

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 5, número 3, noviembre 2004

Editorial

- 7 ¿Cómo impulsar la investigación en Atención Primaria? En busca del efecto mariposa.

El espacio del usuario

- 8 La Asociación de Celiacos de Andalucía responde: ¿Qué espera de nuestros Centros de Salud y sus profesionales?
11 Calidad del sistema sanitario público de Andalucía.

Originales

- 13 Déficit de yodo y cociente intelectual.
20 Cumplimiento de 12 horas de ayuno para la realización de análisis de sangre en la zona básica de salud de Archidona.
24 Intervención educativa con niños asmáticos en Atención Primaria.
31 Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria.

Artículo especial

- 40 El Plan de Asistencia Dental Infantil (PADI) en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

43 Cartas al director

48 Publicaciones de Interés

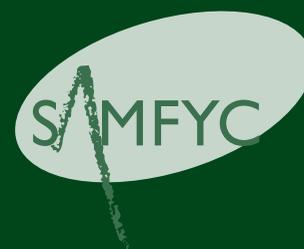
¿Cuál es su diagnóstico?

- 57 Mujer con lesiones maculo-papulosas.

60 Actividades Científicas

62 Información para los autores

- 66 **Fin de semana científico SAMFyC: Atención a las urgencias en Andalucía**



Hubo anuncio



Sumario

Editorial

- 7 ¿Cómo impulsar la investigación en Atención Primaria? En busca del efecto mariposa.

El espacio del usuario

- 8 La Asociación de Celiacos de Andalucía responde: ¿Qué espera de nuestros Centros de Salud y sus profesionales?
11 Calidad del sistema sanitario público de Andalucía.

Originales

- 13 Déficit de yodo y cociente intelectual.
20 Cumplimiento de 12 horas de ayuno para la realización de análisis de sangre en la zona básica de salud de Archidona.
24 Intervención educativa con niños asmáticos en Atención Primaria.
31 Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria.

Artículo especial

- 40 El Plan de Asistencia Dental Infantil (PADI) en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Cartas al director

- 43 La visita médica o la espiral de la presión.
43 Prevención de infección neonatal por estreptococo agalactiae.
45 Los consumos de autoayuda ¿mejoran la fibromialgia?
46 Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus en un centro de salud rural.
47 Lesiones cutáneas por ventosas y educación en salud.

48 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 57 Mujer con lesiones maculo-papulosas.

60 Actividades Científicas

62 Información para los autores

- 66 **Fin de semana científico SAMFYC: Atención a las urgencias en Andalucía**
-



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 5, N.º 3, november 2004

Contents

Editorial

- 7 How to Encourage Research in Primary Care: In Search of the *Butterfly Effect*.

The Consumer's Corner

- 8 A Reply from the Andalusian Celiac Association: What do we Expect from our Health Centers and Professional Staff?
11 Quality of the Andalusian Public Health Service.

Original Articles

- 13 The Correlation Between Iodine Deficit and Intelligence Quotient.
20 Patient Compliance with the 12-hour Fasting Rule Prior to Taking Blood Samples in a Basic Health Zone in Archidona.
24 An Educational Intervention with Asthmatic Children in a Primary Care Setting.
31 Burnout and Job Satisfaction in Primary Care.

Special Article

- 40 The Andalusian Plan to Provide Dental Care for Children (*PADI*).

Letters to the Editor

- 43 Doctor's Visit or Demand Spiral?
43 Preventing Neonatal Infections caused by *streptococcus agalactiae*.
45 Can Self-Help Groups Improve Fibromyalgia?
46 Use of acetylsalicylic acid among patients with *Diabetes Mellitus* in a Rural Health Center.
47 Skin Bruises due to Ventouse Delivery and Health Education.

48 Publications of Interest

Which is Your Diagnosis?

- 57 Woman with Macular Popular Scarring.

60 Scientific Activities

62 Information for Authors

- 66 A Scientific Weekend with SAMFYC: *Providing emergency care services in Andalusia*
-

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Juan Manuel Espinosa Almendro

Secretaria

Amparo Ortega del Moral

Vicepresidente Económico

Pablo García López

Vicepresidente Primero

Reyes Sanz Amores

Vicepresidente Segundo

Antonio Javier Zarallo Pérez

Vicepresidente Tercero

Santiago Gascón Veguin

Vocal Investigación

Francisca Leiva Fernández

Vocal Docencia

Epifanio de Serdio Romero

Vocal de Comunicación

José Manuel Cabrera Rodríguez

Vocal de Formación Continuada

Pablo García López

Vocal de Residentes

Enrique Gavilán Moral

Vocal Provincial Málaga:	José Manuel Navarro Jiménez	<i>e-mail: navarrojnez10@teleline.es</i>
Vocal Provincial Jaén:	Eduardo Sánchez Arenas	<i>e-mail: esanchez13@hotmail.com</i>
Vocal Provincial Almería:	José Galindo Pelayo	<i>e-mail: jpelayo@larural.es</i>
Vocal Provincial Granada:	Francisco José Guerrero García	<i>e-mail: franguerrero72@yahoo.com</i>
Vocal Provincial Cádiz:	Manuel Lubián López	<i>e-mail: mlubian@ono.com</i>
Vocal Provincial Córdoba:	José N. García Rodríguez	<i>e-mail: jngarciar@navegalia.com</i>
Vocal Provincial Sevilla:	M ^a Angeles Mon Carol	<i>e-mail: angelsmon@hotmail.com</i>
Vocal Provincial Huelva:	Jesús E. Pardo Álvarez	<i>e-mail: jeparedes10@teleline.es</i>

Patronato Fundación

Juan Manuel Espinosa Almendro	Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López	Juan de Dios Alcántara Bellón
Manuel Lubián López	Reyes Sanz Amores
Antonio Zarallo Pérez	Amparo Ortega del Moral
Santiago Gascón Veguin	

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

c/ Arriola, 4 bajo D - 18001 - Granada (España)
Tfno: 958 804 201 - Fax: 958 804 202
e-mail: samfyc@samfyc.es
<http://www.samfyc.es/nueva/revista/portada.html>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

Director

Manuel Gálvez Ibáñez

Subdirector

Antonio Manteca González

Consejo de dirección

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

Consejo de redacción

Manuel Gálvez Ibáñez
Pablo García López
Francisca Leiva Fernández

Consejo editorial

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

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

Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*
Daniel Prados Torres. *Málaga.*
Fermina Puertas Rodríguez. *Granada.*
Luis de la Revilla Ahumada. *Granada.*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba.*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla.*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva.*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga.*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla.*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla.*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla.*
Francisco Suárez Pinilla. *Granada.*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva.*
Isabel Toral López. *Granada.*
Jesús Torio 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/nueva/revista/portada.html>
<http://www.samfyc.es> e ir a «revista»
e-mail: revista@samfyc.es
samfyc@samfyc.es

Webmaster: Carlos Prados Arredondo

Secretaría Comercial

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

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr. 368/2000

Copyright:
Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.
C.I.E.: 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

¿Cómo impulsar la investigación en atención primaria? En busca del efecto mariposa

Leiva Fernández F¹

¹ *Vocal de Investigación de la SAMFYC*

Según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, «**Investigar**» significa «*realizar actividades intelectuales y experimentales de modo sistemático con el propósito de aumentar los conocimientos sobre una determinada materia*».

Un buen ejemplo de estas actividades se podrá apreciar en el próximo congreso de la semFYC que se celebra este año en Sevilla. En esta ocasión y por primera vez en la historia de nuestros congresos, se da cabida a la presentación y defensa de **proyectos de investigación**. Como es bien sabido, tradicionalmente este tipo de reuniones científicas han sido el marco de difusión de los resultados de proyectos de investigación ya realizados que se exponían y debatían con los asistentes; en este debate se establecían puntos críticos de los resultados y en ocasiones, también de la metodología, pero sin posibilidades de mejora en ese trabajo concreto pues ya se había llevado a la práctica, por tanto, estas sugerencias tendrían que ser de aplicación en futuros protocolos.

Este año se apuesta por iniciar la difusión de las fases del proceso de investigación de problemas que preocupan a la comunidad científica, antes de que se hayan completado las diferentes etapas del método científico. Se permite así impulsar, desde sus inicios, las ideas generadas por los diferentes profesionales sanitarios en torno a las preguntas que siguen sin respuesta en su práctica asistencial habitual. Con esta iniciativa, se proporciona la ocasión para debatir con otros compañeros sus ideas de investigación, de recabar sugerencias de mejora en la metodología que se pueden aplicar en el trabajo en curso, de solicitar colaboración con otros grupos y, de esta forma, ir avanzando y pasando de la investigación puntual y localista a una de mayor envergadura, multicéntrica, con

una mejor validez externa y una mayor probabilidad de aumentar de verdad los conocimientos sobre una determinada materia, que, en definitiva, es el fin de toda investigación.

Es de vital importancia cuando se está en un bote, que, en un determinado momento, todos los remeros remen en el sentido que se quiera desplazar la embarcación, y, afortunadamente, este parece ser el momento que se está empezando a vivir con la investigación que se genera y desarrolla en el ámbito de la atención primaria, por parte de los profesionales que la hacen posible día a día (médicos de familia, enfermeros, pediatras, matronas, trabajadores sociales, residentes, alumnos...).

Iniciativas como la que se inicia este año en el XXIV congreso de la semFYC, se suman a la consolidación de otras de gran calado como es el afianzamiento en todo nuestro territorio de las **redes temáticas de investigación** que, tras varios años de vida, tienen ya en su haber grandes proyectos multicéntricos.

En estos proyectos colaboran, entre otros, un gran número de centros de salud andaluces, y seguro van a proporcionar evidencias que nos permitan modificar nuestra práctica diaria en beneficio de las personas que cada día nos solicitan asistencia sanitaria.

Para los que siempre hemos sentido el duende de la investigación este panorama nos hace albergar esperanzas y prever un interesante futuro en el desarrollo del aspecto investigador de nuestro perfil profesional.

Como decía Severo Ochoa: «*Si os apasiona la ciencia, haceos científicos. No penséis lo que va a ser de vosotros. Si trabajáis firme y con entusiasmo, la ciencia llenará vuestra vida*».

EL ESPACIO DEL USUARIO

La Asociación de Celiacos de Andalucía responde: ¿Qué espera de nuestros Centros de Salud y sus profesionales?

Vergara Hernández J¹

¹ *Vicepresidente de la Asociación de Celiacos de Andalucía. Plaza de la Encarnación, 32, Portal 2. 3º B. 41003-Sevilla. Telf: 616 209 618. e-mail: juanvergarah@hotmail.com. http://www.celiacos.org*

La enfermedad celíaca (EC) es considerada con frecuencia una patología rara, propia de niños de corta edad, que cursa con diarreas y cuya atención sanitaria es proporcionada por los pediatras hospitalarios. Sin embargo, actualmente se estima que afecta al 1% de la población, presentándose a cualquier edad con síntomas que, en más del 50% de los casos, nada tienen que ver con las típicas diarreas. Según estos datos, alrededor de 70.000 andaluces podrían padecerla aunque el porcentaje de pacientes diagnosticados no supere el 5%. De confirmarse, supondría la existencia potencial de 10 pacientes celíacos por cada mil personas en el cupo médico.

Independientemente de las mayores o menores dificultades diagnósticas en niños, donde la EC puede confundirse con otras patologías como alergias alimentarias, intolerancias a la lactosa, infecciones parasitarias, etc., es evidente que una baja sospecha diagnóstica en los adultos (en quienes puede debutar con anemias ferropénicas, colon irritable, osteoporosis, etc.) contribuye sensiblemente a mantener una alta población celíaca sin diagnosticar. Además, los gastroenterólogos pediátricos tienden a llevar a cabo las revisiones periódicas en las consultas externas de los hospitales durante años. A lo anterior debe añadirse que la información necesaria para realizar el único tratamiento eficaz de la enfermedad, es decir, la dieta sin gluten, es facilitada por las Asociaciones de Celiacos (AC).

