujer maltratada. FMC 1999; 6: 87-92.
14. Morales MJ, Vargas EJ, García A, Gil J, Parra JC, Borrás A. Análisis de las mujeres víctimas de malos tratos atendidas en una Zona Básica de Salud. Medicina General 2001; 34: 421-422.
15. Casasa Plana A. Violencia conyugal, importancia desde el punto de vista médico. Aten Primaria 1997; 19: 276-279.
16. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J et al. Violencia en la pareja: papel del médico de familia. Aten Primaria 2003; 32: 425-433.



17. Abarrategui A, Cáliz R, Gutiérrez P, Moreno A, Pereiro R, Sepúlveda MA et al. Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Plan Estratégico; 2001.
18. Comisión técnica sobre Maltrato y Abusos sexuales. Guía de Actuación en malos tratos y agresiones sexuales. Málaga: Distrito Sanitario Málaga; 2000.
19. Escudero M. Violencia de género en Andalucía. Index de Enfermería, 2000; 30: 9-11.
20. Martín ML, Muñoz F, Blanca F. Atención sociosanitaria a mujeres maltratadas residentes en una Casa de Acogida. Centro de Salud 2000; 8: 37-40.
21. Sotomayor E. La violencia contra las mujeres. Estudio sobre la situación y características de las mujeres en los centros de acogida. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2001.
22. Muñoz F, Martín ML, Vivancos D, Blanca F, Rodríguez T, Ruiz M. Mejora de la atención prestada a víctimas de violencia doméstica. Impacto de una intervención priorizada. Aten Primaria 2001; 28: 241-248.
23. Llorente Álvarez S, López Ruiz T, García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Alonso Arias P, Muñoz Baragaño P. Perfil de hiperfrecuentador de un centro de salud. Aten Primaria 1996; 17: 100-106.
24. Ruiz MT, Ronda E. Atención sanitaria según el sexo de los pacientes. Med Clin (Barc) 1994; 103:537-538.
25. Baker NJ, Mersy DJ, Tuteur JM, Cline JM. La violencia en la familia. Monografía. AAFP (Versión española) Home Study Self Assessment. Barcelona; 1996.
26. Jiménez C, Lorente M, Perlado P, Rodríguez M. Violencia contra las mujeres ámbito sanitario. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
27. Clasificación Internacional de la Atención Primaria CIAP-2. Comité Internacional de Clasificación de la Wonca. 2ª edición. Barcelona: Ed. Masson; 1999. p. 172-177.
28. Clasificación Anatómica de Medicamentos. Anexo IV. Informe sobre indicadores cualitativos de la prescripción de medicamentos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.

ORIGINAL

Valoración de los usuarios de un Centro de Salud respecto a la atención recibida en materia de salud oral

Navarro Lizaranzu M^a C¹, Márquez Rodríguez J A², Márquez Rodríguez M^a J³, Pedregal González M¹

¹ Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Huelva-Costa; ² Dentista de Atención Primaria. Distrito Sanitario Huelva-Costa; ³ Trabajador Social. Hospital General Juan Ramón Jiménez, Huelva.

VALORACIÓN DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA EN MATERIA DE SALUD ORAL

Objetivo: Describir las experiencias y valoraciones de usuarios de un Centro de Salud respecto a la atención recibida en materia de salud oral.

Diseño: Estudio observacional descriptivo de una serie de casos.

Emplazamiento: Centro de Salud de Lepe (Huelva).

Población y muestra: personas entre 10 y 80 años de edad que acuden a la consulta de odontología entre los meses de marzo y mayo de 2001. La muestra es de 399 personas.

Intervenciones: cumplimentaron un cuestionario sobre actitudes, comportamientos y conocimientos respecto a la salud oral. El tratamiento estadístico se ha desarrollado con el paquete de programas SPSS, versión 9.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill, 1999).

Resultados: La mayoría (85,1%) es consciente de la necesidad de tratamiento dental; sin embargo, no acude de forma regular al dentista. Prácticamente la mitad de los sujetos no está satisfecha con las prestaciones odontológicas públicas. El servicio más solicitado es la subvención de los tratamientos dentales privados.

Conclusiones: 1. Nuestros pacientes tienen conciencia de necesitar tratamiento dental. No obstante, la visita al dentista generalmente se realiza cuando se tiene un problema. 2. Los pacientes señalan distintos motivos para no acudir de forma periódica al dentista, fundamentalmente miedo dental, no tener problemas dentales y las tarifas de los tratamientos odontológicos. 3. La mayoría de los usuarios no está satisfecha con las prestaciones odontológicas que se ofrecen. 4. La demanda principal al Sistema Público de Salud es la subvención de parte de los honorarios pagados a los dentistas privados, pero también se reclama enseñanza sobre salud oral y programas de prevención de las enfermedades bucodentales. 5. Las personas con estudios superiores son más críticas con la odontología pública. 6. Los profesionales sanitarios son los más insatisfechos con las prestaciones odontológicas públicas.

Palabras clave : Valoración, odontología, sanidad pública.

EVALUATION OF CLIENT OPINIONS REGARDING THE KIND OF ORAL HEALTH CARE PROVIDED TO THEM IN A HEALTH CENTER

Goal: To describe the experiences and opinions of a Health Center's clients regarding oral health care provision.

Design: observational descriptive study of a series of cases.

Setting: Lepe Health Center (Huelva, Spain).

Population and sample: persons between the ages of 10 and 80 who visited a dentist between March and May of 2001. The sample consists of 399 persons.

Interventions: They completed a questionnaire on attitudes, behavior, and knowledge regarding oral health. The statistical data was elaborated using Version 9.0 of the SPSS program, (SPSS Inc., Chicago, Ill, 1999).

Results: The majority (85.1%) were aware that dental treatment was needed, however, they did not visit the dentist on a regular basis. Almost half of the subjects were dissatisfied with the dental care coverage provided by the public health system. The service most frequently requested was the provision of subsidies for private dental care.

Conclusions: 1. Our patients are aware they need to receive dental treatment, however, they only visit the dentist when they have a problem. 2. Patients mention different reasons for not visiting the dentist on a regular basis, basically, their fear of the dentist, the absence of a specific problem, and the cost of dental care services. 3. The majority of clients are not satisfied with the kinds of services currently available to them. 4. Their main request was that the public health system subsidize part of the fees paid for private dental care, however, other requests included more oral health education and programs for preventing dental diseases. 5. Persons with higher educational levels were more critical of public odontology. 6. Health care professionals were the most dissatisfied with the kinds of services available under public odontology.

Key words: Evaluation, odontology, public health system.

Correspondencia: M.^a Cruz Navarro Lizaranzu.

Avda. Julio Caro Baroja núm. 8-6.º E. 21002 - Huelva

e-mail: jonasev@ya.com

Recibido el 26-08-2003; aceptado para publicación el 08-06-2004.

Medicina de Familia (And) 2004; 1: 20-25

Introducción

Para disfrutar de una boca saludable se deben tener unos conocimientos básicos en salud oral, unas actitudes positivas hacia la Odontología, y especialmente unos hábitos dietéticos y de higiene bucal adecuados (1, 2). Lamentablemente estas conductas no están tan extendidas en nuestra población, como resaltan numerosos estudios epidemiológicos sobre salud bucodental donde destaca la elevada frecuencia de enfermedad, principalmente de caries dental y enfermedades periodontales (2-7). Si bien, en los últimos años, se ha producido una mejora general de la salud bucal, particularmente en lo referente a la caries infantil, que tiene su origen en una mayor educación sanitaria (2).

Debido a la importancia que las actitudes y las percepciones de la propia salud bucal tienen en el estado general de la boca, es esencial su estudio si queremos progresar de forma más eficaz en el terreno de la prevención y la promoción de la salud oral (2). En este sentido, el presente trabajo desea contribuir a un mejor conocimiento de estas variables.

Los objetivos de este trabajo de investigación son:

1. Describir el grado de experiencia que los usuarios de una consulta de odontología en un centro de salud tienen en relación al tratamiento bucodental.
2. Describir su valoración respecto a la atención en materia de salud oral.
3. Describir la valoración respecto a la atención en materia de salud oral según su formación y ocupación.

Sujetos y métodos

La población considerada en el estudio está constituida por las personas entre 10 y 80 años de edad, de ambos sexos, de la Zona Básica de Salud de Lepe (Huelva). Se seleccionaron de manera consecutiva a 399 personas que acudieron a la consulta de odontología durante los meses de marzo, abril y mayo de 2001.

El trabajo de investigación se ha basado en un estudio observacional descriptivo de una serie de casos. Se recogieron la edad y el sexo de cada uno de los encuestados, así como su nivel de estudios: sin estudios, estudios primarios, medios o superiores. También se recogió la ocupación de los participantes: ama de casa, sector primario, servicios, docencia, sanidad, funcionarios, empresarios y autónomos, técnicos y estudiantes.

Se utilizó un cuestionario autoadministrado, que se confeccionó para un estudio más amplio en el que se recogió información sobre otros aspectos tales como actitudes, comportamientos y conocimientos respecto a la salud oral (1). En algunas de las preguntas los participantes podían marcar varias respuestas si lo consideraban conveniente. Las cuestiones utilizadas para el presente trabajo fueron formuladas con la intención de recoger información relevante en relación con los objetivos planteados (anexo 1). La información recogida mediante el cuestionario fue codificada numéricamente y almacenada en una matriz de datos. El tratamiento estadístico se ha desarrollado con el paquete de programas SPSS, versión 9.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill, 1999).

Se realizó la descripción de los datos mediante la construcción de distribuciones de frecuencias (frecuencias absolutas y frecuencias relativas expresadas como porcentajes) para los resultados en cada pregunta. Para las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación típica).

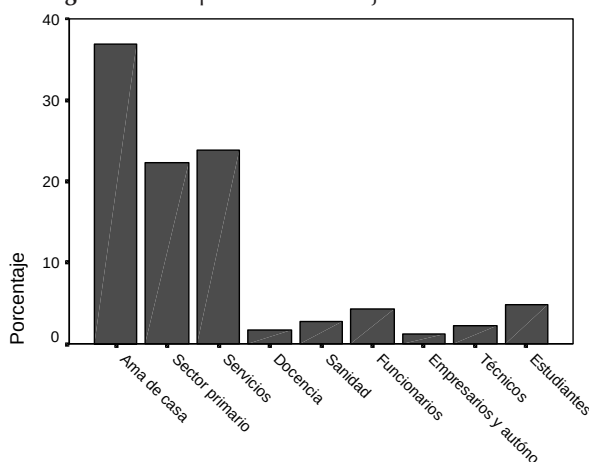
Resultados

La media de edad fue de 35'6 años (DE 11'12). La mayoría son mujeres (77'4%). Este predominio del sexo femenino se debe a que una parte de las personas seleccionadas (14'3%) eran embarazadas usuarias del *programa de seguimiento de embarazo*; además un porcentaje importante de los participantes (33'3%) eran madres que acompañaban a sus hijos, estudiantes de educación primaria, al *programa de salud bucodental escolar*.

En cuanto a los estudios se comprueba que más de la mitad (57'9%) disponen de estudios primarios, y hasta un 16'8% reconoce no tener estudios. Sólo un 5'1% ha cursado estudios superiores, mientras que un 20'2% alcanzó los estudios medios.

En lo que se refiere a la ocupación se encuentran tres grandes grupos predominantes: más de un tercio de la muestra (36'8%) son amas de casa, casi una cuarta parte de los participantes (23'8%) se dedican al sector servicios (hostelería, construcción, comercio, limpieza, banca, transporte, etc), y un 22'3% trabaja en el sector primario (principalmente agricultura y pesca). Otras ocupaciones tienen poca representación (figura 1).

Figura 1. Ocupación de los sujetos de la muestra



1. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO BUCODENTAL

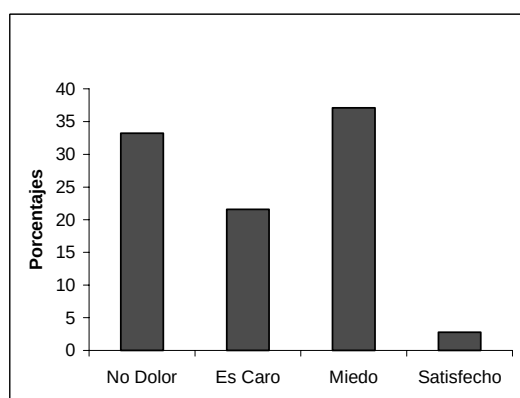
En primer lugar se analizó el motivo o los motivos por los que no se va de forma regular al dentista. El 33'2% de los participantes declaró no ir al dentista por no tener dolores, un 21'6% no acude porque piensa que el dentista es

muy caro, y hasta un 37'1% dice no acudir por tener miedo o ponerse nervioso. Destaca que tan sólo un 2'8% está satisfecho con sus dientes, siendo ésta la causa de no ir regularmente (figura 2). Como contraste un 17'5% contestó que va de forma periódica al dentista.

También se ha estudiado qué piensan los encuestados respecto a la necesidad de ser tratados por un dentista en el momento de cumplimentar el cuestionario. Se ha comprobado que casi todos, el 85,1% de los encuestados, piensan que sí necesitan ser tratados por un dentista.

En cuanto a la enseñanza sobre la salud dental o sobre cómo cepillarse los dientes, un 61,1% contestó que nunca la había recibido.

Figura 2. Motivos para no ir de forma regular al dentista



2. VALORACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PÚBLICA

En la valoración de las prestaciones odontológicas, el 29,8% de los encuestados piensa que son insuficientes y un 18,7% que son muy insuficientes; es decir, prácticamente la mitad de los encuestados no está satisfecha. Un 25,3% las considera suficientes. La otra cuarta parte de los encuestados sí está satisfecha, de tal manera, que un 17,9% valora las prestaciones como satisfactorias, y un 8,3% como muy satisfactorias (figura 3).

En cuanto a qué servicio o servicios creen los encuestados como más necesarios en odontología, un 36'9% de los sujetos señala los tratamientos dentales realizados en la odontología privada y subvencionados en parte por la sanidad pública como el servicio odontológico más necesario. Otros servicios necesarios para la muestra son la enseñanza sobre salud bucodental (31'4%), programas de prevención de enfermedades bucodentales (31'3%), tratamientos dentales a las personas que ganen menos dinero (27'1%), y tratamientos dentales a los menores de 14 años (26'1%) (figura 4).

Figura 3. Valoración de las prestaciones odontológicas públicas

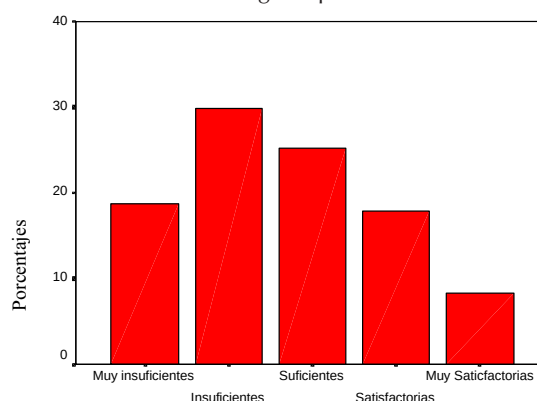
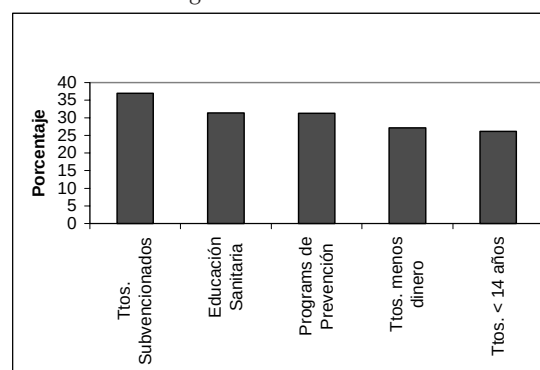


Figura 4. Servicios más necesarios según los encuestados



3. VALORACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PÚBLICA SEGÚN LA FORMACIÓN Y OCUPACIÓN

Se estudió la valoración de la odontología pública según la formación académica cursada por el sujeto, y se comprueba que la mayoría de los encuestados con *estudios superiores* no está satisfecha, de tal forma, que un 25% considera las prestaciones odontológicas como muy insuficientes y un 55% como insuficientes. Como contraste se aprecia que de los sujetos *sin estudios*, un 10,6% opina que estas prestaciones son muy insuficientes y un 22,7% que son insuficientes, por lo que sólo un tercio está insatisfecho. Las personas con *estudios primarios y medios* valoran estas prestaciones de un modo intermedio, con respecto a los anteriores (tabla 1).

También se ha analizado la valoración de las prestaciones odontológicas públicas según la ocupación y se comprueba que los más insatisfechos son los propios profesionales sanitarios que las valoran como insuficientes o muy insuficientes (81,8%). Los más satisfechos en la muestra han sido las amas de casa, los funcionarios y el

sector primario, aunque ni siquiera estos grupos laborales han llegado a un tercio de satisfacción con respecto a las prestaciones públicas en odontología (tabla 2).

Discusión

La mayoría de los españoles no va de forma regular al dentista. Como ejemplo, en Cataluña un 73% de la población no acudió a ningún odontoestomatólogo en el último año, y la última visita al dentista de nuestros ancianos oscila como media entre cuatro años y medio y siete años. Esta escasa frecuencia al dentista está directamente relacionada con variables como los niveles de estudios y renta (2, 3, 5, 7).

En el presente estudio se señalan distintos motivos para no acudir regularmente al dentista, incluso algunos de los encuestados han señalado más de un motivo, la primera razón es el miedo dental, que efectivamente afecta de manera negativa la promoción y viabilidad del tratamiento odontológico de un gran número de pacientes y puede llegar a impedir el tratamiento dental de algunos individuos, y por ende, repercuten de forma desfavorable en la salud dental de la población. Una disminución del temor dental antes y durante la atención dental es impres-

cindible para poder asistir a estos pacientes, que generalmente necesitan tratamiento dental.

La cobertura odontológica de nuestro país es básicamente privada, bien pagando directamente cada uno de los servicios o a través de un seguro médico, esta situación es precisamente a la inversa a la que opera en el conjunto del sector sanitario español (2). Es cierto que un importante número de personas utiliza los servicios odontológicos públicos, pero es justo reconocer que la atención dental que reciben es muy limitada (2, 8-11). La consideración de las tarifas como elevadas es la principal queja de los usuarios españoles (2) y es otro motivo referido para no acudir a las consultas de odontología. El costo de los tratamientos dentales privados determina, en parte, el consumo de ellos por parte de la población y este condicionante repercute principalmente en la salud de los individuos y familiares con un menor poder adquisitivo, que precisamente son los estratos sociales con unos índices mayores de patología bucodental y que por tanto, tienen más necesidad de ser atendidos (1-5). Parece razonable que los usuarios de la ZBS de Lepe demanden en primer lugar como servicio más necesario la subvención de parte de los costos de aquellos tratamientos dentales que se lleven a cabo en consultas privadas. En este sentido, al-

Tabla 1. Valoración de las prestaciones públicas según los estudios de los sujetos

	Muy insuficientes	Insuficientes	Suficientes	Satisfactorias	Muy Satisfactorias	TOTAL
Sin estudios	10,60%	22,70%	31,80%	22,70%	12,10%	100,00%
Estudios primarios	20,40%	27,60%	23,60%	18,70%	9,80%	100,00%
Estudios medios	19,20%	34,60%	28,20%	16,70%	1,30%	100,00%
Estudios superiores	25,00%	55,00%	15,00%	5,00%		100,00%
TOTAL	18,80%	29,60%	25,40%	18,30%	8,00%	100,00%

Tabla 2. Valoración de las prestaciones públicas según la ocupación de los sujetos

	Muy insuficientes	Insuficientes	Suficientes	Satisfactorias	Muy Satisfactorias	TOTAL
Ama de casa	20,10%	28,50%	21,50%	20,10%	9,70%	100,00%
Sector primario	9,00%	30,30%	31,50%	16,90%	12,40%	100,00%
Servicios	23,20%	30,50%	21,10%	18,90%	6,30%	100,00%
Docencia	28,60%	28,60%	28,60%	14,30%		100,00%
Sanidad	27,30%	54,50%	9,10%	9,10%		100,00%
Funcionarios	17,60%	23,50%	29,40%	17,60%	11,80%	100,00%
Empresarios y Autónomos	20,00%	20,00%	60,00%			100,00%
Técnicos	22,20%	44,40%	33,30%			100,00%
Estudiantes	21,10%	21,10%	36,80%	21,10%		100,00%
TOTAL	18,70%	29,80%	25,30%	17,90%	8,30%	100,00%

gunos autores recomiendan la financiación o cofinanciación pública de los servicios de odontología y así facilitar y equiparar el acceso de la población a este servicio de salud (5, 6, 9-11).