Así, al igual que en otros muchos países de nuestro entorno, no es de extrañar que estos elementos hayan contribuido a que la EC sea considerada un trastorno poco frecuente y con escasa repercusión en cuanto a demandas de asesoramiento, de analíticas o atención específica en las consultas de los profesionales de Atención Primaria (AP). Por lo expuesto, los celíacos son usuarios que, en contadas ocasiones, recurren a los Centros de Salud (CS) para el control de su enfermedad siendo los especialistas hospitalarios sus auténticos referentes sanitarios asistenciales.

Sin embargo, esto no significa que los profesionales de los CS no puedan tener un papel más activo en la asistencia de los celíacos. Salvo en la fase diagnóstica en la que es imprescindible la dirección del estudio por el gastroenterólogo, la atención sanitaria requerida puede y debe ser compartida con otros profesionales sanitarios como los médicos de familia, personal de enfermería, etc. Nuestra Asociación considera esencial la actuación de los médicos de cabecera, tanto en la búsqueda de nuevos casos, como en el seguimiento de los diagnosticados, siempre en el contexto global de una atención sanitaria accesible y continuada, permanente e integral para estos pacientes.

¿Qué esperamos de nuestros Centros de Salud y sus profesionales?

Colaboración al objeto de conseguir:

1. **Diagnóstico precoz**

Desde el punto de vista diagnóstico una mayor implicación de los médicos de familia podría contribuir, de forma sensible, a acortar el retraso en la identificación de la EC en adultos y ancianos. Para ello sería necesario:

- *Mantener un alto grado de sospecha diagnóstica* que permita detectar precozmente los casos, dadas las múltiples formas de presentación de la EC. Así se disminuirían los largos períodos de tiempo durante los cuales pacientes con síntomas no habituales acuden reiteradamente a médicos de distintas especialidades hasta que, finalmente, se establece el diagnóstico definitivo.
- *Actitud expectante ante las complicaciones y enfermedades asociadas*, ya que la enfermedad, cuando no es diagnosticada en las fases iniciales o no se efectúa un cumplimiento estricto de la dieta, puede manifestarse con esos cuadros patológicos sobreañadidos.

– Realizar el despistaje en los grupos de riesgo al quedar demostrado que, en determinados colectivos, la EC es más frecuente que en la población general. Entre ellos se encuentran los familiares de primer y segundo grado, así como los diagnosticados de diabetes mellitus tipo I, síndrome de Down, tiroiditis autoinmune y pacientes con déficit selectivos de IgA.

Ante estas situaciones, desde gran parte de los CS de nuestra Comunidad Autónoma, los médicos de familia pueden solicitar algunos, y a veces, todos los *marcadores serológicos* específicos de la EC. Su correcta interpretación permitirá seleccionar aquellos pacientes con mayor probabilidad de presentar la enfermedad y que, por tanto, deban ser derivados a los gastroenterólogos para que prosigan el estudio.

2. Asesoramiento familiar para conseguir el diagnóstico definitivo

Con los criterios actuales, para diagnosticar la EC debe existir una alteración en la mucosa intestinal puesta de manifiesto mediante la *biopsia*. Para su obtención es preciso realizar el estudio endoscópico en una, dos o más ocasiones, por lo que teniendo en cuenta el frecuente rechazo familiar a esta prueba, consideramos oportuno que el médico de familia, además de explicar en qué va a consistir la misma, como conocedor del entorno familiar, trate de argumentar todo lo posible la importancia de llevarla a cabo. El hecho de pertenecer a familias en las que ya existan otros miembros diagnosticados de EC, o de otras enfermedades autoinmunes con las que ésta se asocia, refuerza sensiblemente la necesidad de excluir la enfermedad. Es el momento de insistir en no abandonar el consumo de gluten por muy elevada que sea la sospecha, hasta que no se haya confirmado el diagnóstico de EC.

3. Seguimiento de los pacientes diagnosticados

En los Servicios de Gastroenterología pediátricos o de adultos, una vez establecido el diagnóstico, se programan *revisiones periódicas* esporádicas. Sin embargo, la naturaleza crónica de la enfermedad hace necesario el seguimiento regular del celíaco durante toda la vida. Por su mayor accesibilidad, los médicos de familia son los profesionales que, a nuestro juicio, pueden vigilar más estrechamente la respuesta al tratamiento, mediante la comprobación de la normalidad del estado clínico y serológico de sus pacientes, de forma que, ante una evolución desfavorable, sean derivados a los gastroenterólogos para que valoren otras posibilidades diagnósticas, incluidas las complicaciones y/o enfermedades asociadas.

4. Consejo dietético y nutricional

Para la realización de la dieta sin gluten es fundamental consumir preferentemente productos naturales exentos de esta sustancia, por naturaleza, como carnes, huevos, leche, pescados, frutas, verduras y cereales sin gluten, como arroz o maíz. Probablemente sea el mejor *consejo terapéutico* que necesite el celíaco, y por lo tanto, ha de convertirse en el *mensaje básico y reiterado en las consultas de AP*, ya que consumir productos manufacturados altamente industrializados incrementa sustancialmente el riesgo de ingerir gluten de forma inadvertida. Es importante tener en cuenta que el 70% de los productos manufacturados pueden contener gluten, dado el uso desmedido que la nueva tecnología de la alimentación está aplicando con la intención de prolongar la caducidad, unas veces, y modificar las características organolépticas de determinados productos, en otras (colorantes, espesantes, conservantes, aromatizantes, antihumectante, etc.). El gluten suele ser empleado como medio vehiculizante a través del cual tiene lugar la incorporación de estas sustancias a los productos manufacturados.

La no realización de la dieta sin gluten puede determinar la extensión intestinal de la enfermedad, por lo que, además de controlar las alteraciones analíticas inicialmente detectadas, es necesario *vigilar el estado nutricional del paciente*, especialmente en edades tempranas de la vida en las que las repercusiones sobre el desarrollo pondoestatural pueden ser importantes e irreversibles.

Aunque la información sobre los productos aptos para estos pacientes es proporcionada por las AC, integrar la dieta sin gluten con una *dieta sana y equilibrada, ajustada a las necesidades individuales* no es tarea fácil, sobre todo en nuestro sistema sanitario en el que actualmente nadie imparte educación nutricional específica sobre la EC. Además, los pacientes recién diagnosticados (o sus familiares, si son menores de edad) precisan una especial atención ante la incertidumbre sobre cómo enfrentarse a una enfermedad crónica, dónde y cómo obtener la lista de alimentos sin gluten, qué productos son perjudiciales y cuales no, etc. al menos, hasta que contacten con la AC. Esta información difícilmente puede facilitarse desde los servicios hospitalarios, siendo posible en AP, con la colaboración de la enfermería, como se viene realizando desde hace tiempo con otras enfermedades. En este sentido, pensamos que una enfermedad cuyo tratamiento exclusivo es la dieta, debería ser abordada más ampliamente por los profesionales de los CS.

Cada contacto ha de ser utilizado para reforzar la necesidad de mantener la dieta sin gluten durante toda la vida. Conviene, por tanto, recordar la legalidad vigente y sus continuas modificaciones sobre diversos aspectos que afectan directamente a estos pacientes. Nos estamos re-

firiendo al consejo sobre la *lectura de los etiquetados* para comprobar la existencia de gluten o almidón de trigo en un determinado producto. La legislación actual (Real Decreto 1334/1999, sobre la Norma General de etiquetados, presentación y publicidad de los productos alimenticios) establece que ninguno de los ingredientes de un producto compuesto tiene que estar registrado en el etiquetado si su cuantía en peso es inferior al 25% del producto alimenticio acabado. Ello supone que, en alimentos manufacturados que contengan cantidades importantes de gluten, los empresarios no están obligados a registrarlo en el listado de ingredientes si no supera el porcentaje aludido. Afortunadamente se espera que, en el año 2005, entre en vigor un RD que transponga a nuestra legislación una modificación de la directiva 13/2000, acordada en el Consejo de la Unión con fecha 20 de febrero de 2003, según la cual todo producto que contenga gluten, independientemente de su cantidad, deberá poseer un etiquetado en el que obligatoriamente esté indicada su presencia. Por ello, actualmente, se considera imposible realizar una dieta exenta de gluten sin la información facilitada a los asociados a través de «La lista de alimentos sin gluten» y sus constantes actualizaciones.

5. Ayuda para la resolución de problemas relacionados con la enfermedad

Iniciar y seguir una dieta sin gluten supone, además de una modificación de los hábitos alimentarios, la introducción de cambios sustanciales en la vida social. Surgen problemas y necesidades de adaptación de los pacientes para poder comer fuera de casa, ya sea en restaurantes, comedores o colegios, asistir a cumpleaños, fiestas infantiles, campamentos, comulgar, viajar, ante ingresos en hospitales, etc. Además del asesoramiento de los profesionales de AP para la resolución de los mismos, conviene vigilar la posible aparición de *trastornos psicológicos adaptativos*, para que sean correctamente abordados en su momento.

Especialmente compleja se hace la *incorporación del paciente celíaco al «cupo» del médico de familia cuando cumple los 14 años*. Hasta entonces, salvo excepciones, el seguimiento ha sido realizado regularmente en las consultas de los gastroenterólogos pediátricos donde el paciente y su familia se han sentido «protegidos», para después pasar a los del adulto, momento en el que las revisiones se espacian considerablemente y se hace más necesario aún, si cabe, la participación de los médicos de familia. Si en el primer contacto con su médico de cabecera, el celíaco advierte que el profesional está familiarizado con la EC y su problemática social, la relación que se establezca entre ambos será muy positiva.

Por otra parte, estos pacientes requieren la *prescripción de fármacos que no contengan gluten o almidón de trigo en*

su excipiente. Desde el año 1992, en base a una Resolución de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, existe la obligatoriedad de registrar en el prospecto y en la ficha técnica la presencia de estas sustancias. Conviene contemplar esta eventualidad ya que medicamentos de uso tan frecuente como Myolastan[®], Rhodogil[®], Fungarest[®] (entre otros muchos), lo contienen.

Es importante tener presente el precio *elevado de los productos especiales sin gluten*, puesto que va a suponer un incremento en el coste de la dieta de 1200 • por persona y año, aproximadamente. Esta circunstancia es especialmente llamativa en familias con escasos recursos económicos, o bien, en las que existan varios miembros aquejados de la EC, ya que pueden tener la necesidad de adquirir los productos más baratos, pero sin las debidas garantías, es decir, elaborados en establecimientos que no reúnen las condiciones técnico-sanitarias que eviten posibles contaminaciones. En estos casos es muy difícil excluir el gluten, lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de valorar el seguimiento del paciente e interpretar correctamente recaídas clínicas o anomalías analíticas. Tal consideración no sería necesaria si en nuestro país, como se viene realizando en otros de la Unión Europea, se hubiesen establecido diferentes tipos de ayudas para la obtención de estos productos.

6. Colaboración activa con las Asociaciones de Celíacos

Aunque las AC inicialmente surgen de la necesidad de ayuda de los celíacos para conocer qué productos contienen o no gluten, con el tiempo se han convertido en entidades dinamizadoras de toda la problemática social que se le plantea a este colectivo, de manera que entre sus objetivos fundamentales se encuentran difundir los conocimientos sobre la enfermedad; fomentar las normativas legales que amparen a sus asociados y garanticen el principio de igualdad y atención sanitaria; promover la investigación, así como convocar eventos científicos y sociales. Por ello, poseen un conocimiento extenso sobre las circunstancias generales que rodean a estos pacientes y pueden colaborar con los profesionales de la salud para que la atención prestada sea más acorde a sus necesidades. Ante lo expuesto, consideramos que se deberían establecer puentes de comunicación y colaboración entre los profesionales de AP y los representantes de las Asociaciones.

Desde la Asociación nos gustaría transmitir el deseo de los celíacos de que la EC fuese un proceso más conocido por todos los profesionales sanitarios del primer nivel asistencial, de manera que en los Centros de Salud se identificasen los posibles pacientes celíacos adultos existentes y, además, se les ofertase la posibilidad de que su seguimiento fuese realizado desde las consultas de los médicos de familia, con la colaboración de la enfermería en el asesoramiento dietético.

EL ESPACIO DEL USUARIO

Calidad del sistema sanitario público de Andalucía

Ruiz Legido O ¹

¹ Responsable del Gabinete Jurídico de FACUA

¿Qué entiende el usuario por calidad en la atención sanitaria?, es un pregunta compleja en su contestación, y decimos compleja, no porque no sea posible darle respuesta, sino porque ésta atenderá a múltiples factores que inciden en la atención sanitaria, y que en su conjunto sirven para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos.

Las actuaciones de protección de la salud y de mejora de su calidad de vida en nuestra Comunidad Autónoma, en el marco de un sistema sanitario definido como público, de aseguramiento único y público, cobertura universal y gratuito, debe responder a una serie de principios o criterios de funcionamiento básicos, tales como:

- Universalidad de la prestación sanitaria y equidad e igualdad efectiva en las condiciones de acceso.
- Igualdad social de trato y acceso y equilibrio territorial en la prestación de los servicios.
- Concepción integral de la salud.
- Utilización eficaz y eficiente de los recursos y responsabilidad de todos los sujetos responsables en la gestión de los servicios.
- Planificación, eficacia y eficiencia en la organización sanitaria.
- Participación de los usuarios en el sistema tanto a nivel individual como colectivo a través de sus organizaciones representativas.
- Mejora continua en los servicios y prestaciones.

Estaríamos por tanto ante los principios básicos del sistema, cuyo grado de cumplimiento determina en gran medida el propio éxito del mismo e incide en su calidad, una calidad entendida de forma objetiva, como cumplimiento de los propios fines del sistema que redundan en beneficio de todos los ciudadanos. Por tanto, un sistema sanitario público que diera un óptimo cumplimiento a esos principios, sería un sistema de calidad.

No obstante podemos acudir a otra variable, no ya de carácter objetivo, sino subjetivo, la satisfacción del usuario, la calidad percibida por éste. Este aspecto de la calidad está más relacionada con el tratamiento dispensado

al paciente y su eficacia en términos de mejora de su salud, con el trato dado por las personas que lo han atendido (respeto, simpatía, amabilidad...) con su proceso de recuperación y en definitiva con el conjunto de experiencias vividas por el usuario dentro del sistema y que dependen de variantes tales como su estatus económico, su nivel cultural, su edad, ...

El Sistema Sanitario Público debe mejorar en ambas vertientes:

De una parte debe ser más exigente en el cumplimiento de los principios básicos que sustentan el sistema si bien es de reconocer que sobre todo en los últimos años se están haciendo esfuerzos por mejorar la organización sanitaria, la calidad en los servicios y la participación de los usuarios.

De otra, debe valorar que la realidad social y tecnológica cambia y que el sistema debe adaptarse para dar respuestas a los ciudadanos.

El usuario es cada vez más un usuario informado y conocedor de sus derechos y por tanto sus expectativas de satisfacción frente al sistema son mayores, valorándose en mayor medida otros aspectos y no sólo la atención asistencial dispensada (el trato del personal, la salvaguarda de su intimidad, etc.)

Así por ejemplo un repaso de aquellas cuestiones que con mayor asiduidad nos plantean los usuarios como quejas frente al sistema, nos dice que el usuario no sólo demanda una correcta prestación asistencial de los profesionales del sistema (sanitarios y no sanitarios) sino que además plantean su disconformidad con otros elementos del sistema: situación y estado de instalaciones y edificios, mejora en la preservación de su intimidad, mejora de la habitabilidad de los espacios y supresión de barreras arquitectónicas, problemas de humanización en las relaciones con el personal sanitario y no sanitario (mayor grado de cortesía y predisposición a atenderlo) dificultad en el acceso rápido y ágil al sistema sanitario (acceso telefónico) mayor grado de información al usuario sobre el sistema (acceso, uso, prestaciones, libre elección...)

El paciente, el ciudadano debe ser el auténtico centro del sistema, garantizándole no sólo una asistencia sanitaria sino también información suficiente sobre cómo desenvolverse en el mismo, favoreciendo con ello y potenciando su responsabilidad en la utilización de los servicios así como su participación en la mejora del Sistema Sanitario Público Andaluz.

Desde las organizaciones de consumidores venimos y queremos seguir trabajando en contribuir en la mejora del sistema sanitario público de Andalucía, desde la colaboración

y la crítica constructiva, como auténticos defensores de la sanidad pública, queremos contribuir a que el usuario individual se encuentre satisfecho en mayor medida con el sistema y que la sanidad andaluza sea una sanidad de calidad. Para ello consideramos imprescindible que se nos dé un papel activo, abriendo los cauces de participación necesarios y potenciando los existentes. Es preciso apostar por una implicación directa ya activa de los ciudadanos en el sistema, garantizando la transparencia de su funcionamiento y generando confianza en el mismo.

ORIGINAL

Déficit de yodo y cociente intelectual

Piedad Santiago Fernández P¹, Ureña Fernández T², Torres Barahona R³, Muela Martínez JA⁴, Lobón Hernández JA⁵, Soriguer Escofet F⁶.

¹ Especialista en endocrinología y nutrición. FEA del complejo hospitalario de Jaén; ² Especialista en medicina familiar y comunitaria. Distrito Sanitario Jaén; ³ Licenciada en psicología experimental de la Universidad de Jaén; ⁴ Profesor titular en el Departamento de Psicología Experimental en la Universidad de Jaén; ⁵ Profesor titular en el Departamento de Medicina de la Universidad de Granada; ⁶ Especialista en endocrinología y nutrición. Jefe del Servicio de endocrinología en el Hospital Carlos Haya de Málaga.

DÉFICIT DE YODO Y COCIENTE INTELECTUAL

Objetivo: comprobar la relación que pueda existir entre el grado de yoduria y el nivel de inteligencia general en población infantil.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: se han elegido 14 pueblos (de la provincia de Jaén) mediante una tabla de números aleatorios, todos con menos de 5000 habitantes.

Población y muestra: Se ha estudiado a 1209 escolares de 1.º y 5.º de primaria y de 2.º de ESO.

Intervenciones: Yoduria y el test de Cattell en sus diferentes niveles (nivel 1 para los niños de 1.º de primaria y nivel 2 para 5.º de primaria y 2.º de E.S.O.), obteniéndose para cada niño su cociente intelectual (CI).

Resultados: Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en el grado de yoduria entre los grupos de alto y bajo CI. De tal forma que el grupo de bajo CI tiene un menor grado de yoduria que el grupo de alto CI. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el CI en función del sexo, del curso o del municipio. Tampoco hay diferencias en yoduria por el sexo o el curso escolar de los niños, aunque sí aparece, de forma estadísticamente significativa, la comarca integrada por los pueblos de Sto. Tomé y Huesa (al este de la capital) como la zona de mayor concentración de yodo en la orina de los niños. Por otra parte, los niños de esta comarca muestran un CI superior a la media de todos los niños del estudio, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Conclusiones: Una vez más, y de acuerdo con estudios anteriores, se confirma que el bajo grado de yoduria en una zona de endemia bociosa leve/moderada, se relaciona con una menor inteligencia general en la niñez (hipótesis que explicaría los datos que muestran un CI superior a la media en comarcas con mayor grado de yoduria). Además, este trabajo apunta la posibilidad de que los individuos que más se benefician, en el ámbito intelectual, de los efectos protectores del yodo son las niñas preadolescentes que viven en zonas con un buen nivel de este elemento.

Palabras clave: Déficit de yodo; endemia bociosa; desarrollo psicomotor; test de inteligencia.

CORRELATION BETWEEN IODINE DEFICIT AND INTELLIGENCE QUOTIENT

Goal: To determine the possible correlation between iodine excretion levels and children's overall intelligence quotients.

Design: Descriptive study.

Setting: 14 towns located in the province of Jaen, all with a population of under 5,000, were selected by using a randomly numbered chartA

Population and sample: 1,209 school-aged children enrolled in first grade, fifth grade, and second year of high school were studied.

Interventions: Concentration of iodine in urine was determined and different levels of the Cattell test were administered (level 1 for children in the first grade and level 2 for children in both fifth grade and their second year of high school) to obtain each child's intellectual quotient (IQ).

Results: Results showed statistically significant differences in the concentration of iodine in urine between the high IQ and the low IQ groups. The group with a low IQ also excreted a lower concentration of iodine than the group with a high IQ. No statistically significant differences were found in iodine concentration when comparing it with gender, or the grade the children were in, although there did appear to be statistically significant concentration of iodine in children's urine in one of the province's eastern counties, where the towns of Santo Tomé and Huesa are located. Children in that county were also found to have an above average IQ when compared to the rest of the children included in the study, although the differences were not statistically significant.

Conclusions: This study again confirms the results of earlier studies showing that low levels of iodine excretion in an area where endemic goiter is low to moderate correlate to lower general intelligence levels in childhood (an hypothesis that would explain the data that points to a higher than average IQ in counties with higher levels of iodine excretion in urine. In addition, this study suggests the possibility that those who would most benefit from the protective effects of iodine on intelligence levels are pre-adolescent girls living in areas with a good concentration of this element.

Key words: Iodine deficit; endemic goiter; psychological and motor development test; intelligence test.

Correspondencia: Piedad Santiago Fernández. C/ Fuente de la Salud, 5, P-2, 5º E. 23006 Jaén. Telf: 953 25 23 50 / 629 94 76 78. E-mail: teuf@supercable.es; santiago@auna.com

Recibido el 08-03-04; aceptado para publicación el 01-10-2004.

Medicina de Familia (And) 2004; 5; 129-135

Introducción

El déficit de yodo (DI) es un problema de salud pública que afecta a más de 1,800 millones de personas en todo el mundo y es el causante de problemas que pueden ser evitados si se realiza una yodoprofilaxis adecuada¹⁻³. De todos los trastornos asociados al DI, los más llamativos son los que provocan alteraciones neurointelectuales que van desde sus formas más graves, como son el cretinismo neurológico o mixedematoso, a formas más leves de deterioro intelectual^{4, 5}. El cretinismo, ya erradicado en los países desarrollados, gracias a la realización de cribado neonatal mediante la determinación de TSH en sangre de cordón o en sangre de talón, ha sido una realidad presente en nuestra sociedad hasta hace poco más de 20 años⁶⁻⁹. No obstante, alteraciones más leves de retraso mental, persisten en sociedades sometidas a una deficiencia de yodo permanente, como son: bajo rendimiento en las habilidades visual-motoras, en destreza motora, habilidades perceptuales y neuromotoras y bajo cociente intelectual (CI).