En España no existe una verdadera conciencia preventiva en los temas de salud bucal, sobre todo en la zona sur (Andalucía, Extremadura, Canarias), y por lo tanto, son personas poco conscientes de la necesidad de realizar una revisión periódica (2). Visitar al odontólogo cuando se tiene un problema reafirma el punto de vista intervencionista de la población española; no obstante, nuestros encuestados piensan que necesitan tratamiento bucodental. Es interesante que las actividades de educación sobre salud oral y los programas de prevención de enfermedades bucodentales sean los considerados como servicios más necesarios, tras los tratamientos subvencionados. Esto resalta las carencias existentes en la actualidad en este ámbito, cuando la mayoría de la población no ha recibido enseñanza en materia de salud bucodental. Desde la Atención Primaria de Salud se deben desarrollar actividades educativas, pues la filosofía de la prevención se concibe como el principal factor de mejora de la salud bucal.

Otros servicios demandados a la sanidad pública son los tratamientos a los que tienen menos medios económicos y a los menores de catorce años. En la actualidad, muchos países europeos están ofreciendo la mayoría de las prestaciones solicitadas por nuestros usuarios (11).

La satisfacción y el nivel de calidad percibido por los pacientes condicionan la demanda general de los servicios de odontoestomatología (2). La Odontología destaca como el primer déficit percibido por los usuarios de la sanidad pública (12), nuestros usuarios no están satisfechos con las prestaciones odontológicas que en la actualidad ofrece la sanidad pública, y sobresale que el grado de satisfacción es menor entre los propios profesionales sanitarios y cuanto mayor es el nivel de estudios; mientras que están más satisfechos los individuos con menor formación académica y las personas que se dedican al sector primario y las amas de casa. Esto se correspondería con otros estudios que relacionan el nivel de formación con la actitud hacia la Odontología, por lo que la instrucción y educación son variables de capital importancia para lograr un nivel de concienciación de la salud bucal mayor que la que se tiene en la actualidad (2, 5).

Los datos previos pueden relacionarse también con una asistencia menos frecuente a los servicios odontológicos públicos entre las personas con mayor posición social, mientras los ciudadanos con una economía más modesta y las personas de más de 65 años realizan visitas más frecuentes al odontoestomatólogo de la sanidad pública (2).

Sin duda, será difícil dar respuesta al total de reclamaciones de nuestra sociedad en un futuro próximo, pero

creemos esencial la labor de los Equipos de Atención Primaria en el desarrollo de actividades preventivas, y de instrucción en el autocuidado personal si queremos que nuestros ciudadanos logren un nivel óptimo de salud bucal. Estas campañas de promoción de la salud bucodental son imprescindibles en determinados grupos poblacionales que tienen más necesidades de tratamiento y generalmente menos posibilidades económicas para poder acceder a los servicios odontológicos privados.

Conclusiones

1. Nuestros pacientes tienen conciencia de necesitar tratamiento dental. No obstante, la visita al dentista generalmente se realiza cuando se tiene un problema.
2. Los pacientes señalan distintos motivos para no acudir de forma periódica al dentista, fundamentalmente miedo dental, no tener problemas dentales y las tarifas de los tratamientos odontológicos.
3. La mayoría de los usuarios no están satisfechos con las prestaciones odontológicas que se ofrecen.
4. La demanda principal al Sistema Público de Salud es la subvención de parte de los honorarios pagados a los dentistas privados, pero también se reclama enseñanza sobre salud oral y programas de prevención de las enfermedades bucodentales.
5. Las personas con estudios superiores son más críticos con la odontología pública.
6. Los profesionales sanitarios son los más insatisfechos con las prestaciones odontológicas públicas.

Bibliografía

1. Márquez JA. Estudio sobre los conocimientos, comportamientos y actitudes respecto a la salud oral en pacientes de la Sanidad Pública. Trabajo de investigación para la titulación de Experto Universitario en Salud Pública Oral. Vicerrectorado de Tercer Ciclo y Enseñanzas Propias. Universidad de Sevilla; 2001.
2. Libro Blanco. La salud bucodental en España. Odontoestomatología 2005. Barcelona: Lácer SA; 1996.
3. Subirà-Pifarré C, Ramón-Torrel J, Grupo Español de Investigación en Gerodontología. La salud bucodental de los mayores de 64 años. Impacto en el estado de salud individual. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. RCOE 2000; 5: 613-620.
4. Tercer estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares andaluces, 2001. Sevilla: Consejería de Salud, Dirección General de Salud Pública y Participación; 2002.
5. Cuenca E, Gómez A, Casals E, Subirà C. Llibre Blanc. L'Odontologia a Catalunya 2002. Barcelona: Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya; 2002.
6. Llodra JC, Bravo M, Cortés FJ. Encuesta de Salud Oral en España (2000). Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. RCOE 2002; 7: 19-63.



7. Rodríguez Morán R. Estudio de la salud oral en una muestra de la población militar española [Tesis doctoral]. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina: Universidad de Sevilla; 1995.
8. II Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 1999.
9. Real Decreto 63/1995 de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado 1995; 35: 4538-44.
10. Servicio Andaluz de Salud. Plan Estratégico. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2000. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía; 2000.
11. Manau C. Asistencia odontológica. Modelos de Provisión y Financiación. En: Cuenca E, Manau C, Serra L, eds. Odontología Preventiva y Comunitaria. 2ªed. Barcelona: Masson; 1999: 379-400.
12. Martín M, De la Mata I. Imagen de la sanidad entre los usuarios de un hospital universitario de Madrid. Revista de Administración Sanitaria; 1997.

Preguntas

1. **¿Por qué no va regularmente al dentista?**
 - ☐ Porque no tengo dolores.
 - ☐ Porque es muy caro.
 - ☐ Por miedo o porque me pongo nervioso.
 - ☐ No necesito ir al dentista, estoy satisfecho con mis dientes.
 - ☐ Sí, voy al dentista de forma periódica.
2. **¿Piensa que actualmente necesita ser tratado por un dentista (caries, sangrado de encías, etc.)?**
 - ☐ Sí.
 - ☐ No.
3. **¿Ha recibido alguna vez enseñanza sobre salud dental o sobre cómo cepillarse los dientes?**
 - ☐ Sí.
 - ☐ No.
4. **Valore las prestaciones odontológicas que ofrece la sanidad pública:**
 - ☐ Muy insuficientes.
 - ☐ Insuficientes.
 - ☐ Suficientes.
 - ☐ Satisfactorias.
 - ☐ Muy satisfactorias.
5. **Teniendo en cuenta que en la sanidad pública los recursos económicos son limitados, ¿qué servicios cree usted más necesarios en Odontología?**
 - ☐ Enseñanza sobre salud bucodental.
 - ☐ Programas de prevención de enfermedades bucodentales.
 - ☐ Tratamientos dentales a las personas que ganen menos dinero.
 - ☐ Tratamientos dentales a los menores de 14 años.
 - ☐ Tratamientos dentales realizados en la Odontología privada y subvencionados en parte por la sanidad pública.

Anexo 1: Cuestiones utilizadas para la elaboración de este trabajo.

ORIGINAL

Evaluación de la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en un distrito sanitario

Barroso García P¹, Lucerna Méndez M^a A², Cuenca López Loreto³, Parrón Carreño Tesifón⁴

¹ Sección de Epidemiología. Distrito Sanitario de Atención Primaria Levante-Alto Almanzora (Almería); ² Servicio de Medicina Preventiva. Hospital «La Inmaculada» Huércal-Overa (Almería); ³ Sección de Epidemiología. Delegación Provincial de Salud de Almería; ⁴ Servicio de Salud. Delegación Provincial de Salud de Almería.

EVALUACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS EN UN DISTRITO SANITARIO.

Objetivo: Evaluar la Vigilancia Epidemiológica de la tuberculosis en la zona del Levante-Alto Almanzora de Almería, utilizando como instrumento de medida indicadores del Proceso de Atención a la Tuberculosis.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Distrito Sanitario de Atención Primaria Levante-Alto Almanzora.

Población y muestra: Casos de tuberculosis declarados en el período 1997-2001.

Intervenciones: Se calcularon indicadores de incidencia y proceso relacionados con número de casos declarados, demora diagnóstica y cobertura del estudio de foco e indicaciones de quimioprofilaxis; y de resultado relativos al cumplimiento de tratamiento y curación.

Resultados: Se registraron 86 casos. En el año 2001 se presentó la mayor tasa de incidencia en el total de población (22.99) y en el colectivo inmigrante (196.66); los mayores de 60 años presentaron la tasa estandarizada más elevada (3,17); el indicador de demora diagnóstica, desde inicio de síntomas hasta inicio de tratamiento, fue de 45.95%; el indicador de cobertura censal 94.19%, el de cobertura de indicación de quimioprofilaxis primaria 68.32% y de tratamiento de la infección tuberculosa 85.96%. El de cumplimiento de tratamiento 95.77% y el de curación 79.07%.

Conclusiones: Se está produciendo un cambio de patrón de la enfermedad con un aumento de casos en inmigrantes lo que requerirá un nuevo abordaje de la tuberculosis. Es necesario aumentar la sospecha diagnóstica ante una clínica compatible, y disponer de resultados analíticos a la mayor brevedad para mejorar la demora diagnóstica. Se destaca la alta cobertura alcanzada en los indicadores de estudios de contactos, seguimiento y tratamiento de la enfermedad.

Palabras clave: Vigilancia Epidemiológica, Tuberculosis, Indicadores de Calidad.

EVALUATING TUBERCULOSIS SURVEILLANCE IN A HEALTH DISTRICT

Goal: To evaluate epidemiological surveillance of tuberculosis in an area of Almería (Levante-Alto Almanzora) by using the TB Treatment Protocol as a measure of performance.

Design: Descriptive cross-sectional study.

Setting: Levante-Alto Almanzora Primary Care Health District

Population and Sample: Number of TB cases reported in the period 1997-2001.

Methods: Indicators were established to measure incidence and procedures related to the number of cases reported; delays in diagnosis of the disease; coverage of the target group and recommended drug treatment; and results concerning completion of the treatment and cure of the disease.

Results: 86 cases were reported. The peak incidence rate for the overall population appeared in the year 2001 (22.99) and among immigrants (196.66); persons over 60 years of age had the highest standard rate (3.17); the indicator for delay in diagnosis of the disease – from detection of its symptoms to the beginning of its treatment – was 45.95%; the indicator for census coverage was 94.19%; the indicator for primary drug treatment was 85.96%. The indicator for completion of treatment was 95.77% and for full cure of the disease 79.07%.

Conclusions: Changing patterns produced by this disease, stemming from an increase in the number of cases being reported among immigrants, require a new approach to treating tuberculosis. In order to reduce diagnostic delays, it is necessary to increase diagnostic screening for patients whose clinical histories are compatible and to obtain analytical results as quickly as possible. It is important to note the high degree of coverage attained in the indicators for contact studies, follow-up and treatment of the disease.

Key words: Epidemiological surveillance, tuberculosis, quality indicators.

Correspondencia: Barroso García Pilar. C/. Romero, 44
04850 Cantoria (Almería). Tel.: 950 02 97 21
E-mail: mariap.barroso.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 05-03-2004; aceptado para publicación el 04-06-2004.

Medicina de Familia (And); 2004; 2: 26-31

Introducción

La tuberculosis sigue constituyendo un problema de Salud Pública (1,2). Se estima que puede causar la muerte de dos millones de personas al año, con mayor número de casos en países menos desarrollados; ha aumentado su incidencia en África debido a la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y en la antigua Unión Soviética por los cambios socioeconómicos y la caída del sistema de salud (3). Los aspectos que dificultan una atención sanitaria adecuada son el deficiente control del enfermo, la excesiva demora diagnóstica, el escaso control de las personas expuestas y la falta de continuidad de la asistencia (4). El tratamiento del enfermo es la medida más eficaz para el control de la tuberculosis, de ahí la importancia de lograr el cumplimiento del mismo (2,5,6). El tratamiento con varios fármacos durante seis meses cura a más del 95% de los pacientes (3). Recientemente, se han propuesto recomendaciones de tratamiento para inmigrantes atendiendo a la prevalencia de resistencias en sus países de origen (7). Las nuevas tecnologías de caracterización rápida de mutaciones de resistencia (8) permitirán analizar con precisión y rapidez las características de las resistencias importadas. Así mismo, la investigación de los contactos permite identificar otras fuentes de transmisión y prevenir la enfermedad si se realiza tratamiento adecuado de los pacientes con infección (9).

En el año 2000 se desarrolla el Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (10), a partir del cual, se proporciona un documento que facilita una atención sanitaria continua e integral del enfermo y del entorno, y aporta indicadores para su evaluación (11).

El objetivo planteado en este estudio es evaluar mediante dichos indicadores, la Vigilancia Epidemiológica de la tuberculosis en la zona del Levante-Alto Almanzora de Almería.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de los casos de tuberculosis notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, por los profesionales de centros de Atención Primaria y Hospitales de referencia de la zona Levante-Alto Almanzora, entre los años 1997 y 2001. El distrito Sanitario Levante Alto Almanzora es de ámbito rural, está compuesto por 7 Zonas Básicas de Salud (ZBS), para 6 de ellas el hospital de referencia es "La Inmaculada" de Huércal-Overa y para la otra el Comarcal de Baza. En dichos hospitales se realizan las baciloscopias de muestras de esputo para el diagnóstico de enfermedad, que se derivan para cultivo a otros centros con disponibilidad de laboratorio de micobacterias (como el Complejo Hospitalario de Torrecárdenas y el Hospital Costa del Sol en Marbella).

Además de los casos declarados, como fuentes de información complementaria se han utilizado en el estudio, la notificación microbiológica y el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalario (CMBD) de los hospitales de referencia y del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, estos datos se aportan de forma periódica o continua y se van incorporando al Sistema de Vigilancia una vez que se ha depurado la información.

Con los datos anteriores se calcularon los siguientes indicadores del Proceso de Atención a la Tuberculosis:

• Indicadores de incidencia:

Tasas de incidencia por edad, sexo y tipo de población. Para las tasas por edad y sexo, se empleó el padrón de 1998. Se estandarizaron las tasas por edad, según el método directo, comparando con la Población Estándar Europea. El número de inmigrantes se estimó mediante las Tarjetas de Reconocimiento Temporal realizadas a raíz del Convenio de colaboración en materia de Salud Pública, para el colectivo de inmigrantes firmado en el año 1999 entre la Consejería de Salud y distintas organizaciones (12).

• Indicadores de proceso:

- Demora diagnóstica 1: porcentaje de pacientes con demora menor a 15 días, desde la evaluación diagnóstica inicial hasta el inicio de tratamiento.

- Demora diagnóstica 2: porcentaje de casos con demora menor a 30 días desde el inicio de síntomas hasta el inicio de tratamiento.

Para estos dos indicadores se han tenido en cuenta los casos en los que se disponía de información para calcular el indicador, independientemente de que fueran bacilíferos o no.

- Seguimiento: porcentaje de casos con situación final conocida (curación, muerte, abandono o fracaso terapéutico, excluyendo pérdidas) sobre el total de los casos diagnosticados.

- Indicadores para la evaluación del estudio de contactos (el estudio de contactos se ha realizado siguiendo una estrategia por círculos concéntricos, es decir, iniciándose en la familia y entorno más cercano y ampliando este círculo dependiendo de los casos de infección detectados):

- Cobertura censal (porcentaje de casos con contactos censados).

- Cobertura de primer control (porcentaje de contactos estudiados entre los censados).

- Exhaustividad (porcentaje de casos con contactos estudiados).

- Cobertura de quimioprofilaxis primaria (porcentaje de contactos tuberculín negativos de pacientes bacilíferos, con prescripción de dicha quimioprofilaxis).

- Cobertura de tratamiento de infección tuberculosa (porcentaje de contactos tuberculín positivos de pacientes bacilíferos, con prescripción de dicho tratamiento). En estos dos últimos indicadores, se han tenido en cuenta los contactos de todas las edades, no sólo los menores de 35 años, como establecía el documento del Proceso de Atención de la Tuberculosis, al no disponer del dato de la edad en la información sobre los contactos.

• Indicadores de Resultado:

- Cumplimiento de tratamiento: porcentaje de casos que cumplen tratamiento sobre el total de los que finalizan el mismo más los abandonos.

- Indicador de curación: porcentaje de casos curados sobre el total.

- Indicador de pérdidas, fracasos, abandonos y muertes: porcentaje de los casos citados sobre el total de los diagnosticados.

Resultados

Se registraron 86 casos. En el año 2001, se notificaron 26 casos (Figura 1), lo que supuso la mayor tasa de incidencia sobre el total de población (22.99) y el mayor número de casos en el colectivo inmigrante con una tasa de 196.66 (Tabla 1); con respecto al sexo, el mayor porcentaje se registró en hombres (55.81%) (Figura 2), lo que supuso una tasa de 17.41 (Tabla 2). Por edad, el grupo de mayores de 60 años presentó el mayor porcentaje de casos (30.2%) (Figura 3), con una tasa estandarizada de 3.17, seguido del grupo de edad de 30 a 39 años, con tasa estandarizada de 3.10. (Tabla 2). Las edades de los inmigrantes oscilaron entre 24 y 43 años, el grupo de edad con mayor número de casos fue el de 20 a 29 años con el 57.14%.

Respecto a los indicadores de proceso y resultado, el de demora diagnóstica desde inicio de síntomas hasta inicio de tratamiento fue de 45.95%; el indicador de cobertura

Figura 1. Distribución de casos de tuberculosis por años

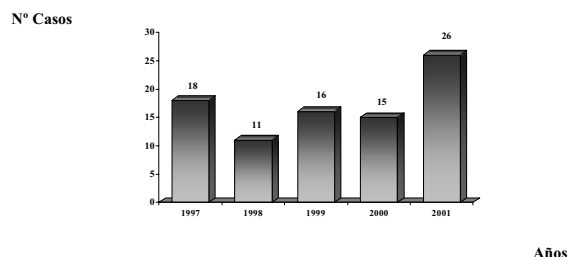


Figura 2. Distribución de casos de tuberculosis por SEXO

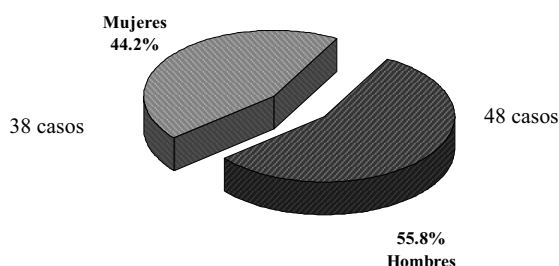
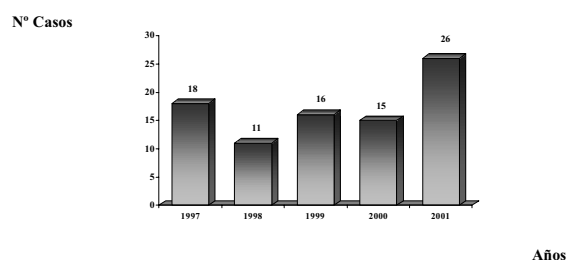


Figura 3. Distribución de casos de tuberculosis por edad. Años 1997-2001



censal 94.19%; el de cobertura de indicación de quimioprofilaxis primaria 68.32% y el de tratamiento de la infección tuberculosa 85.96% (Tabla 3). El de cumplimiento de tratamiento 95.77% y el de curación 79.07% (Tabla 4). En las mismas tablas se presentan los resultados de estos indicadores divididos por años.