En España, son clásicos los estudios realizados en Las Hurdes (Cáceres) por la Dra. Morreale y su grupo¹⁰. En esta comarca, ejemplo de endemia bociosa grave en nuestro país, se detectaban alteraciones en los test psicométricos utilizados con una puntuación media por debajo de una desviación estándar que la puntuación obtenida en escolares de una zona control. Sin embargo, son escasos los estudios realizados en zonas de endemia bociosa moderada o leve. Además, los trabajos realizados con relación al efecto beneficioso sobre la capacidad intelectual de la administración de yodo, no son concordantes: mientras que algunos encuentran un efecto beneficioso en la suplementación con yodo de niños entre 6-8 años¹¹, otros no consiguen encontrarla en niños entre 5-12 años^{1, 12}. Diferencias en el tipo de test psicométrico utilizado, en la severidad de la deficiencia en la zona estudiada, en el diseño del estudio, en la inclusión o no de un grupo control, así como de la dificultad de excluir otros factores nutricionales o educacionales asociados al riesgo de sufrir IDD, podrían explicar estas discordancias^{1, 3, 10, 13}.

Por otro lado, las recomendaciones internacionales sobre ingesta de yodo estiman una ingesta mínima de 150 µg/d de yodo para cubrir las necesidades y esto se traduciría en una excreción urinaria de yodo de más de 100 µg/l¹⁴.

El objetivo de este estudio es investigar si la ingesta de yodo de la población rural escolar de Jaén se adecua a las recomendaciones internacionales y evaluar la asociación poblacional de la ingesta de yodo, medida por la yoduria, con la maduración intelectual (medida por determinados test psicológicos).

Material y métodos

El estudio se ha realizado en los colegios públicos de 14 municipios menores de 5000 habitantes de la provincia de Jaén, previa cita de los investigadores con los profesores y los padres de los escolares.

El muestreo se ha realizado multietápico para garantizar la representatividad, teniendo como unidades de muestreo, en orden decreciente, la comarca (n = 5), el pueblo (n = 14), el colegio (n = 14) y los niños (n = 1209).

Variables:

1. Encuesta dietética: ha sido validada en otros estudios (15), y se trata de una encuesta de frecuencia en el consumo de diferentes tipos de alimentos.
2. Test psicométrico para la medida del CI. En esta investigación se ha utilizado el test del Factor G de Cattell^{16, 17}. Todas las evaluaciones psicométricas han sido realizadas por el mismo evaluador. El test de Cattell es un test colectivo habiendo sido aplicada la Escala 1, indicada para niños de 4 a 8 años, en primero de primaria¹⁶ y la Escala 2, indicada para niños de 9 a 14 años, en quinto de primaria y segundo de ESO¹⁷. La validación de estos tests ha sido realizada para la población escolar española¹⁸⁻²⁰.
3. Yoduria: La medida del yodo urinario se ha realizado mediante la técnica de Benotti²¹. Para ello se ha tomado una muestra de orina, la cual es congelada a -20° C hasta la posterior medición del yodo urinario.
4. Estudio estadístico: Los datos se presentan como porcentaje, media y desviación estándar. El contraste de hipótesis de las variables continuas se ha hecho mediante el test t de Student, en el caso de sólo dos comparaciones, o ANOVA de una o varias vías, en el caso de comparaciones múltiples. En este caso la significación entre las medias muestrales comparadas se ha hecho mediante el test de Duncan. En el caso de variables cualitativas, la asociación se ha estudiado mediante el test χ^2 . La fuerza de la asociación entre variables se ha medido mediante el cálculo de los odds ratio (OR) obtenidos a partir de modelos de regresión logística multivariantes. Los intervalos de confianza del 95 % se han calculado siguiendo a Miettinen²². Para la inclusión de las variables en los modelos de regresión se han seguido las recomendaciones de Kleimbaum²³. En todos los casos el nivel de rechazo de la hipótesis nula se ha hecho para $\alpha = 0,05$.

Resultados

1. Descripción general de la muestra

Se han estudiado un total de 332 escolares de primero primaria, 408 de quinto de primaria y 444 de segundo de ESO. La edad media fue de 10'84 años oscilando entre un mínimo de 5'83 y un máximo de 16'92 años. El 51.6% son varones y el 48.4% mujeres.

2. Yoduria

La mediana de yoduria en el total de la muestra fue de 90 µg/l, pero una vez que se eliminan del estudio estadístico a los escolares que han sido tratados con desinfectantes yodados, es de 70 µg/l.

Hay diferencias significativas en la distribución de la yoduria en función de las comarcas variando entre una media de 86'86 µg/l en Norte y condado y un máximo de 137 µg/l en Cazoría y Segura (p < 001).

Así mismo la yoduria fue estadísticamente superior en los escolares que referían consumir sal yodada frente a los que consumían sal común ó marina (118'7 µg/l, 99'76 µg/l y

94'18 µg/l respectivamente; $p < 0,01$); también es estadísticamente superior en los escolares que consumen leche con más frecuencia que en los que no (118'68 µg/l en los que la consumen más de 2 veces al día frente a 87 µg/l en los que la toman 1 ó menos veces al día; $p < 0,001$)

3. Tests de inteligencia

El CI medio ha sido de $97'2 \pm 17'1$. Hay un 7.3% de escolares que tiene un CI < 70 , límite establecido por el DSM IV-TR como de retraso mental²⁴.

La distribución por percentiles del CI puede verse en la Tabla 1.

El CI no ha sido significativamente distinto en función del sexo, el nivel escolar o la presencia de bocio. Por el contrario el CI ha sido significativamente menor en los niños que tuvieron yodurias < 100 µg/L ($p = 0,01$) (Tabla 2). Estas diferencias de CI en función de los niveles de yoduria se mantienen en un modelo de ANOVA ($p = 0,02$) después de introducir en el modelo, junto a los niveles de yoduria, el sexo, el curso escolar y la presencia de bocio.

El CI se ha correlacionado positivamente con la yoduria ($r = 0,12$; $b = 0,026$; $p = 0,005$).

El riesgo de tener un CI por debajo del percentil 25 se asoció significativamente con una yoduria menor de 100 µg/L (OR = 1,40; IC 95%: 1,04-1,86; $p = 0,02$). La introducción en el modelo de otras variables, como el nivel de escolarización, presencia de bocio o sexo, no modificó la fuerza de la asociación entre los niveles de yoduria con el CI. (Tabla 3)

Así mismo el CI se relacionó con la ingesta de sal yodada y con la frecuencia en el consumo de lácteos, pues los escolares que tomaban sal yodada y lácteos más frecuentemente, tenían un CI significativamente superior a los que consumían sal común ó marina ó tomaban lácteos con menos frecuencia ($100'63 \pm 15'44$; $p = 0,001$ para los que consumen sal yodada; $98'01 \pm 15'96$; $p = 0,0008$ para los que toman leche con más frecuencia).

El riesgo de tener un CI por debajo del P-25 de la distribución se asoció significativamente con la ingesta de sal común (OR = 1,70; IC 95%: 1,10-2,61; $p = 0,01$) (frente a la sal yodada) y con la ingesta de leche menos de 1 vez al día (frente a tres veces al día) (OR = 1,54; IC 95 %: 1,04-2,27; $p = 0,03$). La inclusión en el modelo del sexo y de la edad no ha modificado la fuerza de esta asociación (Tabla 4).

Discusión

Si bien no hay muchos estudios que contemplen los aspectos psíquicos en las áreas con déficit de yodo, se ha demostrado que en poblaciones con deficiencia de yodo existe una disminución de las capacidades psicomotoras

de los niños^{2, 25}. En el presente trabajo se confirma esta asociación en una muestra representativa de una población escolar, étnica y socialmente homogénea, de un país desarrollado del sur de Europa, sin problemas nutricionales asociados.

La asociación encontrada entre CI y yoduria, por un lado, y entre CI e ingesta de sal yodada y lácteos, por otro, apoya la naturaleza nutricional de esta asociación, así como la probable persistencia en el tiempo de la deficiente ingesta de yodo.

En la presente investigación, el 7'3% de la muestra tiene un CI inferior a 70. El porcentaje medio esperado estaría en torno al 1%²⁴. El incremento en el número de niños con CI inferior a 70 en esta muestra no tiene por qué tener un valor diagnóstico en sí mismo. La prevalencia del 1% es el promedio de un abanico de porcentajes muy amplio encontrado en diferentes estudios cuyas tasas de prevalencia son muy diferentes y se deben a muchas causas. Por otra parte, un sesgo propio de las pruebas colectivas administradas en un aula escolar por una persona extraña a la situación docente habitual para el niño es la falta de implicación en la realización del test por parte de los alumnos. Un motivo que hace pensar en la correcta realización de los tests por parte de la gran mayoría de los sujetos es que coinciden los porcentajes de prevalencia de los distintos tipos de retraso mental con los establecidos en el DSM-IV (APA, 1995): el 83% de los niños con CI inferior a 70 podría clasificarse como Retraso Mental Leve (un CI entre 50 y 70), el 14% como Retraso Mental Moderado (un CI entre 35 y 50) y el resto, un 3%, como Retraso Mental Grave.

También se han analizado las diferencias del nivel de yoduria tomando como punto de corte el percentil 25 del CI (seleccionado sólo con criterios estadísticos) y se siguen hallando los mismos resultados (aunque con mayor potencia) que cuando el punto de corte en el CI es menor o igual a 70.

Los resultados muestran una asociación directa entre yoduria y CI, tomando como criterios de división entre alta y baja yoduria el valor de 100 mg/L⁵ y el CI de 70 (APA, 1995) para dividir la muestra entre retraso mental (un CI inferior a ese valor) y normalidad (un CI igual o superior a 70).

En este trabajo de investigación se ha encontrado que el riesgo de tener un CI $< P-25$, e incluso el riesgo de tener un CI ≤ 70 (CI clínicamente relevante)²⁴, ha sido mayor en aquellos niños con yodurias < 100 µg/L. También se ha encontrado la existencia un gradiente biológico entre el CI y los niveles de yoduria, gradiente que pone en duda que el punto de corte de 100 µg/L sea satisfactorio para evitar los TDY relacionados con la maduración psicomotora, como ya ha sido demostrado para el dintel auditivo²⁵.

El hecho de medir la inteligencia a través del factor G no es novedoso en este tipo de trabajos^{26, 27}; Ni tampoco el encontrar deterioro intelectual en áreas asociadas a déficit en yodo²⁶⁻³⁰. La relación del déficit de yodo con la disminución en el nivel de inteligencia es hoy un hecho aceptado^{28, 30} pese a existir estudios que no encuentren dicha relación³¹.

Quizás sea más llamativo el hecho de no haber partido, en este trabajo, de una zona yododeficiente para realizar el estudio. Normalmente, todos los estudios anteriores comparan el nivel intelectual de los habitantes de una zona yododeficiente con el mostrado por los que viven en otra zona no yododeficiente. En general, esas zonas suelen diferenciarse no sólo en el grado de déficit de yodo, sino que la zona más deficitaria en yodo suele ser también la más deprimida económica y socioculturalmente, mientras que la zona no deficiente en yodo suele ser más desarrollada y coincide mejor con las poblaciones muestrales que se utilizan en la baremación normativa de los tests de inteligencia.

Así, no se trata aquí de comparar el desarrollo intelectual de los habitantes de dos zonas distintas en cuanto a ser o no deficitarias en yodo, sino de comprobar tales diferencias intelectuales en función de la yoduria presentada por los sujetos. Cuando se comparan zonas geográficas, se asume que la *mayoría* de los habitantes de la zona yododeficiente han padecido, en algún momento de su desarrollo, ese déficit (aunque en la actualidad pudiera haberse paliado). Lo que se mide son los efectos de la carencia de yodo a largo plazo. No obstante, con esta metodología, se corre el riesgo de incluir dentro de la zona carente de yodo a un número indeterminado de sujetos que, por cualquier causa (movilidad geográfica, hábitos de consumo saludables...), nunca hayan sufrido dicho déficit, o bien al contrario, considerar como no carentes de yodo a personas que sí lo sean pese a vivir en la actualidad en zonas no yododeficientes.

De esta forma, al dividir la muestra en función, no de la zona de residencia, sino del nivel de yoduria que presentan los sujetos, se evitan los problemas anteriores, si bien, se corre el riesgo de tomar como algo estable (la ingesta de yodo), lo que puede ser el reflejo de algo coyuntural. Respecto a esto último, si se acepta que la principal fuente de yodo se suministra a través de la dieta, puede admitirse que ésta es eminentemente estable a través del tiempo (no sólo por la persistencia de los productos que se consumen, sino incluso por la fidelidad a las marcas de éstos). De esta forma, puede aceptarse que la yoduria sería, en la *mayoría* de los casos, el reflejo de un hábito de consumo estable³².

Finalmente, el grupo de alta yoduria en el presente estudio se compone de sujetos que conviven en las mismas

regiones geográficas que los niños con baja yoduria, lo que elimina otro error propio del uso indiscriminado de los tests de inteligencia como es el referido al grupo normativo en el que se basan los baremos.

Finalmente, cuando se divide la muestra en dos grupos en función de que la yoduria sea superior o inferior a 100 µg/L, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos en la puntuación en la Escala de Apreciación del Comportamiento, en el sentido de que el grupo con menor yoduria muestra un peor comportamiento que el grupo de mayor yoduria. Este tipo de comportamiento hace referencia a la conducta disruptiva del niño en clase a juicio de su profesor. El hecho de que la menor yoduria se asocie con un peor comportamiento puede explicarse tomando la variable inteligencia como un factor mediador en esta relación. De este modo, los niños con menor yoduria muestran también un menor CI si se comparan con los de mayor yoduria. La relación entre menor inteligencia y peor comportamiento está bien establecida en la literatura³⁴.

Posiblemente, los niños con un CI inferior tengan más dificultades para seguir el curso de las clases como lo hacen sus compañeros con un CI más elevado. Estas dificultades pueden llevar a que el niño no entienda la totalidad de lo que se explica en el aula con lo que, probablemente, dejará de prestar atención a las explicaciones del profesor. La consecuencia más plausible es que ante el aburrimiento opte por entretenerse hablando con sus compañeros o bromeando con ellos. No sería, así, el déficit de yodo el causante directo de la conducta disruptiva en el niño, sino la disminución de las habilidades intelectuales que dicho déficit conlleva.

Podemos concluir, por tanto, que en la provincia de Jaén existe un grado de endemia bociosa leve que puede llegar a moderada en algunos municipios. La ingesta de sal yodada no se adecua a las recomendaciones internacionales puesto que sólo entre el 7 y el 30% de la población (dependiendo de los municipios) consumen este tipo de sal. Y que el déficit de yodo se relaciona con el CI y que esto podría derivar en una forma de vida que lleve a los pueblos a aun menor desarrollo socio-cultural que los mantenga en una deficiencia económica y social con respecto al resto del país.

Bibliografía

1. Bleichrodt N, García I, Rubio C, Morreale de Escobar G, Escobar del Rey F. Developmental disorders associated with severe iodine deficiency. En: Hetzel BS, Dunn JT, Stanbury JB, editors. The prevention and control of iodine deficiency disorders. Amsterdam/New York/Oxford: Elsevier; 1987: 65-84.
2. Fierro-Benítez R, Cazar R, Stanbury JB, Rodríguez P, Garces F, Fierro-Renoy F, et al. Long-term effect of correction of iodine deficiency on psychomotor and intellectual development. En: Dunn JT, Pretell EA,

- Daza CH, Viteri FE, editors. Towards the eradication of endemic goitre, cretinism, and iodine deficiency. Washington: PAHO; 1986. p. 182.
3. Connolly KJ, Pharoah PO, Hetzel BS. Fetal iodine deficiency and motor performance during childhood. *Lancet* 1979; 2:1149-51.
 4. Delange F, Bastani S, Benmiloud M. Definitions of endemic goiter and cretinism, classification of goiter size and severity of endemias, and survey techniques. En: Dunn JT, Pretel EA, Daza CH, Viteri EF, editors. Towards the eradication of endemic goiter, cretinism and iodine deficiency. Washington DC: PAHO/WHO Sci 1986; 502:373-376.
 5. Querido A, Delange F, Dunn JT, Fierro-Benitez R, Ibbertson HK, Koutras DA, et al. Definitions of endemic goiter and cretinism, classification of endemic goiter size and severity of endemias, and survey techniques. En: Dunn JT, Medeiros-Nieto GA, editors. *Endemic Goiter and Cretinism: Continuing Threats to World Health*. Washington DC: PAHO; 1974. p. 267.
 6. Marrero-González N, Rodríguez-Fernández C. Hipotiroidismo congénito: historia e impacto del tamizaje. *Rev Biomed* 2000; 11:283-292.
 7. Prieto L, Grunheiro de Papendieck L, Chiesa A, Bregada C. Screening for congenital hypothyroidism (CH): experience in cord blood. En: Levy HL, Hermos RJ, Grady GF, editors. *Proceedings of the Third Meeting of the International Society for neonatal Screening*; 1996 Oct 20-23; Boston, *EUA: IKON/MAP*; 1996. p: 271-2.
 8. Fuse Y, Wakae E, Nemoto Y, Uga N, Tanaka M, Maeda M, et al. Influence of perinatal factors and sampling methods on TSH and thyroid hormones levels in cord blood. *Endocrinol Japon* 1991; 38: 297-302.
 9. Walfish P. Evaluation of three thyroid-function screening tests for detecting neonatal hypothyroidism. *The Lancet* 1976; p. 1208-1212.
 10. García I, Rubio C, Alonso E, Turmo G, Morreale de Escobar G, Escobar del Rey F. Alteraciones por deficiencia de yodo en las Hurdes. I. Deficiencia de yodo y efectos del Lipido. *Endocrinología* 1987; 34: 61-73.
 11. Van den Briel T, West CE, Bleichrodt N, Van de Vijver FJ, Ategbro EA, Hautvast JG. Improved iodine status is associated with improved mental performance of schoolchildren in Benin. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000; 5:179-85.
 12. Bautista A, Barker PA, Dunn JT, Sanchez M, Kaiser DL. The effects of oral iodized oil on intelligence, thyroid status, and somatic growth in school-age children from an area of endemic goiter. *American Journal of Clinical Nutrition* 1982; 35: 127-34.
 13. Wu T, Liu GJ, Li P, Clar C. Iodised salt for preventing iodine deficiency disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; 3: CD003204.
 14. Delange F, Benker G, Caron Ph, Eber O, Ott W, Peter F, et al. Thyroid volume and urinary iodine in European schoolchildren:standardization of values for assessment of iodine deficiency. *Eur J Endocrinol* 1997; 136: 180-187.
 15. Millon Ramírez MC. Prevalencia de bocio endémico y otros trastornos relacionados con la deficiencia de yodo en la dieta en la comarca de la Axarquía (Málaga) [tesis Doctoral]. Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga; 2000.
 16. Cattell RB, Cattell AKS. *Test de Factor G-Escala 1*. Madrid: TEA; 1989.
 17. Cattell RB, Cattell AKS. *Test de Factor G-Escalas 2 y 3*. Madrid: TEA; 1994.
 18. Alonso Tapia J. Evaluación de la inteligencia y las aptitudes desde el enfoque factorial. En: Fernández Ballesteros R editor. *Introducción a la Evaluación Psicológica*. Vol. 1. Madrid: Pirámide ;1992. p. 384-414.
 19. Alonso Tapia J. Evaluación de la inteligencia desde el enfoque Binet-Terman-Wechsler. En: Fernández Ballesteros R, editor. *Introducción a la Evaluación Psicológica*. Vol. 1. Madrid: Pirámide;1992. p. 349-383.
 20. Almeida LS, Buela-Casal G. Evaluación de la inteligencia general. En: Buela-Caal G, Sierra JC, editors. *Manual de evaluación psicológica: Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1997.
 21. Benoitii J, Benotti N. Protein bound iodine, total iodine and protein and butanol extractable iodine by partial automation. *Clin Chem* 1963; 9: 408-416.
 22. Miettinen O. Estimability and estimation in case-referent studies. *American Journal of Epidemiology* 1976; 103: 226-35.
 23. Kleinbaum D, Kupper LL, Muller KE. *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*. 2nd ed. Boston: PWS-Kent Pub; 1988.
 24. APA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson; 1995.
 25. Soriguer F, Millón MC, Muñoz R, Mancha I, López Siguero JP, Martínez Aedo MJ, et al. The auditory threshold in a school-age population is related to iodine intake and thyroid function. *Thyroid* 2000; 10:991-9.
 26. Azizi F, Sarshar A, Nafarabadi M, Ghazi A, Kimiagar M, Noohi S, et al. Impairment of neuromotor and cognitive development in iodine-deficient schoolchildren with normal physical growth. *Acta Endocrinologica* 1993; 129: 501-4.
 27. Azizi F, Kalani H, Kimiagar M, Ghazi A, Sarshar A, Nafarabadi M, et al. Physical, neuromotor and intellectual impairment in non-cretinuous schoolchildren with iodine deficiency. *International Journal for Vitamin & Nutrition Research* 1995; 65: 199-205.
 28. Fu LX, Cheng ZH, Deng LQ. Effects of iodine nutritional status of fetuses, infants and young children on their intelligence development in the areas whit iodine-deficiency disorders. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi* 1994; 28: 330-332.
 29. Escobar del Rey F, Martín T, Turmo C, Mallol J, Obregón MJ, Morreale de Escobar G. Alteraciones por deficiencia de yodo en Las Hurdes. I. Deficiencia de yodo y efectos del Lipiodol ®. *Endocrinología* 1987; 40 (Supl 2): 61-73.
 30. Delange F. The disorders induced by iodine deficiency. *Thyroid* 1994; 4: 107-127.
 31. Aghini Lombardi F, Pinchera A, Antonangeli L. Mild iodine deficiency during fetal/neonatal life and neuropsychological impairment in Tuscany. *J Endocrinol. Invest* 1995; 18: 57-62.
 32. Greenblatt DJ, Ransil BJ, Harmatz JS, Smith TW, Duhme DW, Kochwesh J. Variability of 24-hour urinary creatinine excretion by normal subjects. *J Clin Pharmacol* 1975; 16: 321-328.
 33. Webb E. Delinquency: the role of the paediatrician. *Current Paediatrics* 2003; 13: 279-283.

TABLA 1. COCIENTE INTELECTUAL (CI) DE TODA LA POBLACIÓN ESCOLAR ESTUDIADA Y SU DISTRIBUCIÓN POR PERCENTILES.

	CI
Total (media ± SD)	97,2 ± 17,1
Percentiles de CI:	
P-5	65,1
P-10	74
P-25	87,3
P-50	99
P-75	109
P-90	117
P-95	121

TABLA 2. COCIENTE INTELECTUAL (CI) EN FUNCIÓN DE SEXO, CURSO ESCOLAR, BOCIO Y NIVELES DE YODURIA.