Discusión

En nuestro estudio las tasas de incidencia anual hasta el año 2000 se aproximan a las registradas en Europa Occidental (2), mientras que la del año 2001 se acerca más a las presentadas en otras zonas de Andalucía (2,13,14). Las tasas halladas son el reflejo de las condiciones epidemiológicas del ámbito del estudio (distrito sanitario rural) y se relacionan con la tendencia descendente de casos declarados observada a nivel nacional (15,16). Estas

incidencias calculadas en nuestro estudio se consideran fiables, ya que al cruzar los datos de las declaraciones con el CMBD y los registros microbiológicos se minimizan las pérdidas de información, como se ha comprobado en diversos estudios (17,18).

Se ha encontrado mayor incidencia en hombres, aunque menor a la citada por otros autores (13,14,19,20). La mayor tasa media se produjo en mayores de 60 años, este desplazamiento a edades más avanzadas, es considerado un parámetro epidemiológico favorable (21) y ha sido descrito también a nivel nacional (16). Sin embargo, en otras publicaciones (4) se presentan frecuencias elevadas en grupos más jóvenes, de 25 a 34 años (13,14,19,20). En cualquier caso, habrá que tener en cuenta qué ocurre en los próximos años, ya que desde el año 1999 ha aumentado la población inmigrante, y han aparecido casos en personas jóvenes de este colectivo, con tasas elevadas en los últimos años, aspecto también descrito por otros autores (22,23), y que en nuestro estudio podría estar indicando un cambio de patrón epidemiológico en la enfermedad. En este trabajo no se ha contemplado la forma clínica de la tuberculosis, con lo que se considera interesante tenerlo en cuenta en nuevas investigaciones, incluyendo la presentación diferenciada entre inmigrantes y no inmigrantes que va a ayudar a identificar los patrones de enfermedad en ambas poblaciones.

Por otra parte, distintos autores han encontrado demora diagnóstica, diferenciando un componente atribuido al enfermo (24) y otro al sistema sanitario (25); aunque los indicadores de demora empleados no se corresponden exactamente con estos conceptos, también se ha hallado una considerable demora diagnóstica desde inicio de síntomas hasta inicio de tratamiento, con porcentaje menor al establecido por otros autores (14); esto puede deberse a la mayor tasa de enfermedad en edades avanzadas, que suelen debutar con clínica más inespecífica, y a retrasos en los resultados analíticos, ya que las muestras se derivan a centros con laboratorios de micobacterias. Respecto a la clínica de la enfermedad hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones, el tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la consulta a un médico es muy largo, sobre todo en fumadores y bronquíticos crónicos; estos aspectos no se han tenido en cuenta en el estudio porque habitualmente no se contemplan en la ficha de declaración; en cualquier caso se considera la necesidad de hacer un diagnóstico precoz por parte de los médicos en pacientes de estas características.

En cuanto al estudio de contactos, con los registros disponibles no se ha podido hacer un descriptivo completo de los mismos, sí se ha tenido en cuenta los casos con contactos estudiados, con un porcentaje global superior al 52% aportado por otros autores (14) y algo inferior a los porcentajes comunicados en otros estudios (4,9); y las

Tabla 1. Distribución de tasas de incidencia por años según población. Distrito Levante-Alto Almanzora (Almería)

AÑO	Nº (%)	TASAS X 100.000	INMIGRANTES Nº (TASAS)	NO INMIGRANTES Nº (TASAS)
1997	18 (20.9)	16.21	0 (0)	18 (16.21)
1998	11 (12.8)	9.91	1 (--)	10 (9.00)
1999	16 (18.6)	14.41	0 (0)	16 (14.41)
2000	15 (17.4)	13.32	2 (130.72)	13 (11.71)
2001	26 (30.2)	22.99	4 (196.66)	22 (19.81)

Se ha utilizado el padrón de 1998 según Instituto de Estadística de Andalucía (111.043 habitantes) y datos de Tarjetas de Reconocimiento Temporal a partir de 1999 para población inmigrante (año 1999, 48; año 2000, 1530; año 2001, 2034), previamente no hay datos de dicha población.

Tabla 2. Distribución de tasas de incidencia por edad y sexo. Distrito Levante-Alto Almanzora (Almería)

SEXO	TASAS MEDIAS X 100.000
VARONES	17.41
MUJERES	13.59
GRUPOS DE EDAD (AÑOS)	TASAS MEDIAS (ESTANDARIZADAS)
0-9	1.00
10-19	1.42
20-29	2.57
30-39	3.10
40-49	1.51
50-59	1.74
> 60	3.17

Padrón de 1998 según Instituto de Estadística de Andalucía (111.043 habitantes).

Tabla 3. Indicadores de proceso de la tuberculosis

	1997	1998	1999	2000	2001	GLOBAL	ESTANDAR*
DEMORA DIAGNÓSTICA 1	(10/11) 90.91%	(6/7) 85.71 %	(14/15) 93.33%	(12/13) 92.31%	(25/26) 96.15%	(67/72) 93.05%	95%
DEMORA DIAGNÓSTICA 2	(9/12) 75%	(2/6) 33.33 %	(10/16) 62.50%	(6/14) 42.86%	(7/26) 26.92%	(34/74) 45.95%	95%
SEGUIMIENTO	(16/18) 88.89%	(11/11) 100%	(15/16) 93.75%	(15/15) 100%	(26/26) 100%	(83/86) 96.51%	90%
COBERTURA CENSAL	(18/18) 100%	(11/11) 100%	(16/16) 100%	(15/15) 100%	(21/26) 80.77%	(81/86) 94.19%	>95%
COBERTURA PRIMER CONTROL	(106/121) 87.60%	(40/41) 97.56 %	(100/103) 97.09 %	(65/68) 95.59%	(90/91) 98.90%	(401/424) 94.57%	>90%
EXHAUSTIVIDAD	(13/18) 72.22%	(11/11) 100%	(16/16) 100%	(15/15) 100%	(24/26) 92.31%	(79/86) 91.86%	>90%
COBERTURA QP PRIMARIA	(30/53) 56.60%	(9/11) 81.82 %	(17/25) 68%	(18/18) 100%	(18/25) 72%	(92/132) 69.69%	>75%
COBERTURA QP SECUNDARIA	(16/22) 72.73%	(6/7) 85.71 %	(8/8) 100%	(7/7) 100%	(18/19) 94.74%	(55/63) 87.30%	>75%

* Estándares del documento del Proceso de Atención a la Tuberculosis. Los estándares de los indicadores de demora diagnóstica están referidos a los casos bacilíferos. Tanto en la cobertura de quimioprofilaxis primaria como secundaria los estándares están referidos a los menores de 35 años.

Tabla 4. Indicadores de resultado de la tuberculosis

	1997	1998	1999	2000	2001	GLOBAL	ESTÁNDAR*
CUMPLIMIENTO O TRATAMIENTO	(15/15) 100%	(10/10) 100%	(14/14) 100%	(9/10) 90%	(20/22) 90.91%	(68/71) 95.77%	90%
CURACIÓN	(15/18) 83.33%	(10/11) 90.91 %	(14/16) 87.50%	(9/15) 60%	(20/26) 76.92%	(68/86) 79.07%	85%
PÉRDIDAS, FRACASOS, ABANDONOS Y EXITUS	(3/18) 16.67%	(1/11) 9.09%	(2/16) 12.50%	(5/15) 33.33%	(6/26) 23.08%	(17/86) 19.77%	

* Estándares del documento del Proceso de Atención a la Tuberculosis

coberturas de quimioprofilaxis primaria y secundaria sólo para pacientes bacilíferos como contempla los indicadores evaluados, aunque no se han podido calcular en menores de 35 años, sino para todos los contactos. Se han alcanzado coberturas altas para la indicación del tratamiento de la infección, aunque no hay datos de las finalizaciones de las mismas, de ahí que se considere necesario mejorar estos registros para próximos estudios que nos permitan conocer si realmente se ha completado la quimioprofilaxis en las personas con más riesgo de contraer la enfermedad. Algunos autores han comunicado porcentajes cercanos al 50% en el cumplimiento de la quimioprofilaxis secundaria (26,27).

En un elevado porcentaje de casos se pudo conocer su situación final, mientras que otros autores dan pérdidas del 17% o mayores para el seguimiento (14,24,28). En general, se conoce que más de la mitad de las personas que padecen tuberculosis no completan sus tratamientos, se ha encontrado evidencia de beneficio en algunas intervenciones específicas, como incentivos monetarios y educación sanitaria para mejorar el cumplimiento del tratamiento (29). En nuestro caso el cumplimiento ha sido superior a otros trabajos, como el PMIT-PMETA que comunicó un valor del 67%, quizás debido a la solicitud continua de información a los médicos para conocer la situación de los casos. El indicador de pérdidas, fracasos, abandonos y muertes, presentó un porcentaje elevado a expensas de la alta mortalidad acaecida en el período estudiado (12,79%) superior a la comunicada por otros autores (4,14,24,29). Además parece conveniente desglosar este indicador en sus diversos apartados por su importancia en Salud Pública. Los indicadores evaluados se encuentran en su mayoría dentro de los estándares propuestos por el documento del Proceso de Atención a la Tuberculosis.

En resumen, se está produciendo un cambio de patrón de la enfermedad con un aumento de casos en inmigrantes lo que requerirá un nuevo abordaje de la tuberculosis. Es necesario aumentar la sospecha diagnóstica ante una clínica compatible, y disponer de resultados analíticos a la mayor brevedad para mejorar la demora diagnóstica. Se destaca la alta cobertura alcanzada en los indicadores de estudios de contactos, seguimiento y tratamiento de la enfermedad.

Agradecimientos

A los correctores de la revista por las sugerencias realizadas a este artículo.

Bibliografía

1. Instituto de Salud Carlos III. La tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre tuberculosis (PMIT). Madrid; 1999.
2. Grupo de Trabajo PMIT-PMETA. La tuberculosis en Andalucía. Resultado de los Proyectos Multicéntricos PMIT-PMETA. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2000.
3. Frieden TR, Sterling TR, Munsiff SS, Watt CJ, Dye C. Tuberculosis. Lancet 2003; 362: 887-899.
4. La evolución de la Tuberculosis en Andalucía 1997-2000. Análisis, recomendaciones y protocolos. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2002.
5. Grupo de Estudio del Taller de 1999 de la Unidad de Investigación en tuberculosis de Barcelona. Documento de Consenso sobre tratamiento directamente observados en tuberculosis. Med Clin (Barc) 2000;115: 749-757.
6. Documento de consenso sobre prevención y control de la tuberculosis en España. Med Clin (Barc) 1999;113:710-715.
7. Khan K, Muennig P, Behta M, Zivin JG. Global drug-resistance patterns and the management of latent tuberculosis infection in immigrants to the United States. N Engl J Med 2002; 347: 1850-9.
8. Garcia de Viedma D, del Sol Diaz Infantes M, Lasala F, Chaves F, Alcalá L, Bouza E. New real-time PCR able to detect in a single tube multiple rifampin resistance mutations and high-level isoniazid resistance mutations in Mycobacterium tuberculosis. J Clin Microbiol 2002; 40:988-95.



9. Webb RM, Holcombe M, Pearson MM. Tuberculosis contact investigation in a rural state. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: S353-357.
10. Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2000.
11. Grupo de Trabajo del Proceso de Atención a la Tuberculosis. Contrato Programa 2001. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
12. Convenio de colaboración en materia de Salud Pública para el colectivo de inmigrantes, suscrito el 19 de marzo de 1999 entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la Federación Andalucía Acoge, la Asociación Médicos del Mundo, la Cruz Roja Española de Andalucía y la Fundación Progreso y Salud.
13. Limón Mora J, Nieto Cervera P. Estudio sobre tuberculosis en un Distrito Sanitario de Sevilla. Situación y alternativas de mejora en el control. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 233-243.
14. García Ordóñez MA, Colmenero JD, Valencia A, Pérez Frías J, Sánchez González J, Orihuela F et al. Incidencia y espectro clínico actual de la tuberculosis en un área sanitaria metropolitana del sur de España. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 51-55.
15. Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. Año 2001. *Bol Epidemiol Semanal* 2001; 10: 49-54.
16. Rodríguez Valín E. Aislamientos de *M. tuberculosis* notificados al Sistema de Información Microbiológica (SIM) en los años 2000 y 2001. *Bol Epidemiol Semanal* 2002; 10: 197-208.
17. Tejero Encinas S, Asensio Villahoz P, Vaquero Puerta JL. Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis pulmonar atendida en el nivel especializado a partir de dos fuentes de información. Valladolid. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 211-220.
18. Cortés Blanco M, Larrosa Montañés A, Ladrero Blasco MO, Herrera Guibert D, Martínez Navarro JF. Evaluación de la Vigilancia Epidemiológica de la tuberculosis pulmonar en la provincia de Zaragoza durante el año 1999. *Bol Epidemiol Semanal* 2002; 10: 17-20.
19. Andrés Puertas C, Mateos Baroque L, Alonso Burgos I, González Mejiro MJ. Evolución de la tuberculosis en Palencia. *Aten Primaria* 2001; 27: 637-641.
20. Molina Quilis R, Carbó Malonda RM, Miralles Espí MT, Fernández García C, Pérez Pérez E. Perfil epidemiológico de la tuberculosis en un área de salud de la Comunidad Valenciana (1998-2000). *Aten Primaria* 2002; 29: 425-429.
21. 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.
22. Ruiz Manzano J. Tuberculosis e inmigración. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 257-258.
23. Vallés X, Sánchez F, Pañella H, García de Olalla P, Jansá JM, Caylá JA. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 376-378.
24. Caminero JA, Díaz F, Rodríguez de Castro F, Alonso JL, Daryanany RD, Carrillo T et al. Epidemiología de la enfermedad tuberculosa en la isla de Gran Canaria. *Med Clin (Barc)* 1991; 97: 8-13.
25. Franco J, Blanquer R, Flores J, Fernández E, Plaza P, Nogueira JM. Análisis del retraso diagnóstico en la tuberculosis *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 453-457.
26. Jereb J, Etkind SC, Joglar OT, Moore M, Taylor Z. Tuberculosis contact investigations: outcomes in selected areas of the United States, 1999. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: S384-90.
27. Sprinson JE, Flood J, Fan CS, Shaw TA, Pascopella L, Young JA et al. Evaluation of tuberculosis contact investigations in California. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: S363-8.
28. Gómez Camacho E, Cuello JA, Muñoz Lucena F, Pérez-Pérez M, Causse M, Torres M et al. La tuberculosis en 7 hospitales generales de Andalucía. *Enferm infecc Microbiol Clín* 1992; 10: 259-266.
29. Volmink J, Garner P. Intervenciones para promover el cumplimiento del tratamiento en la tuberculosis. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.

ARTÍCULO ESPECIAL

El proceso de acreditación: una experiencia desde la unidad de gestión clínica de Vélez-Sur

Sánchez Luque J J¹, Carabaño del Moral R²

¹ Doctor en Medicina. Especialista Medicina Familiar y Comunitaria. Director U.G.C. «Vélez-Sur» S.A.S.; ² Especialista Medicina Familiar y Comunitaria. Directora Médica Asistencial Distrito Sanitario «Axarquía» S.A.S.

Introducción

En la Resolución de 24 de julio de 2003 de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, se estableció el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con el Modelo de Calidad del Sistema Sanitario de Andalucía.

En base a este sistema, nuestra Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur inició el Proceso de Acreditación en noviembre de 2003, obteniendo el Certificado de Acreditación Avanzada en Febrero de 2004.

Ha sido un proceso de 4 meses de duración que ha permitido marcar un antes y un después en el desarrollo y planificación de la actividad en nuestra Unidad y que nos ha posibilitado diseñar un camino de mejora continua para el futuro.

Vamos a procurar transmitir de forma resumida nuestra experiencia a través del contenido de este artículo, donde intentaremos además proyectarlo de la forma más didáctica posible para facilitar al lector la comprensión de este proceso de análisis, reflexión y mejora que su desarrollo ha supuesto.

La Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur

La Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur atiende una población actualmente según la Base de datos de Usua-

rios de Andalucía de 18.300 habitantes, perteneciendo al Distrito Sanitario "Axarquía" del S.A.S.

Ubicada en la población de Vélez-Málaga, oferta a los ciudadanos todos los servicios incluidos en la Cartera de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud y está constituida por 11 médicos de familia, 3 pediatras, 8 enfermeras y 2 Auxiliares de enfermería.

Los objetivos prioritarios recogidos en el Acuerdo de Gestión se sitúan en torno a la mejora de la accesibilidad (control de la demora) y a un uso racional del medicamento, estando inmersa la Unidad en la implantación y desarrollo de los Procesos Asistenciales incluidos en los Mapas 1 y 2 del Sistema Sanitario Público Andaluz.

El Proceso de Acreditación: un nuevo lenguaje...

Acreditar significa "conseguir que algo sea digno de crédito, demostrando su certeza y realidad" y no cabe duda que esta definición entronca directamente con el fundamento intrínseco que nuestra práctica clínica se tiene que envolver y que no es otro que la evidencia científica, aprovechando el vertiginoso desarrollo de las nuevas tecnologías.

En los inicios del Proceso de Acreditación en nuestra Unidad un nuevo lenguaje se abría ante nosotros. Eran conceptos como estándar, grados de acreditación, simulación, excelencia, y otra serie de términos muchos de ellos conocidos en la lejanía o en la definición puramente teórica pero que rápidamente se fueron convirtiendo en un auténtico diccionario activo en nuestra conversación y trabajo cotidianos.

Correspondencia: Juan José Sánchez Luque. / Avda. José Ortega Gasset, 151, 3.º A. 29006 Málaga. Tel.: 670 94 71 06
E-mail: sanchezluque@yahoo.es

Recibido el 17-05-2004; aceptado para publicación el 25-05-2004.

Medicina de Familia (And); 2004; 2: 32-35

¿Qué significa estándar?

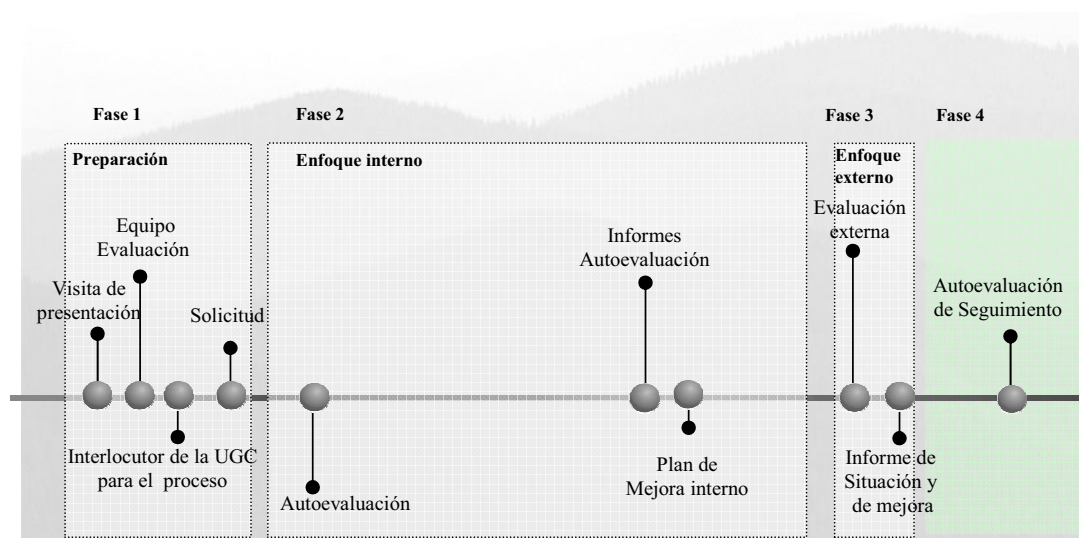
Un estándar hace referencia al grado de cumplimiento exigible a un criterio y se define como el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad alcanzado.