Variable de clasificación	CI	P
<i>Sexo:</i>		
Niños	96,34 ± 17,44	NS
Niñas	98,17 ± 16,73	
<i>Curso:</i>		
1.º Primaria	97,73 ± 14,58	NS
5.º Primaria	96,27 ± 19,34	
2.º E.S.O.	97,78 ± 16,69	
<i>Bocio:</i>		
No	97,36 ± 17,11	NS
IA	96,10 ± 17,10	
IB	100,48 ± 17,22	
<i>Yoduria:</i>		
= 100 µg/L	96,40 ± 17,46	0,01
> 100 µg/L	99,03 ± 15,81	

NS: no significativo.

E.S.O.: Enseñanza Secundaria Obligatoria.

TABLA 3. PREVALENCIA (%) Y RIESGO (OR) DE TENER UN COCIENTE INTELECTUAL (CI) POR DEBAJO DEL PERCENTIL 25 EN FUNCIÓN DE NIVELES DECRECIENTES DE YODURIA (µg/L).

Yoduria ***	% niños con CI ≤ p-25	β	EEβ	OR **	IC 95 %	P *
> 150	16,5			1		
> 100 y ≤ 150	22,5	0,39	0,28	1,48	0,85-2,56	0,16
> 50 y ≤ 100	26,4	0,6	0,25	1,83	1,12-2,97	0,01
> 25 y ≤ 50	26,7	0,63	0,31	1,89	1,02-3,45	0,04
≤ 52	30,1	0,83	0,31	2,31	1,25-4,21	0,007

* Ajustado por la edad y el sexo.

** Riesgo (OR) de tener un CI por debajo del P-25 en función de los diferentes niveles de yoduria (variable exposición).

*** Yoduria (variable dummy). Categoría de referencia yoduria >150 µg/L.

TABLA 4. MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA:

Variable Dependiente: CI= 0 (CI > P-25); CI = 1 (CI <= P-25).

Variables Independientes:

- *Consumo de sal* (sal) (variable dummy): 1= sal común; 2= sal marina; 3= sal yodada (categoría de referencia= 3).
- *Consumo de lácteos* (variable dummy): 0= 3 veces/día; 1= 2 veces/día; 2= menos de 1 vez/día (categoría de referencia= 1).
- *Sexo*: 0= niños; 1= niñas (categoría de referencia= niñas).
- *Edad* (años)= variable continua.

Modelos	Variable dependiente	β	EE β	OR	IC 95 %	P
Modelo 1	Sal: 2 vs 3	0,33	0,18	1,39	0,98-1,98	0,07
	1 vs 3	0,53	0,22	1,7	1,10-2,61	0,01
Modelo 2	Lácteos: 1 vs 0	-0,12	0,18	0,88	0,62-1,26	0,5
	2 vs 0	0,45	0,2	1,57	1,06-2,32	0,02
Modelo 3	Sal: 2 vs 3	0,32	0,18	1,38	0,97-1,96	0,08
	1 vs 3	0,53	0,22	1,74	1,10-2,61	0,01
	Lácteos: 1 vs 0	-0,1	0,18	0,89	0,63-1,29	0,55
	2 vs 0	0,43	0,2	1,54	1,04-2,27	0,03
Modelo 4	Sal: 2 vs 3	0,31	0,18	1,36	0,96-1,94	0,09
	1 vs 3	0,45	0,21	1,75	1,04-2,37	0,01
	Lácteos: 1 vs 0	-0,09	0,18	0,91	0,64-1,30	0,61
	2 vs 0	0,45	0,21	1,58	1,04-2,37	0,03
	Sexo	0,3	0,16	1,35	0,99-1,85	0,06
	Edad	0,0013	0,027	1	0,95-1,06	0,96

ORIGINAL

Cumplimiento de 12 horas de ayuno para la realización de análisis de sangre en la zona básica de salud de Archidona

Picossi García S¹; Molina Mendoza P²; Pérez Milena A³; Aguilera Fuentes C⁴; Espinar Parejo P⁵; Lopera Puerto M⁵.

¹ Médico de Familia. Centro de Salud de Archidona (Málaga); ² FEA de Análisis Clínicos. Hospital de Antequera (Málaga); ³ Médico de Familia. Consultorio de Jimena. Centro de Salud de Mancha Real (Jaén); ⁴ ATS/DUE. Consultorio de Villanueva de Algaidas. Centro de Salud de Archidona (Málaga); ⁵ Auxiliar de Clínica. Centro de Salud de Archidona (Málaga).

CUMPLIMIENTO DE 12 HORAS DE AYUNO PARA LA REALIZACIÓN DE ANÁLISIS DE SANGRE EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE ARCHIDONA

Objetivos: 1. Conocer la proporción de usuarios de nuestra zona que ha ayunado al menos 12 horas para la realización un análisis de sangre; 2. Conocer si el cumplimiento se asoció a la edad, género o conocimiento de la norma de ayunar 12 horas.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Zona Básica de Salud de Archidona.

Población y muestra: Se obtuvo una muestra de 293 individuos de forma consecutiva de la población de 9 cupos médicos.

Intervenciones: A los usuarios seleccionados se les pasó una encuesta en la que recogían datos relativos a las variables a estudiar.

Resultados: – Proporción de usuarios que ayunaron al menos 12 horas: 21,5%. IC_{95%}: 16,6%-26,3%; – Proporción de menores de 50 años cumplidores: 15,5%; proporción de usuarios con edad igual o superior a 50 años cumplidores: 23,9%. (p < 0,03); – Proporción de usuarios que conocía la norma de ayunar 12 horas: 11,6%. IC_{95%}: 7,7%-15,4%.; – Proporción de conocedores de la norma cumplidores: 44,1%; proporción de no conocedores de la norma cumplidores 18,5% (p < 0,002).

Conclusiones: – Solo el 21,5% de los usuarios de nuestra zona cumplen 12 horas de ayuno para la realización de un análisis de sangre; – El cumplimiento del ayuno de 12 h se asocia al conocimiento de la norma y a ser mayor de 50 años. Sin diferencias por género.

Palabras clave: Ayuno (Fasting), análisis (Analytes), toma de muestras (Sample collection).

PATIENT COMPLIANCE WITH A 12-HOUR FASTING RULE PRIOR TO TAKING BLOOD SAMPLES IN A BASIC HEALTH ZONE IN ARCHIDONA

Goals: 1. To find out what proportion of patients in our zone fasted at least 12 hours prior to taking blood samples; 2. To find out whether compliance was associated with age, gender or awareness of the 12-hour fasting rule.

Design: Descriptive cross-sectional study.

Setting: Archidona Basic Health Zone.

Population and sample: A sample of 293 individuals was obtained consecutively from a population pertaining to 9 different medical practices.

Methods: Participating patients filled out a questionnaire that contained information relevant to the variables under study.

Results: – Proportion of persons who fasted at least 12 hours: 21.5%. CI_{95%}: 16.6%-26.3%; – Proportion of persons under age 50 who complied with the fasting rule: 15.5%; proportion of persons who complied with the rule and whose age was equal to or greater than 50 years: 23.9%. (p < 0.03); – Proportion of persons who were aware of the 12-hour fasting rule: 11.6%. CI_{95%}: 7.7%-15.4%; Proportion of persons who were aware of the rule: 44.1%; proportion of persons who were unaware of the rule: 18.5%. (p < 0.002).

Conclusions: – Only 21.5% of the patients in our zone complied with the 12-hour fasting rule prior to their blood analysis; – Compliance with the 12-hour fasting rule is associated with awareness of the rule and with being over 50 years of age. No differences were associated to gender.

Key words: fasting, analysis, sample collection.

Correspondencia: Salvador Picossi García. Av. Andalucía n.º 2. 18340. Fuente Vaqueros (Granada). Teléfono: 958 517 083, 659 828 319. Fax: 952 716 400. E-mail: salvapicossi@hotmail.com

Recibido el 07-05-2004; aceptado para publicación el 28-09-2004.

Medicina de Familia (And) 2004; 5; 136-139

Introducción

En la garantía de calidad de las pruebas de laboratorio es fundamental la fase preanalítica, en aspectos relativos a la correcta cumplimentación de la solicitud y a la obtención y recogida de muestras¹. Diversos factores pueden influir en esta fase sobre los resultados de las pruebas². La dieta es uno ellos. El alcance de las alteraciones inducidas por la alimentación sobre las magnitudes analíticas depende de la composición del alimento y del tiempo transcurrido entre la toma de la muestra y la ingestión alimentaria². Está suficientemente documentada la influencia de la dieta y el ayuno sobre los diferentes parámetros analíticos tanto de hemograma como de bioquímica, siendo esta influencia clínicamente relevante en muchas ocasiones^{2, 3, 4}.

Existen diversas recomendaciones sobre el número de horas de ayuno antes de la realización de un análisis de sangre según los parámetros a analizar^{1, 2, 4, 5, 6, 7, 8}. La recomendación más universal es la de realizar 12 horas de ayuno antes de la extracción de sangre, permitiéndose sólo la ingesta de agua y los medicamentos prescritos^{2, 7}. En el documento de solicitud de análisis utilizado en nuestra Zona Básica de Salud (ZBS) se da la instrucción de no tomar alimentos ni alcohol en las 12 horas previas a la extracción. Nosotros pretendemos conocer en este estudio si se cumplen estas condiciones en nuestros pacientes. Para ello nos planteamos como objetivos:

1. Conocer la proporción de usuarios de nuestra zona que ha ayunado al menos 12 horas para la realización de un análisis de sangre.
2. Conocer si el cumplimiento se asoció a la edad, género o conocimiento de la norma de ayunar 12 horas.

Sujetos y métodos

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: Zona Básica de Archidona, Distrito Sanitario «La Vega» de Antequera (Málaga).

Sujetos: Se obtuvo una muestra de 293 individuos, de 9 cupos médicos, a los que se les prescribió un análisis de sangre que incluyera hemograma y/o bioquímica. La muestra se seleccionó de forma consecutiva de entre los usuarios que acudían a 3 puntos de extracción de la zona, en un punto de corte determinado en el mes de mayo de 2003. El tamaño de la muestra se calculó para obtener una precisión de al menos el 6% en la estimación del porcentaje de sujetos que habían ayunado al menos 12 horas. Se excluyeron los individuos cuya petición de análisis había sido cursada por alguno de los profesionales que conocían la realización del estudio.

Mediciones: En el momento de la extracción, a los usuarios que cumplían criterios de inclusión se les pasaba una encuesta que recogía las variables de estudio: edad, género, última hora de comida, hora actual y conocimiento de la norma de ayunar 12 horas. En caso de niños, esa información la aportaba el acompañante mayor de edad. Con estos datos se calcularon intervalos de confianza para la proporción de usuarios que ayunaron al menos 12 horas, y para los que conocían la norma; además se hicieron test de contrastes de hipótesis para la comparación de proporciones de cumplimiento según edad, género y conocimiento de la norma.

Resultados

De los 293 sujetos de la muestra de estudio, 117 fueron varones y 176 mujeres. En un total de 63 sujetos la diferencia de tiempo entre la hora de la última comida y la hora de la extracción fue mayor de 12 horas, esto supone un 21,5%, con un IC_{95%}: 16,6%-26,3%. De modo que en nuestra muestra en el 78,5% de los sujetos no se cumplió la norma de ayunar al menos 12 horas para la realización del análisis (Figura 1).

Se calculó la media del número de horas de ayuno entre los sujetos que en los que no se cumplió la norma, esta fue de 10 horas y 41 minutos, con un IC_{95%}: 10 horas y 34 minutos-10 horas y 47 minutos.

Si analizamos por género, el 23% de los varones cumplió las 12 horas de ayuno, siendo este resultado del 20,4% en mujeres. No se encontró asociación significativa entre el sexo y el cumplimiento ($p > 0,71$).