Y precisamente 112 estándares eran el eje vertebrador de un proceso que toma como referencia el Manual de Estándares para UGC: ME 5 1_02 y como herramienta de

ayuda y soporte la aplicación informática en entorno web para Acreditación de Centros y Unidades de Gestión Clínica ME_jora 2.0.

El dato en papel se convierte en el ítem a través de la navegación que permite ir desmenuzando desde el rigor y la minuciosidad imprescindibles los estándares analizados.

Fases del Proceso de Acreditación



Solicitud y designación de responsables del proceso preceden a una fecha clave inicial del proceso: la **visita de presentación** en nuestra propia Unidad de la Agencia de Calidad.

Desde el principio vislumbramos con certeza que los miembros de la Agencia de Calidad estaban ahí de forma continuada al otro lado de la red para responder a cualquiera de nuestras numerosas cuestiones a plantear y además con la inmediatez en sus respuestas, circunstancia que permitió un discurrir más ágil del proceso.

Tras esta visita inicial, de nuevo otra visita de los miembros de la Agencia de Calidad nos permitió introducirnos en el **manejo de la aplicación informática**, elemento fundamental para su desarrollo.

Y a trabajar, a **autoevaluarnos** acerca del cumplimiento de los 112 estándares y lo que es más importante a reflexionar y revisar el pasado, presente y futuro de nuestra Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur.

Todo ello como fase previa a la **evaluación externa** que se realizaría tres meses después y el consiguiente **informe de situación y mejora**, cuyo resultado nos permitió

obtener la **concesión del Certificado de Acreditación de Calidad Avanzado**.

Pero evidentemente, el proceso no finaliza con esta certificación, sino que da paso al **módulo de seguimiento** que nos permita o al menos intentarlo, lograr el siguiente grado de acreditación, denominado **óptimo**, previo al grado final de **excelencia**, término este en numerosas ocasiones aludido en la sociedad actual y que se baraja entre las opiniones de utopía y realidad, pero que a través del proceso, sin lugar a dudas se concibe sobre los mimbres de la certeza y no de la divagación.

Acreditación: un proceso de trabajo en equipo

El trabajo en equipo de todos los profesionales de la Unidad, la coordinación y apoyo del Distrito Sanitario y la transparencia en la gestión son los pilares que tienen que permitir plantear en un Centro o Unidad comenzar un Proceso de Acreditación.

Son premisas imprescindibles dada la carga de trabajo adicional que conlleva todo el proceso, y la necesidad de

participación de todos los profesionales de las diferentes categorías involucradas.

La información interna, la creación de Comisiones de Mejora Unidad - Distrito y la identificación de responsables - líderes en determinadas vertientes que se abordan en el proceso son elementos que llevan consigo la implicación y sentirse partícipes del desarrollo a toda la Unidad de este camino de mejora continua que la Acreditación representa.

¿Miden los estándares la realidad de la actividad diaria o son meros elementos conceptuales?

Este interrogante constituyen el auténtico elemento discriminativo de un proceso que quede sólo en la constelación meramente teórica que también podría ser importante o bien constituya una herramienta de gestión práctica que conlleve plantear y lograr alcanzar mejoras que repercutan positivamente en el trabajo diario de los profesionales y en la atención prestada a los ciudadanos.

Los 112 estándares se dividen en cinco bloques según el objetivo abordado:

- I. El ciudadano, centro del sistema sanitario
- II. Organización de la actividad centrada en el paciente
- III. Profesionales
- IV. Estructura
- V. Resultados

Cada estándar según el grado de complejidad o dificultad que entraña su cumplimiento podemos encuadrarlo en tres grupos:

Grupo I: 65 estándares que contemplan los derechos consolidados y los aspectos ligados a la seguridad, continuidad y a la satisfacción de los ciudadanos, y aquellas otras garantías y elementos prioritarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Un 46% de ellos tienen la consideración de obligatorios.

Grupo II: 29 estándares asociados al mayor desarrollo de la organización (sistemas de información, nuevas tecnologías y rediseño de espacios organizativos)

Grupo III: 18 estándares que llevan a la Unidad de Gestión Clínica a constituirse en referente para el resto del sistema

La primera lectura de los 112 estándares nos permite comprobar cómo se abordan la mayoría de elementos que constituyen nuestra actividad diaria.

(aconsejamos su revisión en el Manual de estándares del Programa de Acreditación elaborado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía / www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria)



Y es que estamos hablando de estándares referidos a aspectos tan básicos como respeto a la intimidad de los pacientes, carta de derechos y deberes, coordinación interniveles, accesibilidad, historia de salud, implantación de procesos asistenciales, promoción de la salud, cartera de servicios, Plan de Apoyo a la Familia, acuerdo de gestión, mapas de competencias de profesionales, evaluación de competencias, formación continuada, investigación, equipamiento, Plan de emergencias, Tarjeta Sanitaria, prescripción racional del medicamento, Guías de Práctica Clínica, ...

Por tanto, evidentemente estamos hablando de aspectos que miden la realidad de la práctica asistencial diaria.

¿Qué resultados obtuvimos la Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur?

El Manual del Programa de Acreditación establece los siguientes criterios para definir el logro de los diferentes Grados de Acreditación:

	Avanzado	Óptimo	Excelente
Grupo I	>70% (incluidos los obligatorios)	100 %	100 %
Grupo II		> 40 %	100 %
Grupo III			>40 %

La Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur obtuvo los siguientes resultados:

	Nº estándares	Cumplidos	% cumplidos
Grupo I obligatorios	35	34	100 %
Grupo I no obligatorios	30	23	79,31 %
Grupo II	29	17	58,62%
Grupo III	18	3	16,67%
Totales	112	77	70 %

Además una de las características del Modelo de Acreditación Sanitaria de Andalucía es su afán por contribuir a la gestión del conocimiento, difundiendo las mejores prácticas y soluciones identificadas en los centros y unidades.

En este sentido se han considerado los siguientes ejemplos o referencias aportadas por nuestra Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur:

- Contenidos del tríptico de elaboración propia "Conózanos" donde damos a conocer a los ciudadanos, a través de fotografías individuales todos los profesionales de la Unidad.
- Tríptico ilustrativo de las mejoras realizadas en la Unidad.
- Tarjeta de visita del profesional
- Descripción del sistema de "triadas" para la personalización de la asistencia.

Estos resultados nos permitieron obtener el Grado de Certificación Avanzada que nos fue entregado el día 26 de febrero en nuestra Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur, de manos del Secretario General de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud de la Junta de An-

dalucía, Don Angel Garijo, estando presentes el Director General de Organización de Procesos y Formación, Don Antonio Torres; el Director General de Asistencia Sanitaria, Don Joaquín Carmona; el Delegado Provincial de Salud en Málaga, Don José Luis Marcos; la Directora de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Dña Sagrario Almazán; el Director del Distrito Sanitario "Axarquía", Don Torcuato Romero, así como profesionales, autoridades locales y representantes de asociaciones de ciudadanos.

Texto de referencia:

Manual de Estándares del Programa de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. 2003

Agradecemos a los miembros de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía su ayuda para la elaboración del presente manuscrito.

A todos los ciudadanos de la población de Vélez-Málaga

CARTAS AL DIRECTOR

Ecografía en atención primera

Sr. Director:

La ecografía es una técnica diagnóstica que ha sido durante mucho tiempo actividad exclusiva de los hospitales y de los radiólogos. En los últimos años distintas especialidades han comenzado a utilizarla de forma independiente. Ejemplo de esto serían los cardiólogos, obstetras y ginecólogos, los especialistas en aparato digestivo y en cirugía vascular y otros especialistas que poco a poco van usando en su labor diaria esta técnica tan barata, inocua y rápida de utilizar.

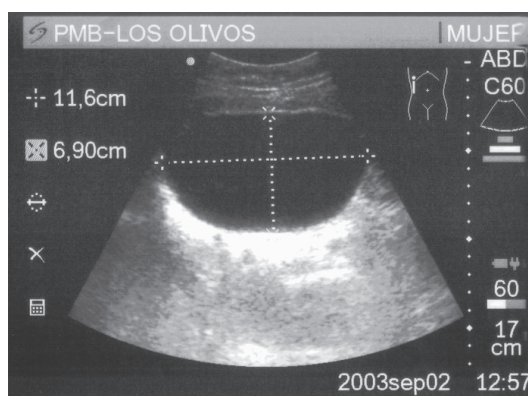
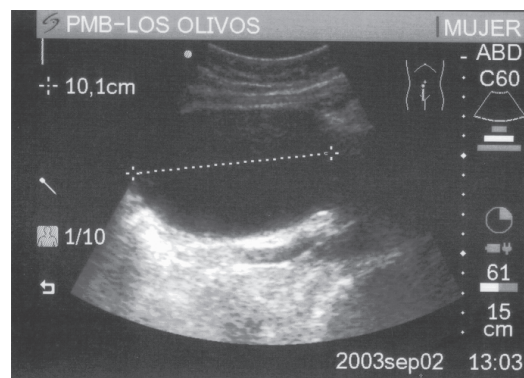
En atención primaria se están dando los primeros pasos hacia el uso generalizado de la ecografía en los centros de salud.

Mujer de 44 años con metrorragia

PMB es una mujer de 44 años que estando de vacaciones de verano acude al consultorio del pueblo en el que se encuentra por un cuadro de metrorragia. En la exploración realizada por la Médico de Familia de ese consultorio destaca a la palpación útero aumentado de tamaño (como de 20 semanas). El centro de Salud de referencia de ese consultorio se encuentra equipado con un ecógrafo, por lo cual se decide realizar ecografía abdominal a la paciente.

Informe de ecografía de Atención Primaria: Hígado de ecoestructura normal, con bordes lisos y sin evidencias de lesiones en el parenquima. Vesícula biliar bien replecionada con paredes lisas y sin ecos en su interior. Vía biliar no dilatada. Páncreas de ecoestructura normal. Bazo de ecoestructura normal. Útero con pequeña formación submucosa de aproximadamente 20 mm de diámetro mayor que pudiera corresponder a formación miomatosa. Ovario derecho no visualizable. Ovario izquierdo con formación anecoica de 11.6x10.1 cm con paredes lisas sin ecos en su interior con importante refuerzo posterior que pudiera corresponder con QUISTE SIMPLE DE OVARIO IZQUIERDO.

Con este informe se remite a la paciente al servicio de Ginecología de su hospital de referencia donde es intervenida con el diagnóstico de útero miomatoso y quiste anexial izquierdo, siéndole realizada una histerectomía total con doble anexectomía.



¿Es útil la ecografía en Atención Primaria?

Esta pregunta tiene una respuesta complicada, ya que depende de la apuesta que cada profesional haga por esta prueba diagnóstica.

La ecografía abdominal y la gineco-obstétrica, sobre todo, ya que el resto serían más especializadas son pruebas, que con una formación adecuada y con interés por parte de los profesionales pueden ayudar y mucho en la consulta de AP. Con ellas pueden diagnosticarse patologías hepáticas, biliares, pancreáticas, uterinas, ováricas (como es el caso que hemos presentado), y hacer seguimiento de embarazo. Si además nos gusta la ecografía y la estudiamos y tenemos un equipo que lo permita podemos introducirnos en otros campos como la ecografía musculoesquelética, la ecografía urológica, la ecografía tiroidea o incluso la ecocardiografía.

Esperamos que esta reflexión sirva para que los Médicos de Familia se interesen por esta prueba diagnóstica que tanta información nos puede aportar en la consulta y que dentro de unos años sea para nosotros como el ECG, una prueba diagnóstica indispensable.

Guerrero García FJ, Alonso Morales MF, Jódar Reyes M.
Médicos de Familia. Granada

Síndrome de Down. Carta a Pepo

Sr. Director:

Esta es una "Carta de amor a un hijo especial"

Querido Pepo:

Diantre, qué nudo en el pecho cuando viniste. Pálido el rostro, inestables las piernas, hueco el cerebro, a poco caigo de bruces cuando, trayéndote en brazos, la estoi-ca enfermera me espetó sin reparo: «éste es su hijo». A poco arrastro al tío Paco, en mi derrumbar. Prestos, solícitos, enérgicos, varios brazos familiares me evitaron un violento aterrizaje, pero no consiguieron mantenerme er-guido un minuto. Derribado en el suelo, fuentes de fino sudor encharcaron mi rostro y vestimenta. Una parca len-güeta de espuma blanca apenas asomó entre mis labios, enmudecidos, mientras un amago de convulsión sacudió mis miembros.

- Despierta Pepe, despierta, es tu hijo, míralo qué majo.

Entreabiertos los párpados escudriñé rostro a rostro a los familiares que me rodeaban, y mentalmente hice lo pro-pio con todos los ausentes, de primero, de segundo or-den, de cualquier grado de parentesco. Ninguno. Nadie que yo conozca tiene rasgos tan extraños.

- Dios mío, ¿qué me has hecho?

Conforme te desarrollabas se hacía más evidente tu di-ferencia. Crecías muy despacio. Cabeza pequeña, oreji-llas de implantación muy baja, gigante lengua siempre estorbando entre los dientes, manos y pies anchos y cor-tos, unos ojos inclinados orientales inolvidables, y un ges-to entre serio y cariñoso al que me costó adaptarme.

Mi vida cambió contigo, Pepo.

No sé de qué manera me hice adicto al tacto de tus tos-cas, cortas manitas. Tocarlas, estrecharlas, acariciarlas, besarlas me embarga de gozo, de paz, de bienestar, de orgullo. Desde el fondo de unos párpados rasgados, tus ojillos plácidos, afables, desprenden, contagian ternura, sosiego, amor y enseñanzas a raudales.

No puedo, nadie puede, contener una lágrima y una son-risa cuando te acercas. Tardé algún tiempo en entender-lo, pero ahora lo tengo muy claro. Dios me ha enviado un ángel al que hemos bautizado Pepo.

Cuando tienes cerca un ángel y le observas detenida-mente te das cuenta de muchas cosas que habitualmen-te pasan desapercibidas, y empiezas a experimentar su-tils gozos de detalles cotidianos aparentemente trivia-les o aburridos. El trabajo ya no es tan hosco. Tras el mostrador de la oficina ahora no tengo huraños usuarios caprichosos sino personas que sufren problemas por re-solver. En la cola del autobús los extraños no son tan-to. Me pregunto cuántos de ellos tendrán, como yo, un

ángel esperándoles en casa para colmarles de abrazos y carantoñas.

Los paseos por el parque, por el campo, son un gozo que jamás había experimentado. Ni siquiera siendo niño per-cibí lo hermosa que es una hoja caída en otoño, una pe-lota de nieve con la que hacer un muñeco, la margarita que se deja deshojar entre sies y noes, tu corto brincar cuando llega la última olita a la playa.

Es un gozo vivir tan solo para vivir. Respirar aire en las calles, beber agua del grifo, comer el pan aunque esté duro, ver la gente pasar, oír el murmullo de las conversa-ciones, y tenerte sentado sobre mis rodillas deleitándote de las cosas sencillas, disfrutando los actos corrientes del vivir cotidiano. Cuántas, cuantísimas experiencias grati-ficantes y placenteras he tenido la oportunidad de disfru-tar gracias a la sensibilidad dormida que has despertado en mi alma. Por ellas doy gracias a diario a la Providen-cia que te nos ha enviado.

Los días se hicieron cortos, entretenidos, siempre jubilo-sos, disfrutando de tu grata compañía, pero han pasado más de prisa de la cuenta. Ahora, Pepo, eres un niño adulto, sonriente y bonachón, que hace amigos por don-de pasa. Tu madre y yo nos estamos haciendo ancianos, paseando cogidos de tus manos.

Un semáforo en verde, un tropel de ciudadanos cruzan-do confiados, junto a nosotros, mientras un alocado mo-torista ignora toda regla y embiste contra el gentío. Pro-testas, gritos, hasta insultos, no lograron detener la bru-tal embestida, que te arrolló, pobre Pepo.

Con lo que te gusta ver las carreras de motos, ¿quién te iba a decir que un día una de ellas, alocada, iba a venir intempestivamente para arrancarte cruelmente la vida?

Alguien te besó reiteradamente en la boca, con besos de vida, mientras otro transeúnte golpeó con vigor y ritmo tu pecho sin descanso. Fueron minutos de angustia que du-raron siglos. Tu madre y yo, con las córneas translúcidas de lágrimas retenidas, apenas distinguíamos un difuso tro-pel de gentes haciendo un corro en torno a ti.

- Respira, respira. - gritó alguien.

- Dejad paso a la ambulancia.

- Pepo, por Dios, no te nos vayas.

Sabemos que, detrás de las cortinas que rodean tu cama, en el fondo del corazón que irrigan, escudriñan y limpian tantos catéteres, cables y sondas que te han plantado, tú sigues oyéndonos sin necesidad de palabras, entendién-donos sin precisar un gesto, queriéndonos aunque a ve-ces no nos lo merezcamos.

Sin ti, ¿cómo sabríamos paladear el melancólico dulzor de los atardeceres sombríos, quién nos señalaría la ma-gia de la gota de rocío atrayendo al lento caracol, cuán-do acertaríamos a encontrar la salida a los ingratos pe-



queños infortunios del vivir de cada día? Hemos aprendido tanto de ti, hemos gozado tanto de esa vital sabiduría cotidiana que nos has ido enseñando, que me aterra imaginar tener que pasar tan solo un día en este mundo sin tu ayuda, sin tu apoyo, sin tu compañía.

Tu madre y yo necesitamos tu alegría, tu inocencia, tu bondad, tu complacencia, para enfrentarnos al cotidiano vivir, con frecuencia tan lesivo.

Pepo, cariño, tú que estás tan cerca de Él, pídele un aplazamiento. Ruégale que bendiga a tu familia una vez más. Que aún nos permita pasear cogidos de tu mano

algún tiempo, hasta que llegue el momento definitivo de irnos, de ser posible, insiste en ello, ruégalo, todos juntos, de una vez. Él, que es justo y misericordioso, no debería separarnos en este mundo, al que nos fuiste enviado como la mejor de las bendiciones, la felicidad.

Te quiere mucho, Tu padre.

Dr. ANTONIO GUIJARRO MORALES.

Cardiólogo

aguijarro@jet.es



PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de octubre a 31 de diciembre de 2003)

Alonso Morales F, Alvarez Rico F, Gálvez Alcaraz L, Guerrero García FJ, Manteca González A, Morata García de la Puerta J, Rosado Bello I.

Médicos de familia

Los artículos, publicados entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre 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 internacionales, psicología, sociología, antropología.

García-Barbero M. La atención primaria: recomendaciones de la Asamblea Mundial de la OMS, mayo de 2003. *Aten Primaria* 2003; 32: 321-322 [AO,II]

Valerio L, Guerrero L, Martínez O, Sabrià M, Garrido P, Fabregat A, et al. Los inmigrantes viajeros. *Aten Primaria* 2003; 32: 330-336 [CC,I]

Martínez de la Casa A, Del Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A, Segura A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria* 2003; 32: 343-348 [T,II]

Miranda I, Peñarrubia MT, García I, Caramés E, Soler M, Serrano A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria* 2003; 32: 524-530 [T,I]

Serra-Prat M, Ayllon J, Burdoy E, Mussoll J, Serra P, Papiol M, et al. Validación de la versión española del Modified Stanford Health Assessment Questionnaire (MSHAQ), un instrumento de medida de la satisfacción con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. *Aten Primaria* 2003; 32: 564-570 [T,I]

Ruiz R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2003; 32: 594 - 602 [AO,II]

Cebrià J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. *Gac Sanit* 2003; 17: 483-489 [T,II]

Borrell F. Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 785 - 786 [AO,I]

Baker R, Falconer Smith J, Lambert PC. Randomised controlled trial of the effectiveness of feedback in improving test ordering in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2003 ;21: 219-223 [EC,I]

Lingfors H, Lindstrom K, Persson LG, Bengtsson C, Lissner L. Lifestyle changes after a health dialogue. Results from the Live for Life health promotion programme. *Scand J Prim Health Care* 2003 ; 21: 248-252 [QE, II]

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

Gavin III JR, Peterson K, Warren-Boulton E. Reducing cardiovascular disease risk in patients with type 2 diabetes: A message from National Diabetes Education Program. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1569-1574 [AO , III]

Scow DT, Smith EG, Shaughnessy AF. Combination therapy with ACE inhibitors and angiotensin-receptor blockers in heart failure. *Am Fam Physician* 2003; 68:1795-1798 [R , II]

Maiques A, Villar F, Llor C, Torcal J. El riesgo coronario en España y el tratamiento con fármacos hipolipemiantes. *Aten Primaria* 2203; 32: 420-422 [AO,II]

Bayó J, Coll G, Dalfó A, De la Figuera M, Salleras N, Vinyoles E. Aportaciones del séptimo informe del Joint National Committee. Seis años después. *Aten Primaria* 2003; 32: 471-474 [AO,II]

Hervás A, Lacosta U, Brugarolas C, Díez J. Aplicabilidad en una comunidad (validez externa) de los estudios de prevención primaria de hipercolesterolemia. *Aten Primaria* 2003; 32: 509 - 513 [T,I]

- Armero E, Viribay F, Cabal A, Hevia E. Estimación del riesgo coronario en la población de 35-60 años adscrita a un centro de salud. *Aten Primaria* 2003; 32: 577 - 582 [T,I]
- Maiques A. Valoración del riesgo cardiovascular. ¿Qué tabla utilizar? *Aten Primaria* 2003; 32: 586-589 [R,II]
- Lindbaek M, Sandvik E, Liudden K, Mjell J, Ravnsborg-Gjertsen K. Predictors for the white coat effect in general practice patients with suspected and treated hypertension. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 790-793 [S,I]
- Durack-Brown I, Giral P, D'Ivernois J, Bazin C, Chadarevian R, Benkriety A, et al. Patients' and physicians' perceptions and experience of hypercholesterolaemia: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 851-857 [C,I]
- He K, Merchant A, Rimm EB, Rosner BA, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Dietary fat intake and risk of stroke in male US healthcare professionals: 14 year prospective cohort study. *BMJ* 2003; 327: 777-782 [S,I]
- Marshall T. Coronary heart disease prevention: insights from modelling incremental cost effectiveness. *BMJ* 2003; 327: 1264 [T,I]
- Keech A, Colquhoun D, Best J, Kirby A, Simes RJ, Hunt D, et al. Secondary prevention of cardiovascular events with long-term pravastatin in patients with diabetes or impaired fasting glucose: results from the LIPID trial. *Diabetes Care* 2003 ; 26: 2713-2721 [EC,II]
- Palmieri V, Tracy RP, Roman MJ, Liu JE, Best LG, Bella JN, et al. Relation of left ventricular hypertrophy to inflammation and albuminuria in adults with type 2 diabetes: the strong heart study. *Diabetes Care* 2003;26: 2764-2769 [T,I]
- Folsom AR, Chambless LE, Duncan BB, Gilbert AC, Pankow JS. Prediction of coronary heart disease in middle-aged adults with diabetes. *Diabetes Care* 2003;26: 2777-2784 [S,II]
- Newton KM, LaCroix AZ, Heckbert SR, Abraham L, McCulloch D, Barlow W. Estrogen therapy and risk of cardiovascular events among women with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26: 2810-2816 [CC,II]
- Liew D, Krum H. Aldosterone receptor antagonists for hypertension: what do they offer? *Drugs* 2003; 63: 1963-1972 [R,I]
- Bang LM, Chapman TM, Goa KL. Lercanidipine : a review of its efficacy in the management of hypertension. *Drugs* 2003; 63: 2449-2472 [R,I]
- Go A, Hylek E, Chang Y, Phillips K, Henault L, Capra A, et al. Anticoagulation therapy for stroke prevention in atrial fibrillation. How well do randomized trials translate into clinical practice? *JAMA* 2003; 290: 2685-2692 [S,II]
- Sesso H, Buring J, Rifai N, Blake G, Gaziano JM, Ridker PM. C-reactive protein and the risk of developing hypertension. *JAMA* 2003; 290: 2945-2951 [S,I]
- Hughes RJ, Hopkins RJ, Hill S, Weatherall M, Van de Water N, Nowitz M, et al. Frequency of venous thromboembolism in low to moderate risk long distance air travellers: the New Zealand Air Traveller's Thrombosis (NZATT) study. *Lancet* 2003; 362: 2039-2044 [S,I]
- Fortuny J, Agustí A. ¿Está indicado el tratamiento combinado con anticoagulantes orales y antiagregantes en la prevención secundaria del infarto agudo de miocardio? *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 433-435 [R,II]
- Bautista-Castaño I, Molina-Cabrillana J, Montoya-Alonso JA, Serra-Majem L. Factores de riesgo cardiovascular en el sobrepeso y la obesidad. Variaciones tras tratamiento de pérdida ponderal. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 485-491 [S,II]
- Ramos R, Solanas P, Cerdón F, Rohlfis I, Elosua R, Sala J, et al. Comparación de la función de Framingham original y la calibrada del REGICOR en la predicción del riesgo coronario poblacional. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 521-526 [T,II]
- Gómez-Belda A, Rodilla E, Albert A, García L, González C, Pascual JM. Uso clínico de las estatinas y objetivos terapéuticos en relación con el riesgo cardiovascular. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 527-531 [T,II]
- Soriguer F, Rojo G, Esteva I, Ruiz MS, Catalá M, Merelo MJ, et al. Actividad física y factores de riesgo cardiovascular y metabólico en la población general. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 565-569 [T,I]
- García J, Elosua R, Tormo MJ, Audicana C, Zurriaga O, Segura A. Letalidad poblacional por infarto agudo de miocardio. Estudio IBERICA. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 606-612 [T,I]
- Redón J, Coca A. Guías para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de la hipertensión arterial: el punto de vista de la Sociedad Española de Hipertensión. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 739-740 [AO,II]
- Brennan ML, Penn MS, Van Lente F, Nambi V, Shishehbor MH, Aviles RJ, et al. Prognostic value of myeloperoxidase in patients with chest pain. *N Engl J Med* 2003; 349: 1595-1604 [T,II]
- Blankenberg S, Rupprecht HJ, Bickel C, Torzewski M, Hafner G, Tiret L, et al. Glutathione peroxidase 1 activity and cardiovascular events in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 2003; 349: 1605-13 [S,II]
- Pfeffer MA, McMurray JJ, Velazquez EJ, Rouleau JL, Køber L, Maggioni AP, et al. Valsartan, captopril, or both in myocardial infarction complicated by heart failure, left ventricular dysfunction, or both. *N Engl J Med* 2003; 349: 1893-1906 [EC,II]
- Ariyo AA, Thach C, Tracy R. Lp(a) lipoprotein, vascular disease, and mortality in the elderly. *N Engl J Med* 2003; 349: 2108-2115 [S,I]
- Kolodgie FD, Gold HK, Burke AP, Fowler DR, Kruth HS, Weber DK, et al. Intraplaque hemorrhage and progression of coronary atheroma. *N Engl J Med* 2003; 349: 2316-2325 [T,I]
- Lingfors H, Lindstrom K, Persson LG, Bengtsson C, Lissner L. Lifestyle changes after a health dialogue. Results from the Live for Life health promotion programme. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 248-252 [QE, II]

DIABETES:

- Gavin III JR, Peterson K, Warren-Boulton E. Reducing cardiovascular disease risk in patients with type 2 diabetes: A message from National Diabetes Education Program. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1569-1574 [AO , III]
- Turok DK, Ratcliffe SD, Baxley EG. Management of gestational diabetes mellitus. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1767-1772 [R , III]
- Purnell JQ, Dev RK, Steffes MW, Cleary PA, Palmer JP, Hirsch IB, et al. Relationship of family history of type 2 diabetes, hypoglycemia, and autoantibodies to weight gain and lipids with intensive and conventional therapy in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes* 2003; 52: 2623-2629 [EC,I]
- Singleton JR, Smith AG, Russell JW, Feldman EL. Microvascular complications of impaired glucose tolerance. *Diabetes* 2003; 52: 2867-2873 [R,I]
- Cuff DJ, Meneilly GS, Martin A, Ignaszewski A, Tildesley HD, Frohlich JJ. Effective exercise modality to reduce insulin resistance in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 2977-2982 [EC,I]
- Helmer DA, Tseng CL, Brimacombe M, Rajan M, Stiptzarov N, Pogach L. Applying diabetes-related Prevention Quality Indicators to a national cohort of veterans with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 3017-3023 [S,I]
- Polonsky WH, Earles J, Smith S, Pease DJ, Macmillan M, Christensen R, et al. Integrating medical management with diabetes self-man-

- gement training: a randomized control trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment program. *Diabetes Care* 2003; 26: 3048-3053 [EC,I]
- Keech A, Colquhoun D, Best J, Kirby A, Simes RJ, Hunt D, et al. Secondary prevention of cardiovascular events with long-term pravastatin in patients with diabetes or impaired fasting glucose: results from the LIPID trial. *Diabetes Care* 2003; 26: 2713-2721 [EC,II]
- Ilag LL, Martin CL, Tabaei BP, Isaman DJ, Burke R, Greene DA, et al. Improving diabetes processes of care in managed care. *Diabetes Care* 2003; 26: 2722-2727 [EC,I]
- Greenfield JR, Samaras K, Jenkins AB, Kelly PJ, Spector TD, Campbell LV. Moderate alcohol consumption, estrogen replacement therapy, and physical activity are associated with increased insulin sensitivity: is abdominal adiposity the mediator? *Diabetes Care* 2003; 26: 2734-2740 [CC,II]
- Palmieri V, Tracy RP, Roman MJ, Liu JE, Best LG, Bella JN, et al. Relation of left ventricular hypertrophy to inflammation and albuminuria in adults with type 2 diabetes: the strong heart study. *Diabetes Care* 2003; 26: 2764-2769 [T,I]
- Folsom AR, Chambless LE, Duncan BB, Gilbert AC, Pankow JS. Prediction of coronary heart disease in middle-aged adults with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 2777-2784 [S,II]
- Carlsson S, Hammar N, Grill V, Kaprio J. Alcohol consumption and the incidence of type 2 diabetes: a 20-year follow-up of the Finnish twin cohort study. *Diabetes Care* 2003; 26: 2785-2790 [S,II]
- Montori VM, Bryant SC, O'Connor AM, Jorgensen NW, Walsh EE, Smith SA. Decisional attributes of patients with diabetes: the aspirin choice. *Diabetes Care* 2003; 26: 2804-2809 [T,II]
- Newton KM, LaCroix AZ, Heckbert SR, Abraham L, McCulloch D, Barlow W. Estrogen therapy and risk of cardiovascular events among women with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 2810-2816 [CC,II]
- Khan A, Safdar M, Ali Khan MM, Khattak KN, Anderson RA. Cinnamon improves glucose and lipids of people with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 3215-3218 [EC,I]
- Lindstrom J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003; 26: 3230-3236 [S,II]
- De Rekeneire N, Resnick HE, Schwartz AV, Shorr RI, Kuller LH, Simonsick EM, et al. Diabetes is associated with subclinical functional limitation in nondisabled older individuals: the Health, Aging, and Body Composition study. *Diabetes Care* 2003; 26: 3257-3263 [CC,II]
- Sacco M, Pellegrini F, Roncaglioni MC, Avanzini F, Tognoni G, Nicolucci A. PPP Collaborative Group. Primary prevention of cardiovascular events with low-dose aspirin and vitamin E in type 2 diabetic patients: results of the Primary Prevention Project (PPP) trial. *Diabetes Care* 2003; 26: 3264-3272 [EC,II]
- Poulsen MK, Henriksen JE, Hother-Nielsen O, Beck-Nielsen H. The combined effect of triple therapy with rosiglitazone, metformin, and insulin aspart in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 2003; 26: 3273-3279 [EC,II]
- Khaodhiar L, Niemi JB, Earnest R, Lima C, Harry JD, Veves A. Enhancing sensation in diabetic neuropathic foot with mechanical noise. *Diabetes Care* 2003; 26: 3280-3283 [QE,I]
- Andersen S, Brochner-Mortensen J, Parving HH. Kidney function during and after withdrawal of long-term irbesartan treatment in patients with type 2 diabetes and microalbuminuria. *Diabetes Care* 2003; 26: 3296-3302 [EC,I]
- Ascaso JF, Pardo S, Real JT, Lorente RI, Priego A, Carmena R. Diagnosing insulin resistance by simple quantitative methods in subjects with normal glucose metabolism. *Diabetes Care* 2003; 26: 3320-3325 [T,I]
- Ziegler A, Schmid S, Huber D, Hummel M, Bonifacio E. Early infant feeding and risk of developing type 1 diabetes-associated autoantibodies. *JAMA* 2003; 290: 1721-1728 [S,I]
- CÁNCER.** Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.
- Anderson G, Judd H, Kaunitz A, Barad D, Beresford S, Pettinger M. Effects of estrogen plus progestin on gynecologic cancers and associated diagnostic procedures: the Women's Health Initiative randomized trial. *JAMA* 2003; 290: 1739-1748 [EC,II]
- Zammit C, Yelland A, Deutsch G. Radiotherapy and tamoxifen in women with complete ductal carcinoma in situ. *Lancet* 2003; 362: 1154-1154 [S,I]
- Llovet JM, Burroughs A, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. *Lancet* 2003; 362: 1907-1917 [R,I]
- Hjalgrim H, Askling J, Rostgaard K, Hamilton-Dutoit S, Frisch M, Zhang J, et al. Characteristics of Hodgkin's lymphoma after infectious mononucleosis. *N Engl J Med* 2003; 349: 1324-1332 [S,I]
- Hughes TP, Kaeda J, Branford S, Rudzki Z, Hochhaus A, Hensley ML, et al. Frequency of major molecular responses to imatinib or interferon alfa plus cytarabine in newly diagnosed chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med* 2003; 349: 1423-1432 [S,I]
- Sawaya GF, McConnell KJ, Kulasingam SL, Lawson HW, Kerlikowske K, Melnikow J, et al. Risk of cervical cancer associated with extending the interval between cervical-cancer screenings. *N Engl J Med* 2003; 349: 1501-1509 [T,II]
- Machens A, Niccoli-Sire P, Hoegel J, Frank-Raue K, van Vroonhoven TJ, Roeher H, et al. Early malignant progression of hereditary medullary thyroid cancer. *N Engl J Med* 2003; 349: 1517-1525 [T,I]
- Goss PE, Ingle JN, Martino S, Robert NJ, Muss HB, Piccart MJ, et al. A randomized trial of letrozole in postmenopausal women after five years of tamoxifen therapy for early-stage breast cancer. *N Engl J Med* 2003; 349: 1793-1802 [EC,II]
- Forastiere AA, Goepfert H, Maor M, Pajak TF, Weber R, Morrison W, et al. Concurrent chemotherapy and radiotherapy for organ preservation in advanced laryngeal cancer. *N Engl J Med* 2003; 349: 2091-2098 [EC,II]
- Pickhardt PJ, Choi JR, Hwang I, Butler JA, Puckett ML, Hildebrandt HA, et al. Computed tomographic virtual colonoscopy to screen for colorectal neoplasia in asymptomatic adults. *N Engl J Med* 2003; 349: 2191-2200 [T,II]
- Attal M, Harousseau JL, Facon T, Guilhot F, Doyen C, Fuzibet JG, et al. Single versus double autologous stem-cell transplantation for multiple myeloma. *N Engl J Med* 2003; 349: 2495-2502 [EC,II]
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Lo Re III V, Gluckman SJ. Fever in the returned traveller. *Am Fam Physician* 2003; 68:1343-1350 [R, I]
- Cooper MA, Pommering TL, Korányi K. Primary immunodeficiencies. *Am Fam Physician* 2003; 68: 2001-2008 [R, II]
- Clark DC. Common acute hand infections. *Am Fam Physician* 2003; 68: 2167-2176 [R, II]
- Arrol B, Kenealy T, Kerse N. Do delayed prescriptions reduce antibiotic use in respiratory tract infections? A systematic review. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 871-877 [M,II]
- Butler C, Kinnersley P, Hood K, Robling M, Prout H, Rollnick S et al. Clinical course of acute infection of the upper respiratory tract in children: cohort study. *BMJ* 2003; 327: 1088-1089 [S,II]

- Guay DR. Short-course antimicrobial therapy of respiratory tract infections. *Drugs* 2003; 20: 2169-2184 [R,I]
- Croom KF, Goa KL. Levofloxacin: a review of its use in the treatment of bacterial infections in the United States. *Drugs* 2003; 63: 2769-2802 [R,I]
- Hocker M, Hohenberger P. *Helicobacter pylori* virulence factors-one part of a big picture. *Lancet* 2003; 362: 1231-1233 [R,I]
- Wharton B, Bishop N. Rickets. *Lancet* 2003; 362: 1389-1400 [R,I]
- Stanek G, Strle F. Lyme borreliosis. *Lancet* 2003; 362: 1639-1647 [R,I]
- Nicholson KG, Wood JM, Zambon M. Influenza. *Lancet* 2003; 362: 1733-1745 [R,I]
- Gao W, Tamin A, Soloff A, D'aiuto L, Nwanegbo E, Robbins PD, et al. Effects of a SARS-associated coronavirus vaccine in monkeys. *Lancet* 2003; 362: 1895-1896 [CC,I]
- Geisbert TW, Hensley LE, Jahrling PB, Larsen T, Geisbert JB, Paragas J, et al. Treatment of Ebola virus infection with a recombinant inhibitor of factor VIIa/tissue factor: a study in rhesus monkeys. *Lancet* 2003; 362:1953-1958 [CC,II]
- Lai CL, Ratzu V, Yuen MF, Poynard T. Viral hepatitis B. *Lancet* 2003; 362: 2089-2094 [R,I]
- Poynard T, Yuen MF, Ratzu V, Lai CL. Viral hepatitis C. *Lancet* 2003; 362: 2095-2100 [R,I]
- Alseda M, Godoy P. Análisis de seis microepidemias familiares detectadas en el estudio de contactos de enfermos tuberculosos. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 492-493 [S,I]
- Caylà JA, Orcau A. Estudio de contactos en el siglo XXI: se precisan innovaciones. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 494-495 [AO,I]
- Grupo de Trabajo de los Talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Prevención y control de las tuberculosis importadas. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 549-557 [R,III]
- Schwartz E, Parise M, Kozarsky P, Cetron M. Delayed onset of malaria - Implications for chemoprophylaxis in travelers. *N Engl J Med* 2003; 349: 1510-1516 [T,II]
- Friis-Moller N, Sabin CA, Weber R, d'Arminio Monforte A, El-Sadr WM, Reiss P, et al. Combination antiretroviral therapy and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 2003; 349: 1993-2003 [S,II]
- Robbins GK, De Gruttola V, Shafer RW, Smeaton LM, Snyder SW, Pettinelli C, et al. Comparison of sequential three-drug regimens as initial therapy for HIV-1 infection. *N Engl J Med* 2003; 349: 2293-2303 [EC,I]
- Shafer RW, Smeaton LM, Robbins GK, De Gruttola V, Snyder SW, D'Aquila RT, et al. Comparison of four-drug regimens and pairs of sequential three-drug regimens as initial therapy for HIV-1 infection. *N Engl J Med* 2003; 349: 2304-2315 [CC,I]
- Olsen SJ, Chang HL, Cheung TY, Tang AF, Fisk TL, Ooi SP, et al. Transmission of the severe acute respiratory syndrome on aircraft. *N Engl J Med* 2003; 349: 2416-2422 [T,II]
- Molstad S. Reduction in antibiotic prescribing for respiratory tract infections is needed! *Scand J Prim Health Care* 2003 ;21:196-198 [R,II]

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA:

- Bjermer L, Bisgaard H, Bousquet J, Fabbri LM, Greening AP, Haastela T et al. Montelukast and fluticasone compared with salmeterol and fluticasone in protecting against asthma exacerbation in adults: one year, double blind, randomised, comparative trial. *BMJ* 2003; 327: 891 [EC,II]
- Donnelly LE, Rogers DF. Therapy for chronic obstructive pulmonary disease in the 21st century. *Drugs* 2003; 63:1973-1998 [R,II]

- Sin DD, McAlister FA, Man SF, Anthonisen NR. Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease: scientific review. *JAMA* 2003; 290: 2301-2312 [R,II]

- Sears MR, Greene JM, Willan AR, Wiecek EM, Taylor DR, Flannery EM, et al. A longitudinal, population-based, cohort study of childhood asthma followed to adulthood. *N Engl J Med* 2003; 349: 1414-22 [S,II]

SALUD MENTAL. Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).