Para estudiar la asociación entre el cumplimiento y la edad, dividimos la muestra en 2 grupos escogiendo un límite arbitrario de edad, así uno incluía a los de menores de 50 años y otro a los de edad igual o superior a 50 años. En el grupo de menor edad el porcentaje de cumplimiento fue del 15,5%, mientras que en el grupo de mayor edad fue del 23,9% (Figura 2). Se encontró asociación significativa entre pertenecer al grupo de más edad y cumplir las 12 horas de ayuno ($p < 0,03$).

Al preguntar a los participantes si conocían la norma de ayunar al menos 12 horas, 34 contestaron afirmativamente, esto supone el 11,6%, con un IC_{95%}: 7,7%, 15,4%. Entre los conocedores de la norma, el 44,1% cumplió las 12 horas de ayuno, y entre los no conocedores, cumplieron el 18,5% (Figura 3). Se encontró asociación significativa entre conocer la norma de ayunar 12 horas y cumplirla ($p < 0,002$).

Discusión

Hemos podido comprobar, a la luz de los resultados, que la población de nuestra zona no cumple en un alto porcentaje las 12 horas de ayuno que se recomiendan antes de la realización de un análisis de sangre. Cabe preguntarse hasta qué punto este resultado es trascendente en la validez de los resultados.

La petición de análisis clínicos es algo habitual en la consulta del médico de familia, entre un 4 y un 8% de las visitas incluyen una petición de análisis de laboratorio¹. Es importante el cumplimiento de unas normas de calidad en la fase preanalítica, para lo cual es fundamental controlar los factores que influyen en esta fase en la validez de los resultados, entre los cuales está la realización de previo ayuno. Según qué parámetro se analiza se recomien-

da un número mínimo de horas de ayuno^{4, 6, 7, 8} en particular es importante hacer 12 horas de ayunas para los triglicéridos, incluidos además en el petitorio básico recomendado por la OMS¹. Pero en general, como hemos dicho anteriormente, se ha consensuado que estas 12 horas sean recomendadas para la realización de cualquier análisis de sangre. Esto es en parte debido a que la concentración de diversos metabolitos de los alimentos puede aumentar en sangre venosa o alterarse debido a los efectos hormonales postabsortivos².

Aunque la magnitud de las diferencias en los resultados de los análisis según se cumpla el ayuno, no son en general muy grandes³, sí son lo suficientemente significativas para tenerlo en cuenta, sobre todo porque entre los parámetros más sensibles a este factor está la glucemia y la trigliceridemia, ambos solicitados con mucha frecuencia. Así, nuestro estudio revela que hay una limitación en la validez de los resultados de los análisis de sangre. De todos modos, como aspectos positivos, habría que resaltar que todos los individuos encuestados habían ayunado y que el número medio de horas de ayuno fue relativamente alto, con lo cual se puede intuir que los resultados no se afectarían en gran medida.

Llama la atención el escaso porcentaje de usuarios que decía conocer la norma de ayunar 12 horas. Esto nos hace pensar que los profesionales peticionarios de los análisis no instruyeron a sus pacientes sobre esta norma, y que estos no leyeron las instrucciones al paciente que vienen en el dorso de la petición del análisis.

Resulta lógica la asociación del conocimiento de la norma con su cumplimiento, aunque es de destacar como más de la mitad de los que dijeron conocer la norma, no la cumplió, lo que quizá indique que no le da mucha importancia.

Entre las limitaciones de este estudio cabe destacar que para estimar el número de horas de ayuno, se apela al recuerdo de la hora de la última comida, con el error que ello puede conllevar. Además hay que tener en cuenta la sinceridad en la respuesta del usuario, en el que se está explorando el cumplimiento. Pensamos que esto podría haber magnificado el número de horas de ayuno estimadas.

Otro factor a tener en cuenta, es la diferencia entre la hora en que se ha citado al paciente para la extracción de sangre, y la hora en la que realmente se realizó. Si hay retraso, como es habitual, se aumentaría el número real de horas de ayuno que hubiesen resultado con puntualidad, con lo cual se magnifica la intención de ayunar 12 horas. De todos modos esto no se ha cuantificado.

Los resultados obtenidos podrían variar según la época del año en que se realice, teniendo en cuenta los hábitos horarios de las comidas. Así en los meses en los que los días son más largos, la hora de la cena suele ser a horas más tardías. Este estudio ha sido realizado en el mes de mayo, cuando los días son más largos, y esto ha podido influir minimizando el número de horas de ayuno estimadas.

El tratamiento estadístico de las variables asociadas se podría considerar escaso. El objetivo fundamental del estudio es estimar la proporción de usuarios cumplidores, para lo cual se ha calculado el tamaño muestral, que resultaría insuficiente para hacer un análisis pormenorizado, en particular de la edad. Para esta variable hemos considerado sólo 2 grupos con un límite arbitrario de 50 años, lo que nos da una limitada información.

Creemos que razonablemente estos resultados podrían extrapolarse a otras zonas dadas las características del estudio, de todos modos habría que hacer nuevas investigaciones para confirmarlo.

Recomendamos a los profesionales sanitarios que solicitan análisis de sangre, que expresen verbalmente y por escrito al paciente la norma de ayunar 12 horas, ya que los resultados son referenciados con estas condiciones y así aumentaría la validez al mejorar la calidad en la etapa preanalítica.

La conclusión principal de este estudio es que la mayoría de los usuarios no cumple con la norma de ayuno aconsejada para la realización de análisis de sangre, en muchas ocasiones por desconocimiento. De ahí resaltamos el papel fundamental que tiene el profesional sanitario en instruir al paciente en este importante requisito en aras a mejorar la calidad.

Bibliografía

1. Córdoba García R, Hernández Moreno AC. Pruebas diagnósticas en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 4.ª ed. Barcelona: Harcourt-Brace; 1999. p. 311-29.
2. Guder WG. Muestras: del paciente al laboratorio. Darmstadt; Git Verlag GmbH; 1996.
3. Leppänen E. When to collect blood specimens: midmorning vs fasting samples. *Clinical Chemistry* 1998; 44:12: 2537-2542.
4. Valores Bioquímicos. URL: www.ctv.es/USERS/pasi/labora/bioquim.htm
5. Exámenes de laboratorio en ayunas. URL: www.saludhoy.com/htm/exam/articulo/exayuno3.html
6. Indicaciones para estudios. URL: www.farestaie.com.ar/docs/indica.html
7. Etapa de preparación del paciente (preanalítica). URL: www.analisisclinicos.com/ellaboratorio.html
8. Recolección de muestras de sangre. URL: www.gomexvesga.com/referencia/msangre.htm

Figura 1. Proporción de usuarios que cumplieron ayuno de 12 horas.

Cumplimiento de 12 horas de ayunas

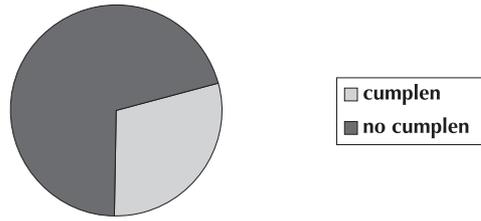


Figura 2. Cumplimiento de 12 horas de ayuno por grupos de edad.

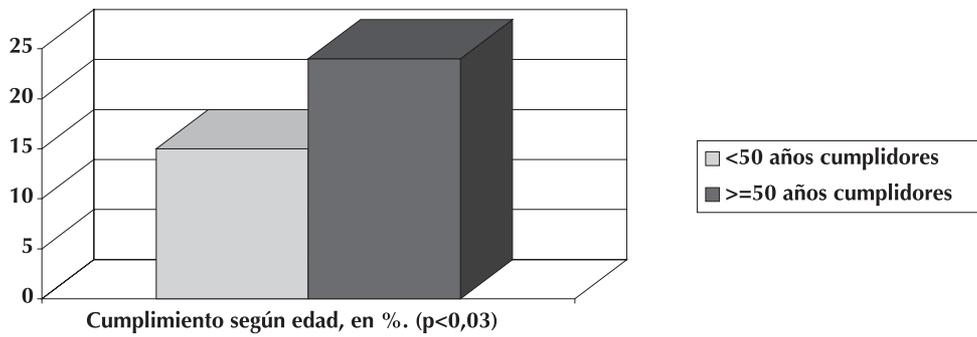
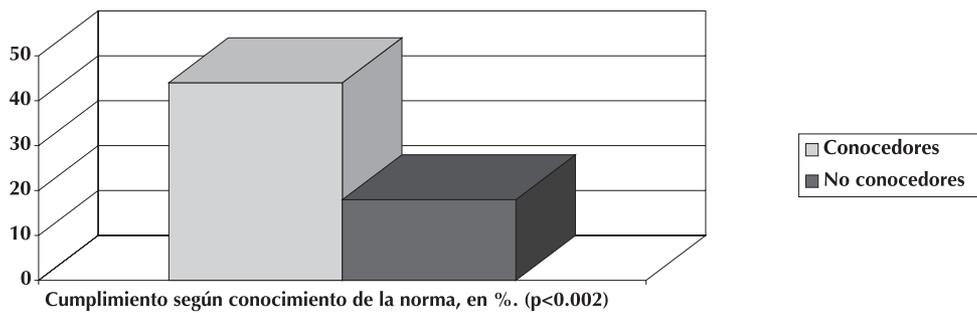


Figura 3. Cumplimiento de 12 horas de ayuno según conocimiento de la norma.



ORIGINAL

Intervención educativa con niños asmáticos en Atención Primaria

Gallardo Muñoz P¹; González Marchante AM¹; Juncal Otero I¹; Toledo R¹; La Hoz Rallo B².

¹ Centro de Salud de Pinillo Chico. Puerto de Santa María (Cádiz); ² Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cádiz

INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON NIÑOS ASMÁTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivos: Conocer la situación sociosanitaria de los niños asmáticos y medir la efectividad de una intervención educativa.

Diseño: Efectividad antes-después.

Emplazamiento: Centro de Salud con población infantil (0-14 años) de 3680.

Población y muestra: 53 niños incluidos en el programa de atención al niño asmático desde octubre de 2002 hasta agosto 2003.

Mediciones: Los datos se recogieron durante seis meses previos y seis meses posteriores a la introducción del niño en el programa. Se realizó a través de las historias clínicas del Servicio Andaluz de Salud y del programa de atención del niño asmático. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, de resultado y de utilización. El análisis se realizó mediante el programa informático SPSS versión 11.0.

Resultados: La edad media fue de $5,9 \pm 3,05$ años siendo el 50,9% niños. El perfil socio demográfico fue tipo de familia nuclear (96,2%) con vivienda urbana (71,7%) y ausencia de humedad en las viviendas (75,5%). Antecedentes asmáticos en el 15,1% de los padres y 17,0% de las madres. Fumadores activos 47,2% de padres y 37,7% de madres. Diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención en el cumplimiento de la medicación, uso correcto de inhaladores, número de consulta a demanda totales y por asma y número de urgencias en atención primaria por asma.

Conclusiones: Se observó una buena adherencia al programa, que fue efectivo en las variables de resultados antes mencionadas y en la disminución de la utilización de servicios de atención primaria.

Palabras clave: asma infantil, educación para la salud.

AN EDUCATIONAL INTERVENTION WITH ASTHMATIC CHILDREN IN A PRIMARY CARE SETTING

Goal: To learn more about the social and health care situation of asthmatic children and to measure the effectiveness of an educational intervention.

Design: Pre- and post-effectiveness.

Setting: A health center serving a population of 3,680 children (from 0-14 years).

Population and sample: 53 children enrolled in a program on caring for asthmatic children from October 2002 until August 2003.