- Stovall J, Domino FJ. Approaching the suicidal patient. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1814-1818 [AO , II]
- Jones EM, Knutson D, Haines D. Common problems in patients recovering from chemical dependency. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1971-1978 [R , I]
- Grinage BD. Diagnosis and management of post-traumatic stress disorder. *Am Fam Physician* 2003; 68: 2401-2408 [R , II]
- Navarro C, Bachiller P, Palacios T, Ruiz P, Herrero M, Sánchez I. Características diferenciales sanitarias y toxicológicas de drogodependientes en tratamiento y consumo activo. *Aten Primaria* 2003; 32: 323-327 [T,I]
- Miranda I, Peñarubia MT, García I, Caramés E, Soler M, Serrano A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria* 2003; 32: 524-530 [T,I]
- Christensen KS, Toft T, Frostholm L, Ornbol E, Fink P, Olsen F. The FIP study: a randomised, controlled trial of screening and recognition of psychiatric disorders. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 758-763 [EC,I]
- Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 1144-1146 [T,II]
- Volkmar FR, Pauls D. Autism. *Lancet* 2003; 362: 1133-1141 [R,II]

SALUD LABORAL:

- Martínez de la Casa A, Del Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A, Segura A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria* 2003; 32: 343-348 [T,II]
- Cebrià J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. *Gac Sanit* 2003; 17: 483-489 [T,II]
- Esteve M, Casas I, Baltasar M, Rodríguez D, Casas X, Monsó E. Prevalencia de sensibilización al látex en personal sanitario. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 681-683 [T,I]

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES:

- Heidelberg JJ, Nostrant TT, Kim C, Van Harrison R. Management of gastroesophageal reflux disease. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1311-1318 [R , II]
- Tallia AF, Cardone DA. Diagnostic and therapeutic injection of the ankle and foot. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1356-1362 [R , II]
- Sanderlin BW, Raspa RF. Common stress fractures. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1527-1532 [R , I]
- Smaga S. Tremor. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1545-1552 [R , I]
- Stulberg DL, Clark N, Tovey D. Common hyperpigmentation disorders in adults: Part I. Diagnostic approach, café au lait macules, diffuse hyperpigmentation, sun exposure, and phototoxic reactions. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1955-1960 [R , II]

- Stulberg D, Clark N, Tovey D. Common hyperpigmentation disorders in adults: Part II. Melanoma, seborrheic keratoses, acanthosis nigricans, melasma, diabetic dermopathy, tinea versicolor, and postinflammatory hyperpigmentation. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1963-1968 [R, II]
- Roth AR, Basello GM. Approach to the adult patient with fever of unknown origin. *Am Fam Physician* 2003; 68: 2223-2228 [R, II]
- Bradley JG, Davis KA. Orthostatic hypotension. *Am Fam Physician* 2003; 68: 2393-2398 [R, II]
- Hatch RL, Hacking S. Evaluation and management of toe fractures. *Am Fam Physician* 2003; 68: 2413-2418 [R, I]
- Moore H, Summerbell CD, Greenwood DC, Tovey P, Griffiths J, Henderson M, et al. Improving management of obesity in primary care: cluster randomised trial. *BMJ* 2003; 327: 1085 [EC,II]
- Gladstone JP, Gawel M. Newer formulations of the triptans: advances in migraine management. *Drugs* 2003; 63: 2285-2305 [R,I]
- Shaw MJ, Crawley JA. Improving health-related quality of life in gastro-oesophageal reflux disease. *Drugs* 2003; 63: 2307-2316 [R,I]
- Warlow C, Sudlow C, Dennis M, Wardlaw J, Sandercock P. Stroke. *Lancet* 2003; 362: 1211-1224 [R,II]
- Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet* 2003; 362: 1561-1571 [R,I]
- Barenys M, Rota R, Moreno V, Villafafila R, García-Bayo I, Abad A et al. Estudio prospectivo de un modelo clínico predictivo de dispepsia orgánica. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 766-771 [S,I]
- McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole GL, Jr, Dixon CM, Kusek JW, et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 2003; 349: 2387-2398 [EC,II]

ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA:

- Arbuckle MR, McClain MT, Rubertone MV, Hal Scofield R, Dennis GJ, James JA, et al. Development of autoantibodies before the clinical onset of systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med* 2003; 349: 1526-33 [S,I]
- Glatzel M, Abela E, Maissen M, and Aguzzi A. Extraneural pathologic prion protein in sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *N Engl J Med* 2003; 349: 1812-1820 [T,II]
- Colao A, Di Sarno A, Cappabianca P, Di Somma C, Pivonello R, and Lombardi G. Withdrawal of long-term cabergoline therapy for tumoral and nontumoral hyperprolactinemia. *N Engl J Med* 2003; 349: 2023-2033 [S,I]
- Nankivell BJ, Borrows RJ, Fung CLS, O'Connell PJ, Allen R, and Chapman JR. The natural history of chronic allograft nephropathy. *N Engl J Med* 2003; 349: 2326-2333 [S,I]
- Roman MJ, Shanker B, Davis A, Lockshin MD, Sammaritano L, Simantov R, et al. Prevalence and correlates of accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med* 2003; 349: 2399-2406 [CC,II]
- Asanuma Y, Oeser A, Shintani AK, Turner E, Olsen N, Fazio S, et al. Premature coronary-artery atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med* 2003; 349: 2407-2415 [CC,II]
- Vissing J, Haller RG. The effect of oral sucrose on exercise tolerance in patients with McArdle's disease. *N Engl J Med* 2003; 349: 2503-2509 [CC,I]

MEDIOS DIAGNÓSTICOS:

- Gill JM, Quisel AM, Rocca PV, Walters DT. Diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Am Fam Physician* 2003; 68 : 2179-2186 [R, I]

- Borriol Z, Houghton C, Sullivan PJ, Sestini P. Retrospective analysis of evidence base for tests used in diagnosis and monitoring of disease in respiratory medicine. *BMJ* 2003; 327: 1136-1138 [R,II]
- Ascaso JF, Pardo S, Real JT, Lorente RI, Priego A, Carmena R. Diagnosing insulin resistance by simple quantitative methods in subjects with normal glucose metabolism. *Diabetes Care* 2003; 26: 3320-3325 [T,I]
- Das A, Ben-Menachem T, Cooper GS, Chak A, Sivak MV, Gonet JA, et al. Prediction of outcome in acute lower-gastrointestinal haemorrhage based on an artificial neural network: internal and external validation of a predictive model. *Lancet* 2003; 362: 1261-1266 [CC,I]
- Barenys M, Rota R, Moreno V, Villafafila R, García-Bayo I, Abad A, et al. Estudio prospectivo de un modelo clínico predictivo de dispepsia orgánica. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 766-771 [S,I]
- Baker R, Falconer Smith J, Lambert PC. Randomised controlled trial of the effectiveness of feedback in improving test ordering in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 219-223 [EC,I]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

- Fremont WP. School refusal in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1555-1560 [AO, II]
- Gascón JA, Navarro B, Gascón FJ, Pérula LA, Jurado A. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes en la ciudad de Córdoba. *Aten Primaria* 2003; 32: 355-360 [T,I]
- Díaz M, Rodríguez F, Martín C, Hiruela MV. Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Aten Primaria* 2003; 32: 403-407 [T,I]
- Butler C, Kinnersley P, Hood K, Robling M, Prout H, Rollnick S, et al. Clinical course of acute infection of the upper respiratory tract in children: cohort study. *BMJ* 2003; 327: 1088-1089 [S,II]
- Zwart S, Rovers M, Melker R, Hoes AW. Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial. *BMJ* 2003; 327: 1324 [EC,I]
- Ziegler A, Schmid S, Huber D, Hummel M, Bonifacio E. Early infant feeding and risk of developing type 1 diabetes-associated autoantibodies. *JAMA* 2003; 290: 1721-1728 [S,I]
- Sowell ER, Thompson PM, Welton SE, Henkenius AL, Toga AW, Peterson BS. Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2003; 362: 1699-1707 [C,I]
- Serra L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P, Peña L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 725-732 [T,I]

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

- Leeman L, Spearman M, Rogers R. Repair of obstetric perineal laceration. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1585-1590 [R, I]
- Lucas JH, Cone DL. Breast cyst aspiration. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1983-1986 [R, I]
- Apgar BS, Zoschnick L, Wright t JR. The 2001 Bethesda system terminology. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1992-1998 [AO, III]
- Biagioli F. Returning to work while breastfeeding. *Am Fam Physician* 2003; 68: 2201-2208 [AO, I]
- Lawton B, Rose S, McLeod D, Dowell A. Changes in use of hormone replacement therapy after the report from the Women's Health Initiative: cross sectional survey of users. *BMJ* 2003; 327: 845-846 [T,I]

- Magee L, Cham C, Waterman EJ, Ohlsson A, Dadelnszen P. Hydralazine for treatment of severe hypertension in pregnancy: meta-analysis. *BMJ* 2003; 327: 955-960 [M,I]
- Newton KM, LaCroix AZ, Heckbert SR, Abraham L, McCulloch D, Barlow W. Estrogen therapy and risk of cardiovascular events among women with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 2810-2816 [CC,II]
- Anderson G, Judd H, Kaunitz A, Barad D, Beresford S, Pettinger M. Effects of estrogen plus progestin on gynecologic cancers and associated diagnostic procedures: the Women's Health Initiative randomized trial. *JAMA* 2003; 290: 1739-1748 [EC,II]
- Cuzick J, Szarewski A, Cubie H, Hulman G, Kitchener H, Luesley D, et al. Management of women who test positive for high-risk papillomavirus: the HART study. *Lancet* 2003; 362: 1871-1876 [C,I]
- Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet* 2003; 362: 1779-1784 [T,I]

ANCIANOS:

- Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, García MJ, Aguilar MD, Lázaro P, Otero A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Aten Primaria* 2003; 32: 337-342 [T,I]
- Bover A, Moreno ML, Mota S, Taltavull JM. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Aten Primaria* 2003; 32: 541-542 [R,II]
- De Rekeneire N, Resnick HE, Schwartz AV, Shorr RI, Kuller LH, Simonick EM, et al. Diabetes is associated with subclinical functional limitation in nondisabled older individuals: the Health, Aging, and Body Composition study. *Diabetes Care* 2003; 26: 3257-3263 [CC,I]
- Schulz R, Mendelsohn AB, Haley WE, Mahoney D, Allen RS, Zhang S, et al. End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *N Engl J Med* 2003; 349: 1936-1942 [T,II]
- Ariyo AA, Thach C, Tracy R. Lp(a) lipoprotein, vascular disease, and mortality in the elderly. *N Engl J Med* 2003; 349: 2108-2115 [S,I]

URGENCIAS Y EMERGENCIAS:

- Tang AW. A practical guide to anaphylaxis. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1325-1332 [R, II]
- Zoorob RJ, Campbell JS. Acute dyspnea in the office. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1803-1810 [R, II]
- Siddoway LA. Amiodarone: guidelines for use and monitoring. *Am Fam Physician* 2003; 68: 2189-2196 [R, II]
- Torné E, Guarga A, Torras MG, Pozuelo A, Pasarin M, Borrell C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Aten Primaria* 2003; 32: 423 - 424 [T,I]
- Conesa A, Vilardell L, Muñoz R, Casanellas JM, Torre P, Gelabert G, et al. Análisis y clasificación de las urgencias hospitalarias mediante los Ambulatory Patient Groups. *Gac Sanit* 2003; 17: 447-452 [T,II]
- Stiell IG, Clement C, McKnight D, Brison R, Schull MJ, Rowe BH, et al. The Canadian C-spine rule versus the NEXUS low-risk criteria in patients with trauma. *N Engl J Med* 2003; 349: 2510-2518 [S,II]

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

Heidelbaugh JJ, Nostrant TT, Kim C, Van Harrison R. Management of gastroesophageal reflux disease. *Am Fam Physician* 2003; 68:1311-1318 [R, II]

- Delagarza VW. Pharmacologic treatment of Alzheimer's disease: an update. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1365-1372 [R, II]
- Riedl MA, Casillas AM. Adverse drug reactions: types and treatment options. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1781-1790 [R, II]
- Siddoway LA. Amiodarone: guidelines for use and monitoring. *Am Fam Physician* 2003; 68: 2189-2196 [R, II]
- Carmona G, Guevara J. Estudio de la marca en la prescripción de genéricos en 6 centros de salud durante el año 2001. *Aten Primaria* 2003; 32: 415-419 [T,I]
- Maiques A, Villar F, Llor C, Torcal J. El riesgo coronario en España y el tratamiento con fármacos hipolipemiantes. *Aten Primaria* 2003; 32: 420-422 [AO,II]
- Gómez MJ, Arcos P, Rubiera G, Rigueria AI. Un sistema de indicadores de calidad de prescripción farmacéutica en atención primaria desarrollado por médicos prescriptores. *Aten Primaria* 2003; 32: 460-465 [AO,I]
- Arrol B, Kenealy T, Kerse N. Do delayed prescriptions reduce antibiotic use in respiratory tract infections? A systematic review. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 871-877 [M,II]
- Lawton B, Rose S, McLeod D, Dowell A. Changes in use of hormone replacement therapy after the report from the Women's Health Initiative: cross sectional survey of users. *BMJ* 2003; 327: 845-846 [T,I]
- Bjerner L, Bisgaard H, Bousquet J, Fabbri LM, Greening AP, Haahtela T et al. Montelukast and fluticasone compared with salmeterol and fluticasone in protecting against asthma exacerbation in adults: one year, double blind, randomised, comparative trial. *BMJ* 2003; 327: 891 [EC,II]
- Magee L, Cham C, Waterman EJ, Ohlsson A, Dadelnszen P. Hydralazine for treatment of severe hypertension in pregnancy: meta-analysis. *BMJ* 2003; 327: 955-960 [M,I]
- Moore H, Summerbell CD, Greenwood DC, Tovey P, Griffiths J, Henderson M et al. Improving management of obesity in primary care: cluster randomised trial. *BMJ* 2003; 327: 1085 [EC,II]
- Balen FA, Smit WM, Zuithoff A, Verheij T. Clinical efficacy of three common treatments in acute otitis externa in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 327: 1201-1205 [EC,II]
- Zwart S, Rovers M, Melker R, Hoes AW. Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial. *BMJ* 2003; 327: 1324 [EC,I]
- Liew D, Krum H. Aldosterone receptor antagonists for hypertension: what do they offer? *Drugs* 2003; 63: 1963-1972 [R,I]
- Donnelly LE, Rogers DF. Therapy for chronic obstructive pulmonary disease in the 21st century. *Drugs* 2003; 63: 1973-1998 [R,II]
- Murdoch D, Goa KL, Keam SJ. Desloratadine: an update of its efficacy in the management of allergic disorders. *Drugs* 2003; 63: 2051-2077 [R,I]
- Guay DR. Short-course antimicrobial therapy of respiratory tract infections. *Drugs* 2003; 20: 2169-2184 [R,I]
- Gladstone JP, Gawel M. Newer formulations of the triptans: advances in migraine management. *Drugs* 2003; 63: 2285-2305 [R,I]
- Shaw MJ, Crawley JA. Improving health-related quality of life in gastroesophageal reflux disease. *Drugs* 2003; 63: 2307-2316 [R,I]
- McCormack PL, Wagstaff AJ. Lacidipine: a review of its use in the management of hypertension. *Drugs* 2003; 63: 2327-2356 [R,I]
- Bang LM, Chapman TM, Goa KL. Lercanidipine : a review of its efficacy in the management of hypertension. *Drugs* 2003; 63: 2449-2472 [R,I]
- Keating GM, Scott LJ. Vardenafil: a review of its use in erectile dysfunction. *Drugs* 2003; 63: 2673-2703 [R,I]



- Robinson M, Horn J. Clinical pharmacology of proton pump inhibitors: what the practising physician needs to know. *Drugs* 2003; 63: 2739-2754 [R,I]
- Croom KF, Goa KL. Levofloxacin: a review of its use in the treatment of bacterial infections in the United States. *Drugs* 2003; 63: 2769-2802 [R,I]
- Cebrià J, Sobrequès J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. *Gac Sanit* 2003; 17: 483-489 [T,II]
- Lo GH, LaValley M, McAlindon T, Felson DT. Intra-articular hyaluronic acid in treatment of knee osteoarthritis: a meta-analysis. *JAMA* 2003; 290: 3115-3121 [M,I]
- Zajicek J, Fox P, Sanders H, Wright D, Vickery J, Nunn A, et al. Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003; 362: 1517-1526 [EC,II]
- Kovacs FM, Abaira V, Peña A, Martín-Rodríguez JG, Sanchez-Vera M, Ferrer E, et al. Effect of firmness of mattress on chronic non-specific low-back pain: randomised, double-blind, controlled, multicentre trial. *Lancet* 2003; 362: 1599-1604 [EC,II]
- Geisbert TW, Hensley LE, Jahrling PB, Larsen T, Geisbert JB, Paragas J et al. Treatment of Ebola virus infection with a recombinant inhibitor of factor VIIa/tissue factor: a study in rhesus monkeys. *Lancet* 2003; 362:1953-1958 [CC,II]
- Deeks SG. Treatment of antiretroviral-drug-resistant HIV-1 infection. *Lancet* 2003; 362: 2002-2011 [R,I]
- Gómez-Belda A, Rodilla E, Albert A, García L, González C, Pascual JM. Uso clínico de las estatinas y objetivos terapéuticos en relación con el riesgo cardiovascular. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 527-531 [T,II]
- Wilschanski M, Yahav Y, Yaacov Y, Blau H, Bentur L, Rivlin J, et al. Gentamicin-induced correction of CFTR function in patients with cystic fibrosis and CFTR stop mutations. *N Engl J Med* 2003; 349: 1433-41 [CC,II]
- Strom BL, Schinnar R, Apter AJ, Margolis DJ, Lautenbach E, Hennessey S, et al. Absence of cross-reactivity between sulfonamide antibiotics and sulfonamide nonantibiotics. *N Engl J Med* 2003; 349: 1628-35 [S,I]
- Büller HR, Davidson BL, Decousus H, Gallus A, Gent M, Piovella F, et al. Subcutaneous fondaparinux versus intravenous unfractionated heparin in the initial treatment of pulmonary embolism. *N Engl J Med* 2003; 349: 1695-1702 [QE,II]
- Pappone C, Santinelli V, Manguso F, Augello G, Santinelli O, Vicedomini G, et al. A randomized study of prophylactic catheter ablation in asymptomatic patients with the Wolff-Parkinson-White syndrome. *N Engl J Med* 2003; 349: 1803-1811 [EC,II]
- Pfeffer MA, McMurray JJ, Velazquez EJ, Rouleau JL, Køber L, Maggioni AP, et al. Valsartan, captopril, or both in myocardial infarction complicated by heart failure, left ventricular dysfunction, or both. *N Engl J Med* 2003; 349: 1893-1906 [EC,II]
- Kremer JM, Westhovens R, Leon M, Di Giorgio E, Alten R, Steinfeld S, et al. Treatment of rheumatoid arthritis by selective inhibition of T-cell activation with fusion protein CTLA4Ig. *N Engl J Med* 2003; 349: 1907-1915 [EC,II]
- Krack P, Batir A, Van Blercom N, Chabardes S, Fraix V, Ardouin C, et al. Five-year follow-up of bilateral stimulation of the subthalamic nucleus in advanced Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2003; 349: 1925-1934 [S,II]
- Lebwohl M, Tying SK, Hamilton TK, Toth D, Glazer S, Tawfik NH, et al. A novel targeted T-cell modulator, efalizumab, for plaque psoriasis. *N Engl J Med* 2003; 349: 2004-2013 [EC,I]
- Leonardi CL, Powers JL, Matheson RT, Goffe BS, Zitnik R, Wang A, et al. Etanercept as monotherapy in patients with psoriasis. *N Engl J Med* 2003; 349: 2014-2022 [EC,I]
- Schreiber MD, Gin-Mestan K, Marks JD, Huo D, Lee G, and Srisuparp P. Inhaled nitric oxide in premature infants with the respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2003; 349: 2099-2107 [EC,II]
- McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole GL, Jr, Dixon CM, Kusek JW, et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 2003; 349: 2387-2398 [EC,II]
- Molstad S. Reduction in antibiotic prescribing for respiratory tract infections is needed! *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 196-198 [R,II]

ENTREVISTA CLÍNICA:

- Ruiz R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2003; 32: 594-602 [AO,II]
- Broggi MA. Gestión de los valores «ocultos» en la relación clínica. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 705-709 [AO,II]

ATENCIÓN FAMILIAR:

- Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J, et al. Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Aten Primaria* 2003; 32: 425-433 [R,I]
- Schulz R, Mendelsohn AB, Haley WE, Mahoney D, Allen RS, Zhang S, et al. End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *N Engl J Med* 2003; 349: 1936-1942 [T,II]

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

- Valerio L, Guerrero L, Martínez O, Sabrià M, Garrido P, Fabregat A, et al. Los inmigrantes viajeros. *Aten Primaria* 2003; 32: 330-336 [CC,I]
- Grupo de Trabajo de los Talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Prevención y control de las tuberculosis importadas. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 549-557 [R,III]

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

- Haist SA, Wilson JF, Pursley HG, Jessup ML, Gibson JS, Kwolek DG et al. Domestic violence: increasing knowledge and improving skills with a four-hour workshop using standardized patients. *Academic Medicine* 2003; 78: S24-S26 [T,I]
- Bakken LL, Sheridan J, Carnes M. Gender differences among physician-scientists in self-assessed abilities to perform clinical research. *Academic Medicine* 2003; 78: 1281-1286 [T,I]
- Pedrerá V, Gil V, Orozco D. Unidades de investigación y docencia de apoyo a la gestión en atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32: 361-365 [AO,I]
- Loayssa JR. Dilemas y alternativas en la evaluación de la formación del médico de familia. *Aten Primaria* 2003; 32: 376-381 [R,II]
- Volkmar FR, Pauls D. Autism. *Lancet* 2003; 362: 1133-1141 [R,II]
- Warlow C, Sudlow C, Dennis M, Wardlaw J, Sandercock P. Stroke. *Lancet* 2003; 362: 1211-1224 [R,II]
- Gines P, Guevara M, Arroyo V, Rodes J. Hepatorenal syndrome. *Lancet* 2003; 362: 1819-1827 [R,I]

INVESTIGACIÓN. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

- Federman DD. Minimizing risk in clinical research. *Ann Intern Med* 2003; 139: 71-72 [AO, II]

- Pedraza V, Gil V, Orozco D. Unidades de investigación y docencia de apoyo a la gestión en atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32: 361-365 [AO,I]
- Puffer S, Torgerson D, Watson J. Evidence for risk of bias in cluster randomised trials: review of recent trials published in three general medical journals. *BMJ* 2003; 327: 785-789 [T,II]
- Catalán-Reyes MJ, Galindo-Villardón MP. Utilización de los modelos multinivel en investigación sanitaria. *Gac Sanit* 2004; 17: 35-52 [R,II]
- Zajicek J, Fox P, Sanders H, Wright D, Vickery J, Nunn A, et al. Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003; 362: 1517-1526 [EC,II]
- Sowell ER, Thompson PM, Welton SE, Henkenius AL, Toga AW, Peterson BS. Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2003; 362: 1699-1707 [C,I]
- Geisbert TW, Hensley LE, Jahrling PB, Larsen T, Geisbert JB, Paragas J, et al. Treatment of Ebola virus infection with a recombinant inhibitor of factor VIIa/tissue factor: a study in rhesus monkeys. *Lancet* 2003; 362:1953-1958 [CC,II]
- Arnau C, Cobo E, Ribera JM, Cardellach F, Selva A, Urrutia A. Efecto de la revisión estadística en la calidad de los manuscritos publicados en Medicina Clínica: estudio aleatorizado. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 690-694 [EA,I]
- Serrano Mp, Ordoñez M, Fernández S, Silva LC. Valoración de la fiabilidad externa de las publicaciones de dos revistas científicas durante el último quinquenio. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 793-794 [T,II]

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS:

- Boril Z, Houghton C, Sullivan PJ, Sestini P. Retrospective analysis of evidence base for tests used in diagnosis and monitoring of disease in respiratory medicine. *BMJ* 2003; 327: 1136-1138 [R,II]

PREVENCIÓN:

- Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J, et al. Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Aten Primaria* 2003; 32: 425-433 [R,I]
- Helmer DA, Tseng CL, Brimacombe M, Rajan M, Stiptzarov N, Pogach L. Applying diabetes-related Prevention Quality Indicators to a national cohort of veterans with diabetes. *Diabetes Care* 2003 ; 26: 3017-3023 [S,I]
- Lindstrom J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003; 26: 3230-3236 [S,II]
- Sacco M, Pellegrini F, Roncaglioni MC, Avanzini F, Tognoni G, Nicolucci A. PPP Collaborative Group. Primary prevention of cardiovascular events with low-dose aspirin and vitamin E in type 2 diabetic patients: results of the Primary Prevention Project (PPP) trial. *Diabetes Care* 2003; 26: 3264-3272 [EC,II]
- Go A, Hylek E, Chang Y, Phillips K, Henault L, Capra A et al. Anticoagulation therapy for stroke prevention in atrial fibrillation. How well do randomized trials translate into clinical practice? *JAMA* 2003; 290: 2685-2692 [S,II]
- Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E. Análisis de la situación en España sobre el consumo de ácido fólico/folinato cálcico para la prevención de defectos congénitos. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 772-775 [T,II]
- Carrera JM. Prevención primaria de los defectos del tubo neural. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 782-784 [AO,I]

- Klugman KP, Madhi SA, Huebner RE, Kohberger R, Mbelle N, Pierce N. A trial of a 9-valent pneumococcal conjugate vaccine in children with and those without HIV infection. *N Engl J Med* 2003; 349: 1341-48 [S,II]
- Wapner R, Thom E, Simpson JL, Pergament E, Silver R, Filkins K, et al. First-trimester screening for trisomies 21 and 18. *N Engl J Med* 2003; 349: 1405-13 [S,II]
- Francis CW, Berkowitz S, Comp PC, Lieberman JR, Ginsberg JS, Paiement G, et al. Comparison of ximelagatran with warfarin for the prevention of venous thromboembolism after total knee replacement. *N Engl J Med* 2003; 349: 1703-1712 [EC,II]
- Schulman S, Wåhlander K, Lundström T, Clason SB, and Eriksson H. Secondary prevention of venous thromboembolism with the oral direct thrombin inhibitor ximelagatran. *N Engl J Med* 2003; 349: 1713-21 [EC,II]
- Lingfors H, Lindstrom K, Persson LG, Bengtsson C, Lissner L. Lifestyle changes after a health dialogue. Results from the Live for Life health promotion programme. *Scand J Prim Health Care* 2003 ; 21: 248-252 [QE, II]

BIOÉTICA:

- Federman DD. Minimizing risk in clinical research. *Ann Intern Med* 2003; 139: 71-72 [AO, II]
- Brennan AT, Mello MM. Patient safety and medical malpractice: a case study. *Ann Intern Med* 2003; 139: 267-273 [T, II]
- Carles M. Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica. *Gac Sanit* 2003; 17: 494-503 [R,II]

PLANIFICACIÓN / GESTIÓN:

- Arroyo A, Tomás AJ, Andreu J, García P, Arroyo MA, Costa D, et al. Programa de implantación y desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32: 371-375 [S,I]
- Torné E, Guarga A, Torras MG, Pozuelo A, Pasarín M, Borrell C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Aten Primaria* 2003; 32: 423-424 [T,I]
- Ilag LL, Martin CL, Tabaei BP, Isaman DJ, Burke R, Greene DA, et al. Improving diabetes processes of care in managed care. *Diabetes Care* 2003; 26: 2722-2727 [EC,I]
- Conesa A, Vilardell L, Muñoz R, Casanellas JM, Torre P, Gelabert G, et al. Análisis y clasificación de las urgencias hospitalarias mediante los Ambulatory Patient Groups. *Gac Sanit* 2003; 17: 447-452 [T,II]
- Villar J. El talón de Aquiles del Sistema Nacional de Salud. Punto de vista. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 741-742 [AO,II]
- Huskamp HA, Deverka PA, Epstein AM, Epstein RS, McGuigan KA, Frank RG. The effect of incentive-based formularies on prescription-drug utilization and spending. *N Engl J Med* 2003; 349: 2224-2232 [C,I]

OTRAS:

- Kiefer D, Pantuso T. Panax ginseng. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1539-1542 [R, I]
- Gill JM, Quisel AM, Rocca PV, Walters DT. Diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Am Fam Physician* 2003; 68: 2179-2186 [R, I]
- Pérez S, Atitár A, Díez MD, Montero N. Perforaciones inconscientes. Breve descripción del fenómeno de piercing y sus posibles complicaciones. *Aten Primaria* 2003; 32: 535-540 [R,I]
- Carles M. Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica. *Gac Sanit* 2003; 17: 494-503 [R,II]
- Villar J. El talón de Aquiles del Sistema Nacional de Salud. Punto de vista. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 741-742 [AO,II]



¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 14

ECG: Varón con disnea, acropaquias y cianosis central

Vico Ávalos M¹

Residente Medicina Familiar y Comunitaria del HGB de Baza (Granada)

Paciente varón de 24 años, sin alergias medicamentosas conocidas, que acude a urgencias por aumento de su disnea habitual y, según los familiares, con dolor torácico. El sujeto presenta desde hace años vida limitada cama-sillón. Es fumador importante.

A la exploración física presenta cianosis central, taquipnea, taquicardia, tiraje costal y respiración abdominal. Muy mal estado general. Consciente y orientado. Responde bien a estímulos. AC 120 lpm, R1 ss+++ / R2, disminución del murmullo vesicular, con abundantes roncus dispersos sin sibilantes. Abdomen normal; no edemas en

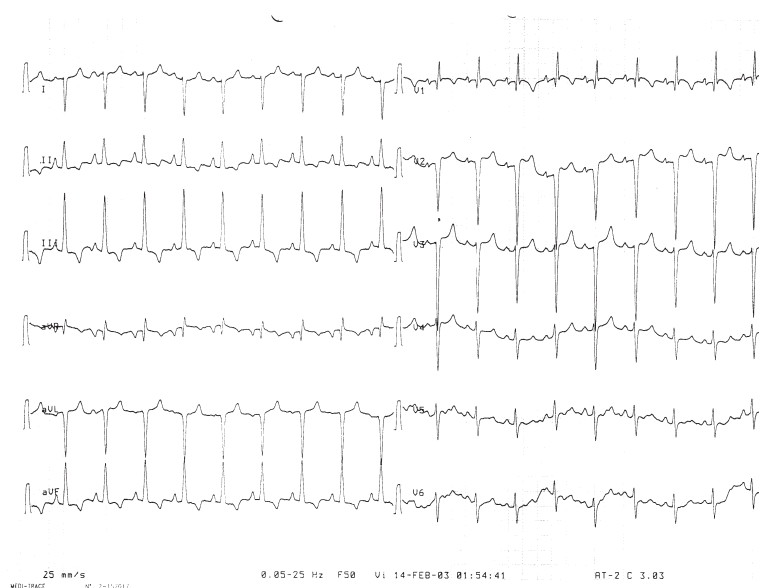
extremidades. Acropaquias importantes tanto en los dedos de las manos como de los pies.

Analítica:

Gasometría arterial: SatO₂ 30.4%, Po₂ 29.1, Pco₂ 53.9, pH 7.029, hco₃ 13.5

Htíes 9000000, leucos 18060, resto no se puede analizar por hemoconcentración, así como la coagulación.

En la *radiografía de tórax* presenta un mínimo infiltrado y signos de hipertensión pulmonar severa. Se realiza *electrocardiograma* de 12 derivaciones que presenta el siguiente registro:



¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Los electrodos están mal colocados.
- b) Coartación de aorta
- c) Comunicación interauricular
- d) Tetralogía de Falot
- e) Estenosis de la pulmonar.

(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

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 15

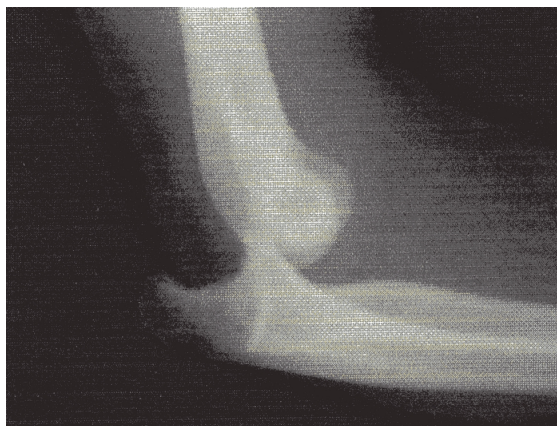
Luxación traumática de codo

Páramo Rodríguez E ¹

¹ Médico de Familia. Urgencias. HGB de Motril (Granada)

Varón de 40 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés ni alergias conocidas, que acude al SUE del Hospital con dolor a nivel del codo derecho e impotencia funcional, tras la caída desde la rama de un árbol con apoyo del brazo en hiperextensión.

En la exploración física se aprecia deformidad a nivel del codo derecho con limitación para la movilidad activa y pasiva sin afectación nerviosa ni vascular.



A. A la vista de la radiología ¿Cuál sería su diagnóstico inicial y tratamiento a realizar?

1. Luxación anterior de codo. Reducción abierta bajo anestesia. Férula posterior a 90°.
2. Luxación anterior de codo. Reducción cerrada bajo analgesia y sedación. Férula posterior a 90°.
3. Luxación posterior de codo. Reducción abierta bajo anestesia. Férula posterior a 90°.
4. Luxación posterior de codo. Reducción cerrada bajo analgesia y sedación. Férula posterior a 90°.

B. ¿Qué exploraciones le parecen más importantes a llevar a cabo en el paciente para prevenir posteriores complicaciones?

1. Exploración radiológica.
2. Exploración vascular del miembro afecto.
3. Exploración neurológica del miembro afecto.
4. Todas las anteriores.

(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. 5, núm. 1)

(Medicina de Familia (And) 2004; 5: 54)

Respuestas correctas: a) 3; b) 3

Diagnóstico

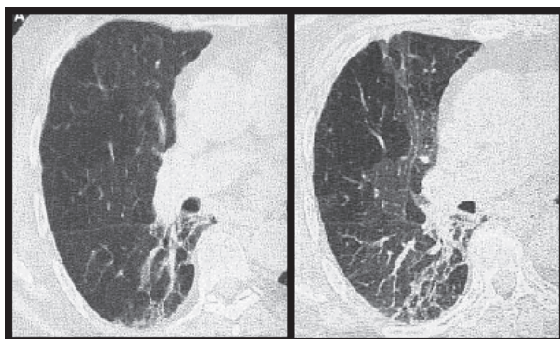
El paciente se derivó al Servicio de Neumología del Hospital Universitario Reina Sofía, ante la sospecha de Bronquiolitis Obliterante (B.O.), realizándose TAC de alta resolución (TACAR) en espiración, donde se evidenció un patrón de «perfusión en mosaico», que pone de manifiesto áreas hiperinsufladas e hipovasculares, incrementando aún más la sospecha clínica.

TAC de alta resolución

- Patrón de «perfusión en mosaico» (zonas de disminución de la atenuación por atrapamiento aéreo, y zonas de atenuación normal o aumentada)

Inspiración

Espiración



DISCUSIÓN

Probablemente la principal problemática de esta entidad será la que nos planteé desde el punto de vista de diagnóstico diferencial con otras enfermedades respiratorias que provocan obstrucción de la vía aérea. Así debemos considerar las siguientes entidades:

1) La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se caracteriza por una limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible, esta limitación es por lo general progresiva y se asocia con una respuesta pulmonar anormal a partículas o gases nocivos, entre los cuales el tabaco es el agente responsable en más del 90% de los casos de EPOC, por lo que en su ausencia y sin existir otro factor de exposición medioambiental debe dudarse de su diagnóstico.

2) Respecto al Asma Bronquial, es una enfermedad respiratoria crónica caracterizada por una inflamación de las vías aéreas, con hiperrespuesta frente a una amplia variedad de estímulos y obstrucción bronquial reversible. La triada clínica clásica consta de disnea, tos y sibilancias, y su inicio es a edades tempranas. Responde a terapia broncodilatadora y antiinflamatoria.

3) La fibrosis pulmonar en la enfermedad reumatoidea se presenta con una prevalencia del 2-10%, clínicamente se caracteriza por disnea de esfuerzo, y en ocasiones asociada con tos y dolor pleurítico. A diferencia de la B.O., en la radiografía de tórax encontramos un característico patrón reticular fino o reticulonodular, localizado típicamente en bases pulmonares, que puede evolucionar hacia una fibrosis masiva dando la imagen en «panal de abejas», y funcionalmente se distingue por presentar un defecto ventilatorio restrictivo.

4) Bronquiolitis Obliterante con Neumonía Organizada (BONO), con una clínica similar a la B.O., pero con presentación radiológica y funcional distinta. Aunque ambas se caracterizan por afectación de los bronquiolos respiratorios, la BONO se manifiesta como una consolidación parcheada bilateral, no segmentaria o infiltrado en vidrio deslustrado, con afectación alveolar (neumonía organizada), y un patrón funcional restrictivo.

5) La BRONQUIOLITIS OBLITERANTE, presenta una baja prevalencia, con etiologías muy variadas (idiopática, drogas, infecciones virales, trasplante pulmonar, cardíaco o médula ósea, tóxicos inhalados, o conectivopatías). Clínicamente se caracteriza por disnea de esfuerzo, que a diferencia de otras enfermedades obstructivas de la vía aérea es de evolución subaguda, con tos seca. En la espirometría simple presenta una obstrucción que típicamente no revierte a broncodilatadores. El diagnóstico de sospecha se basa en los antecedentes personales, en nuestro caso la ausencia de hábito tabáquico y la presencia de artritis reumatoide, que sumado a los hallazgos radiográficos y funcionales, aumentan la sospecha de esta entidad. Se estableció una mayor sospecha diagnóstica mediante la realización de un TACAR donde se puso de manifiesto las áreas de hiperinsuflación (patrón de «perfusión en mosaico»), no siendo necesario en esta ocasión la realización de biopsia transbronquial o biopsia abierta para su confirmación histopatológica. Finalmente referir que existe una mala respuesta al tratamiento, que consiste en la administración de corticoides y/o inmunosupresores si fuera necesario. El pronóstico es malo, con deterioro progresivo de la función respiratoria.

Actividades Científicas

□ XXIV CONGRESO SEMFYC

Sevilla, 8-11 de Diciembre, 2004.

Secretaría técnica: semFYC Congresos. C/ Del Pi, nº 11, Pta. 2ª, of. 13. 08002 Barcelona

Telf : 93 317 03 33

Fax: 93 318 69 02

e-mail: congresos@semfyc.es

<http://www.semfyc.es/sevilla2004/>

<http://www.congresosemfyc.org>

□ XV CONGRESO SAMFYC

Huelva, 2-4 de Junio, 2005.

Secretaría técnica: viajes El Monte – Departamento de Congresos. C/ Santo Domingo de la Calzada, 5 – 41018 Sevilla

Telf : 95 4 98 10 89

Fax: 95 4 57 78 63

<http://www.viajeselmonte.com/samfyc>

Ponencias:

1. Hacia el abordaje multifactorial del Riesgo Cardiovascular
2. Ejercicio físico y alimentación
3. Evaluación de la Osteoporosis desde el punto de vista de la MBE
4. Accidentes de tráfico, papel del médico de familia
5. Educación afectivo-sexual en el adolescente

Foros de debate:

1. Salud Medioambiental
2. Aplicaciones sanitarias de las nuevas tecnologías

❑ XVII CONGRESO MUNDIAL WONCA

Orlando (Florida – USA), 13-17 de Octubre, 2004.

Telf: 1 913 906 6000

Fax: 1 913 906 6082

e-mail: woncacongress@wonca2004.org,

<http://www.Wonca2004.org>

❑ DIPLOMA INTERNACIONAL DE SALUD FAMILIAR CHILE 2004. Modalidad intensiva como pasantía especial para alumnos extranjeros. Ministerio de Salud de Chile en colaboración con la Facultad de Medicina de Chile y la I. Municipalidad de Ñuñoa.

Chile, 4 de Octubre a 5 de Noviembre, 2004.

Dirigido a Funcionarios de Atención Primaria. Inscripciones hasta el Lunes 27 de Septiembre.

Más información: Susana del Gatto

Telf: (56 – 2) 6300763 – 6325381

e-mail: sdelgatto@minsal.cl

<http://disfchile.sitio.net>

❑ OFERTA DE TRABAJO PARA MÉDICOS DE FAMILIA EN SUECIA:

Requisitos: Título de médico de familia vía MIR o médico general pre95 con experiencia en Atención Primaria. Conocimiento de inglés. Realizar curso intensivo de sueco.

Interesados enviar currículum vite traducido al inglés a: info@medicarrera.com

Información: 93 162 14 12

info@medicarrera.com

❑ 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

Información para los autores

Para una información más detallada pueden consultar:

1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es/> o también:

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

2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Medicina de Familia (And) 2000; 1: 104-110.

Apreciado/a amigo/a:

Con éste son ya quince los números editados de **Medicina de Familia. Andalucía**.

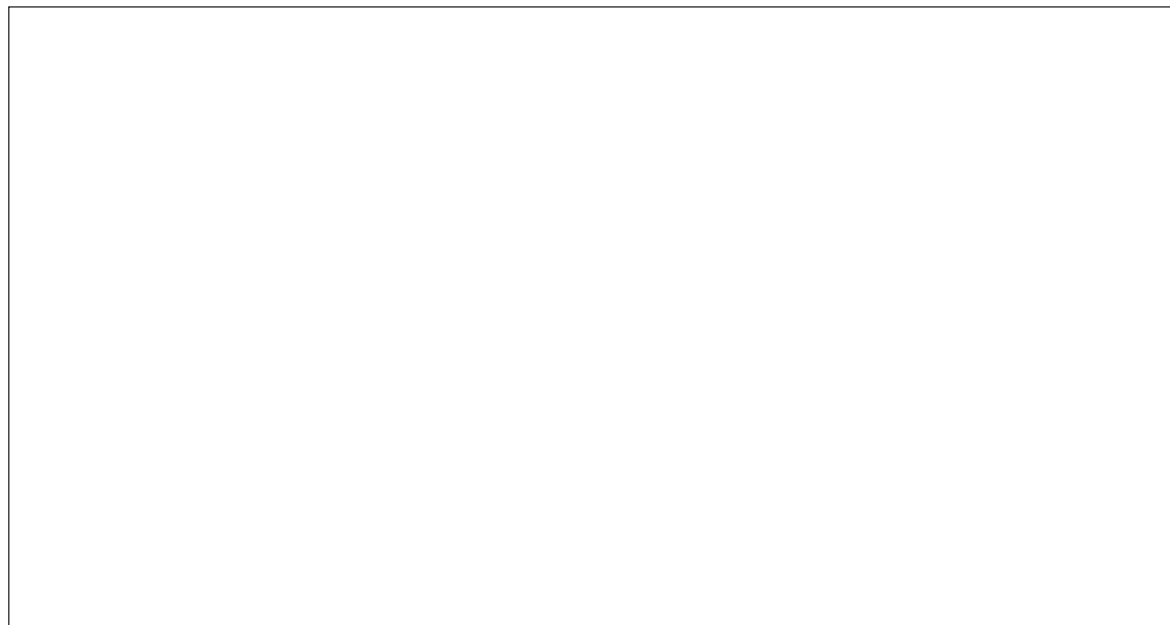
Te rogamos nos hagas llegar, de la manera que te sea más cómoda, cualquier sugerencia que, a tu juicio, nos sirva para mejorar ésta tu publicación.

Si estás interesado en participar —en cualquier forma— (corrector, sección «Publicaciones de interés/Alerta bibliográfica», o cualquier otra), te rogamos nos lo hagas saber con indicación de tu correo electrónico.

Asimismo, quedamos a la espera de recibir tus «Originales», así como cualquier otro tipo de artículo para el resto de las secciones de la Revista.

A la espera de tus aportaciones, recibe un muy cordial saludo:

EL CONSEJO DE REDACCIÓN



Remitir por:

- a) Correo:
Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)
- b) Fax: 958 804202.
- c) Correo electrónico: revista@samfyc.es

**SOCIO, TE ROGAMOS COMUNIQUES CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO
U OTROS DATOS A LA MAYOR BREVEDAD.**



La publicación se adhiere a las resoluciones del *Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas* en su quinto informe de 1997 *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas*. (Las llamadas *Normas de Vancouver*). Dichas normas de publicación aparecen en: Ann Intern Med 1997; 126: 36-47 y en <http://www.acponline.org> (en inglés) y en castellano en <http://www.paho.org/spanish/DBI/authors.htm> (se adjuntará con el número 0 de la revista). Dichas normas deberán ser consultadas por todos los autores que deseen ver publicados sus originales en nuestra revista.

TODOS LOS TRABAJOS

(www.samfyc.es/Revista/normas.html)

Deben ir *acompañados de los datos particulares del primer autor* (nombre y apellidos, dirección postal, código postal, población y provincia), así como de número de teléfono y dirección electrónica.

Los artículos originales tienen requisitos especiales, se recomienda ver "normas para los originales"

Deben someterse sus referencias bibliográficas a las "Normas de Vancouver"

Y, las abreviaturas utilizadas, deben estar expresamente clarificadas.

Requisitos técnicos:

Se usarán siempre folios tamaño DIN A4 escritos por una sola cara a dos espacios.

Utilizar letra Times New Roman 12 cpi.

Si se utilizan notas, se recogerán al final del texto (no a pie de página).

No usar texto subrayado. Sí puede usarse la negrita y cursiva.

No usar tabuladores ni espacios en blanco al inicio de cada párrafo.

No dejar espacios de separación entre párrafos mayores de un ENTER.

Empezar cada sección en una página nueva con la siguiente secuencia: Página de título, resumen y palabras clave, texto más agradecimientos (si procede), bibliografía, tablas y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), figuras y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), anexos.

Las ilustraciones deben ser de gran calidad y nunca de tamaño superior a 203 x 254 mms.

De acuerdo con el ámbito al que va dirigido, los profesionales que desempeñan su ejercicio profesional en el campo de la Atención Primaria de Salud, la revista da la bien-

venida a todos los trabajos de calidad a que, usando una metodología adecuada, pretenda dar respuesta a una pregunta científica pertinente. Asimismo serán considerados todos aquellos trabajos que tengan como objetivo el mantener y fomentar la competencia profesional de dichos profesionales.

La revista tendrá una expresión en papel y otra *on line*.

Contará con secciones fijas (aparecerán en todos los números) y secciones ocasionales, en relación con las áreas de interés de la revista, y que aparecerán en función de la oportunidad de su publicación.

Secciones de la publicación:

Secciones Fijas:

Editorial

Originales

Cartas al director

¿Cuál es su diagnóstico?

Publicaciones de interés

Actividades científicas

Secciones ocasionales:

Artículos de revisión

A debate

Área Docente

El espacio del usuario.

Sin bibliografía

Serán bienvenidos trabajos de investigación que usen indistintamente metodología cualitativa o cuantitativa. Los trabajos originales se someterán al siguiente orden: *Resumen, Introducción, Sujetos y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones*. En cualquier caso el equipo editorial acepta gustoso el poder trabajar con los autores un ordenamiento diferente de la exposición en función de los objetivos y metodología empleada.

Secciones Fijas:

Editorial: En él, el director o persona en quien delegue tratará algún tema de actualidad para los médicos de familia.

Originales. Se incluyen trabajos de investigación clínica y epidemiológica o sobre aspectos organizativos que sean de gran interés para el médico de familia según la línea editorial de la revista. La extensión máxima del texto será de 5.000 palabras. Se admitirá hasta un total de 6 tablas y/o figuras.

Los originales podrán ser clasificados como **originales breves**. Se incluirán en esta categoría trabajos de suficiente interés, que precisen una más rápida publicación. La extensión máxima será de 3.500 palabras. Se admitirá un máximo de 3 tablas y/o figuras, y 10 referencias bibliográficas.

Cartas al director: pretende servir como foro en donde comentar los artículos publicados o para dar a conocer brevemente experiencias de interés en el campo de la atención primaria. Su extensión será de 1000 palabras como máximo, el número de referencias bibliográficas será de un máximo de 6, y el número de autores de 4. Todos los autores deben firmar el contenido de la carta.

¿Cuál es su diagnóstico? En él se expone, de manera breve y acompañado de algún tipo de soporte gráfico, un caso clínico cuya resolución se presenta argumentada en el siguiente número.

Publicaciones de interés. Será una sección equivalente a la aparecida en otras revistas bajo el nombre de *alerta bibliográfica*. Se pretende en esta sección dar una breve reseña de los más importantes artículos aparecidos en las principales revistas de interés para los médicos de familia, así como de libros de reciente aparición, o revisiones Cochrane.

Las revistas a valorar estarán contenidas entre las siguientes:

Medicina
Medicina Clínica
Lancet
British Medical Journal
JAMA
Annals of Internal Medicine
New England Journal of Medicine
Canadian Family Physician
Canadian Medical Association Journal
Medicina de Familia
Atención Primaria
MEDIFAM
British Journal of General Practice
Family Practice
Journal of Family Practice
American Family Physician
Family Medicine

The Practitioner
Salud Pública
Gaceta Sanitaria
Gestión
Cuadernos de Gestión
Sociología y salud
Social Science and Medicine
Terapéutica
Drug
Drug and Therapeutic Bulletin
Medical Letters
Informativo Terapéutico del Servicio Nacional de Salud
Metodología Docente
Academic Medicine
Medical Education
Medicina Basada en la Evidencia
ACP Journal Club
Colaboración Cochrane
Bandolier
América Latina
Revistas de Atención Primaria de América Latina que podamos recibir.

Actividades científicas, o agenda de actividades en un próximo futuro.

Secciones ocasionales:

Artículos de revisión: Este tipo de artículos serán bienvenidos. Su extensión no será superior a las 5.000 palabras y el número de referencias bibliográficas queda a juicio del autor(es). Se recomienda a los autores contactar con el consejo editorial en cualquier momento del desarrollo del trabajo con el fin de plantearse el su enfoque y estructura. Los autores harán mención a los criterios de inclusión y exclusión de los artículos manejados en la preparación del manuscrito. Los autores quedan obligados a remitir 5 preguntas tipo test de respuestas múltiples con sólo una respuesta válida sobre los aspectos más importantes abordados en la revisión.

A debate: En esta sección, a propuesta del director de la revista, los autores expresarán su razonado punto de vista sobre algún tema de actualidad.

Área Docente: Esta sección abordará temas relacionados con la metodología docente aplicable en el ámbito de la



APS tanto en la formación de pregrado, postgrado y formación continuada. Extensión máxima de 5.000 palabras.

El espacio del usuario. La revista reservará un espacio en cada número para que aquellos usuarios de los servicios de salud, que a título individual, o como miembros de un colectivo deseen exponer su punto de vista sobre cualquier aspecto relacionado con la atención que reciben. Ello como expresión de la firme voluntad de los editores de dar respuesta al reto que supone el hacer nuestro ejercicio profesional más adecuado a las necesidades de salud de la población. Ello en la línea marcada en la Conferencia conjunta OMS/WONCA celebrada en Ontario, Canadá del 6 al 8 de Noviembre de 1994 (OMS-WONCA. *Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia*. Barcelona: semFYC, 1996).

La extensión máxima será de 3.000 palabras, pudiendo acompañarse hasta un máximo de 3 tablas y/o figuras.

Sin bibliografía: Lugar en donde publicar experiencias novedosas con una estructura de relato a decidir por el autor (es). Extensión máxima en torno a las 2.000 palabras.

Los artículos remitidos a la sección de Originales deberán someterse a la siguiente ordenación:

Resumen: Su extensión máxima será de 250 palabras, en él quedarán reflejados todos los apartados del original, de manera que el trabajo pueda ser comprendido sin necesidad de leer el artículo completo.

Estará dividido en los siguientes subapartados:

Título: Aquel que identifica el trabajo.

Objetivo: Identificará de forma clara y precisa el propósito del estudio. Si hubiese más de un objetivo se señalará el principal.

Diseño: Clasificará el estudio en el marco de los diferentes tipos de estudios epidemiológicos.

Emplazamiento: o ámbito en el que se ha llevado a cabo el trabajo (Centro de Salud, Hospital, interniveles, población general, etc.)

Población y muestra: Características de la población, así como criterios de selección y características de la muestra.

Intervenciones: Descripción de las actividades llevadas a cabo tendientes a satisfacer los objetivos del estudio.

Resultados: Se aportarán los principales resultados del trabajo, derivados de los objetivos y de la metodología

empleada, con mención de los intervalos de confianza y nivel de significación estadística, cuando proceda.

Conclusiones: Se derivarán directamente de lo expuesto en la sección de *resultados*. Puede ser de interés resaltar su significación en la práctica cotidiana del médico de familia.

Palabras clave: Se harán constar aquellas que los autores emplearon para su revisión bibliográfica en el *Index Medicus*. Aparecerán, por tanto, en inglés con su traducción al castellano. Su número oscilará entre 3 y 5.

Texto

Introducción: Deben explicitar claramente los objetivos del trabajo y resumir el fundamento del mismo. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.

Sujetos y Métodos: Debe describir la población en la que se ha llevado a cabo el trabajo, así como una descripción de los métodos de muestreo, aparatos y procedimientos, con una precisión que permita reproducir el estudio a otros investigadores. Se justificarán los métodos estadísticos utilizados. Alguna información metodológica de gran interés puede incluirse como anexo.

Resultados: Exponen los datos extraídos del estudio sin ningún tipo de valoración por parte de los autores. Pueden presentarse en el texto o a modo de tablas y/o figuras. En el texto se resumirán los resultados más importantes de las tablas y/o figuras.

Discusión: No deben repetirse en detalle los resultados. Se comentarán los resultados a la luz de la metodología empleada, comentando los sesgos más relevantes, y de los resultados obtenidos por otros autores tanto nacionales como internacionales. La discusión y las conclusiones deben basarse estrictamente en los propios resultados.

Agradecimientos: Podrán reconocerse: a) contribuciones que justifican agradecimiento pero no autoría, b) ayuda técnica, c) apoyo material o financiero, especificando la naturaleza de dicho apoyo, y d) relaciones financieras que puedan provocar conflicto de interés.

Bibliografía: Se presentará según el orden de aparición en el texto con su numeración correlativa. En el texto la numeración de la cita aparecerá entre paréntesis. El nombre de las revistas aparecerá utilizando las abreviaturas que aparecen en el *Index Medicus* (<http://nlm.nih.gov>).

Tablas y/o gráficos: Deben ser autoexplicativas, es decir, deben poder comprenderse sin recurrir al texto. Se aclararán todas las iniciales empleadas.

Anexos: Se incluirán aquellos considerados por los autores.

En la versión *On line*, en una primera fase, en la página Web de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia aparecerá en una sección específica de nuestra publicación, el índice de cada una de las revistas publicadas, así como el apartado *Publicaciones de interés (Alerta Bibliográfica)*.

CONSEJO DE REDACCIÓN:

El Consejo de redacción acusará recibo de los trabajos enviados con asignación de un número para su identificación. Se reserva el derecho de rechazar los originales recibidos o proponer modificaciones cuando lo considere necesario. El consejo de redacción no se hace responsable del material rechazado, una vez que esta decisión se le comunica a los autores.

El trabajo se acompañará de una carta dirigida al Consejo de Redacción, a la siguiente dirección:

Revista Medicina de Familia. Andalucía
Consejo de Redacción
C/. Arriola 4, Bajo D
18001 Granada.

Dicha carta deberá cumplir los siguientes requisitos:

a) Deberá ir necesariamente firmada por todos los autores con indicación de su DNI o pasaporte. El hecho de remitir el trabajo a nuestra revista implica la aceptación de todas las normas de la misma y del quinto informe de 1997 de los *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas*.

b) En ella se hará constar que se trata de un artículo original y que no ha sido remitido para su publicación a ninguna otra editorial. En los *originales* se harán constar los posibles conflictos de interés y la aceptación por parte del comité de ética del organismo del que depende la investigación

c) Los trabajos se remitirán: original y tres copias de alta calidad, más soporte informático (Word). Todas las páginas irán numeradas, empezando con el número 1 en la página del título. Pegado al *diskette* figurará el título del artículo y el nombre del primer autor. En la carta se hará mención a que el *diskette* se remite libre de virus indicando el nombre y fecha de la última actualización del anti-virus utilizado.

d) En la carta los autores indicarán la idoneidad de la publicación en un apartado concreto de la revista. En la misma carta defenderán las, a su juicio, principales aportaciones de su trabajo al quehacer profesional de los médicos de familia.

e) En folio aparte (página del título) se adjuntará: el título del trabajo, autores, centro de trabajo de cada uno de ellos, dirección postal, número de teléfono, número de Fax y dirección electrónica para correspondencia.

f) Se guardará copia de todo el material remitido para publicación.

En caso de serle devuelto el trabajo a los autores con sugerencia de correcciones, éstos dispondrán de 15 días naturales para hacer llegar las oportunas correcciones, en caso contrario, su publicación no queda asegurada.



MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

(Boletín de Suscripción) (*)

Nombre o razón social:

Calle/Plaza: n.º

C.P.: Ciudad: Provincia:

País:

NIF: | | | | | | | | | |

Datos profesionales:

Año licenciatura: Especialidad:

Cursa residencia en MF (si/no): Año de inicio:

Situación laboral (plaza fija, interino, sustituto, desempleo):

Medio (Urbano, Rural, Mixto):

- ☐ Sí, deseo suscribirme a la revista «Medicina de Familia. Andalucía», al precio de: suscripción anual para España: 36 euros. Ejemplar suelto: 12 euros. Suscripción anual para la Unión Europea: 40 euros; resto de países: 50 euros. Los precios incluyen el IVA, pero no las tasas de correos.

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA (sólo en España)

(*) Los miembros de SAMFyC reciben gratis la revista.

Banco/Caja de Ahorros:

Domicilio sucursal: n.º

Población: C.P.: Provincia:

N.º de cuenta:

_ _ _ _	_ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
entidad	sucursal	D.C.	n.º cuenta

..... a de de

Firma del Titular

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota de que hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta con esa entidad los efectos que le sean presentados al cobro por Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.

Tarjeta de Crédito
VISA (16 dígitos)

Caducidad: mes año
Titular:

Firma:

Remitir a: **REVISTA MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA**

C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 Granada (España)