Interventions: Data was collected during a six-month period prior to and following the child's entry into the program. Information was extracted from clinical histories in the Andalusian Health Service and from the childhood asthma care program. The following variables were gathered: socio-demographics, clinical, results, and use. The analysis was done using version 11.0 of the SPSS program.

Results: The average age was 5.9 ± 3.05 years and 50.9% were boys. The socio-demographic profile corresponded to a nuclear type family (96.2%) who lived in an urban setting (71.7%) in buildings that did not have humidity problems (75.5%). 15.1% of the fathers and 17% of the mothers had a prior history of suffering from asthma. 47.2% of the fathers and 37.7% of the mothers were active smokers. Statistically significant differences before and after the intervention were found for taking medication, correct use of inhalers, overall number of requests for doctor's appointment, including those due to asthma, and the number of visits to the center's emergency services due to asthma.

Conclusions: Good adherence to the program was found. The program was found to be effective in the before and after variables, as well as in reducing the use of primary care services.

Key words: childhood asthma, health education.

Correspondencia: Ana M.ª González Marchante. Avda. Mayorazgo n.º 34, Puerta 4 derecha. 11130 Chiclana de la Frontera (Cádiz). Teléfono: 654 021 844. Correo electrónico: carcalv@hotmail.com.

Recibido el 14-06-2004; aceptado para publicación el 28-09-2004.

Medicina de Familia (And) 2004; 5; 140-146

Introducción

El asma es la patología de mayor prevalencia en la infancia (10-15% de los menores de 14 años). Se ha observado un aumento real en dicha prevalencia en los últimos veinte años, cuyas razones aún no están claras¹⁻³ y, paralelamente, en los índices de morbilidad y mortalidad⁴.

Este aumento se refleja principalmente en los grupos socioeconómicos más bajos y en poblaciones minoritarias⁵. Sus síntomas vienen determinados por el grado de inflamación y obstrucción bronquial existentes⁶ y a menudo son engañosos en la infancia, por lo que pueden retrasar el diagnóstico precoz⁷, el cual se confirma al demostrar una obstrucción reversible de las vías aéreas en niños con edad suficiente (5-7 años) para realizar espirometría o medidas de Flujo Espiratorio Máximo (FEM). En los menores, el diagnóstico se basará en los síntomas y en la historia clínica⁸. Su patogenia está relacionada con la alergia.

Dada su elevada prevalencia y repercusión en la población infantil, tanto en términos de salud como psicosociales: absentismo escolar⁹, alto índice de incapacidad con restricción de deportes y juegos^{10, 11} y de calidad de vida, se convierte en un problema sanitario de primera magnitud que origina una importante demanda y consumo de recursos, generando un gran impacto social y un coste elevado¹².

Todos estos aspectos hacen imprescindible un abordaje específico de esta enfermedad englobado en un programa de atención integral al niño asmático en el que la intervención educativa resulta fundamental y aceptada por todos los documentos de consenso nacional e internacional¹³⁻¹⁷. Según éstos, los niños asmáticos y sus familias tienen derecho a recibir una educación (adquisición de conocimientos, técnicas de «auto-ayuda» y responsabilidad en el manejo) que les ayude a mejorar su calidad de vida relacionada con la salud. Esta educación debe ser proporcionada por el pediatra y el personal de enfermería de los respectivos centros de salud, dada su accesibilidad al niño, a su familia y a su entorno¹⁸.

Existe experiencia previa en la puesta en marcha de programas de atención al niño asmático, tanto a nivel nacional como internacional. Las revisiones sistemáticas aportan experiencias previas en programas convencionales (estructurado en visitas programadas) que son los más frecuentemente aplicados¹⁹⁻²⁴. Otras alternativas son las de tipo interactivo a través de Internet²⁵, los domiciliarios²⁶, los llevados a cabo en los Servicios de Urgencias hospitalarios^{27, 28} y todos ellos con posibilidad de incluir planes de actuación por escrito²⁹.

Se aconseja en algunos estudios la integración de estos programas en la consulta a demanda³⁰⁻³². En general, se demuestra que todos ellos consiguen una mejoría del

paciente asmático en aspectos clínicos, y además, los domiciliarios en aspectos psicosociales, existiendo controversia sobre los beneficios de los aplicados en urgencias hospitalarias. Las guías clínicas consultadas dan especial importancia dentro del abordaje del asma infantil a los aspectos educativos³³ aconsejando el desarrollo de planes basados en la medición del FEM (con un nivel de evidencia A-B)^{34, 35} y planes por escrito (con un nivel de evidencia A-B)^{36, 37} y también son recomendados por expertos³⁸. Están especialmente indicados en pacientes con asma persistente moderado-severo o con historia de exacerbaciones graves³⁹, sobre todo los atendidos a nivel hospitalario⁴⁰ y, aunque en menor grado, también en atención primaria^{36, 39}. Existen estudios previos que miden distintos aspectos en relación con el coste-efectividad de estos programas y que han demostrado resultados significativos en la mejora de la calidad de vida del niño asmático: mejor diagnóstico, más habilidades, menos crisis, menor consumo de recursos sanitarios^{41, 42}.

Nuestro estudio pretende conocer la situación socio-sanitaria de los niños asmáticos y medir la efectividad de una intervención dirigida a ellos y a sus padres.

Material y métodos

Se realizó un estudio de efectividad antes-después. La población estudiada fueron los 53 niños incluidos en el programa de atención al niño asmático desde su inicio (octubre de 2002) hasta agosto del 2003.

El ámbito de estudio fue el Centro de Salud Pinillo Chico de El Puerto de Santa María (Cádiz), que cubre oficialmente una población total de 20180 habitantes con 3680 niños de entre 0 a 14 años según fuentes del propio centro.

La finalidad del programa consistió en obtener ausencia de síntomas y crisis, llevar una vida normal haciendo deporte, obtener una función pulmonar dentro de límites normales y prevenir la limitación crónica del flujo aéreo.

La metodología del programa de atención al niño asmático consistió en la realización de una intervención de forma individualizada fuera de la consulta a demanda (planificada previamente) con una duración estimada de 45-60 minutos en primera visita y 30 minutos en revisiones posteriores. La frecuencia se planificó según las necesidades individuales. La educación se escalonó de la siguiente forma:

1. Control médico: explicación a través de mensaje hablado, escrito y con apoyo visual sobre el concepto de asma, como enfermedad controlable, estimulación a realizar vida normal, reconocimiento de la técnica de inhalación y reconocimiento precoz de síntomas.
2. Control compartido: ampliación de conocimientos, consenso sobre tratamientos y estilos de vida, inicio del manejo del medidor de FEM (Flujo Espiratorio Máximo) y reconocimiento de la crisis asmática y su tratamiento precoz.
3. Autocontrol y control en familia: inicio en la toma de decisiones autónomas positivas para el asma.

El programa contó con los recursos humanos y materiales propios del centro de salud (espirómetro, medidores de FEM y pruebas cutáneas) y material educativo (material para ensayos, apoyos visuales, documentación para el niño y la familia y una escala de calidad de vida).

La recogida de datos se realizó durante seis meses previos y seis meses posteriores a la introducción del niño en el programa, obteniéndose a través de las historias clínicas de la aplicación informática del Servicio Andaluz de Salud (TASS) y las recogidas en el programa de atención al niño asmático (programa AXON)⁴³.

Las variables analizadas fueron:

Variables sociodemográficas: edad a la inclusión en el programa, sexo, tipo de vivienda (urbana, rural o semi-urbana), humedad en la vivienda (esta variable se ha recogido por inspección de las viviendas) y tipo de familia (nuclear, extensa, monoparental o equivalentes familiares).

Variables clínicas: antecedentes materno/paterno de asma, tabaquismo en la madre/padre y estadio de asma previo a la introducción en el programa y tras la finalización del periodo de estudio (episódico, persistente leve, persistente moderado, persistente grave y no diagnóstico previo).

Variables de resultados: todas ellas fueron recogidas seis meses antes de la introducción en el programa y a la finalización del periodo de estudio e incluyó: número de agudizaciones, valor del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), medicación adecuada al estadio de asma según las recomendaciones de la Global Initiative for Asthma (GINA), cumplimiento de la medicación (recogido en un cuestionario Anexo 1) y uso correcto de inhaladores (Anexo 2).

Variables de utilización: medidas en los seis meses previos y posteriores a la inclusión en el programa y fueron: número de consultas a demanda totales, número de consultas a demanda por asma, número de urgencias por crisis de asma atendidas en atención primaria, número de urgencias hospitalarias por asma y número de ingresos hospitalarios por asma.

El análisis se realizó mediante el programa SPSS versión 11.0. En el análisis descriptivo se utilizó media, desviación típica y mediana para las variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas.

En el análisis bivalente se usó el test de chi-cuadrado para las variables cualitativas y la T de Student o ANOVA para la comparación de medias.

Para los datos apareados (antes-después) se utilizó el test de Mc Nemar para la comparación de proporciones y la T de Student para muestras relacionadas para la comparación de medias.

Resultados

Variables sociodemográficas

La media de edad de los pacientes fue de 5,9 años con una desviación típica de 3,05 y un rango de 1 a 12 años. El resto de datos socio-demográficos aparecen en la Tabla 1.

Variables clínicas

Se objetivaron antecedentes de asma en 8 padres (15,1 %) y en 9 madres (17,0%); 25 padres (47,2%) y 20 madres (37,7%) eran fumadores.

El tipo de asma en los niños según la clasificación clínica de la GINA se recoge en la Tabla 2.

En cuanto al número de agudizaciones observadas se obtuvo una media previa de 1.88 con una desviación típica de 1.33, y una media posterior de 1.00 con una desviación típica de 1.34.

Variables de resultado

Se observó una buena adherencia al programa por parte de padres y pacientes lo cual se vio reflejado en el escaso número de ausencias a consultas programadas, acudiendo a todas las consultas en su mayoría (88.7%) siendo la media del número de visitas de 3.4 con una desviación típica de 1.28.

Las variables manejo correcto de inhaladores y cumplimiento de la medicación antes y después de la interven-

ción, mostraron diferencias estadísticamente significativas en nuestro estudio, según se refleja en la Tabla 3.

El tratamiento recibido, de acuerdo con las recomendaciones terapéuticas para cada tipo de asma que propone la GINA, era adecuado en un 50,9% de los niños previamente a su introducción en el programa y en 62,3% a la finalización del periodo de estudio.

Variables de utilización

Se encontró significación estadística en las todas las variables referidas a consultas en atención primaria (número total de consultas a demanda, número de consultas a demanda por asma y número de visitas a urgencias de atención primaria por asma) según se refleja en la Tabla 4.

Por lo que respecta a las urgencias e ingresos hospitalarios, el número fue tan reducido que no fue posible valorar la significación estadística de estas variables.

Por lo que respecta a las urgencias e ingresos hospitalarios, el número fue tan reducido que no fue posible valorar la significación estadística de estas variables.

Discusión

Con respecto a la situación socio-sanitaria de los niños asmáticos en nuestro ámbito, se observa una prevalencia similar entre ambos sexos. Una amplia mayoría de las familias tienen una estructura nuclear y residen en viviendas urbanas en las cuales no hay humedad. Es de destacar la elevada prevalencia de padres fumadores, casi la mitad de los padres y más de un tercio de las madres, siendo el humo del tabaco un factor nocivo para los asmáticos. Este debe ser uno de los pilares básicos de la intervención educativa sobre los padres. Futuros trabajos deben llevar a realizar intervenciones para el abandono del hábito tabáquico por parte de los padres y a valorar su repercusión en el control de la enfermedad.

Ha habido una buena adherencia al programa por parte de padres y pacientes lo cual se ha visto reflejado en el escaso número de ausencias a consultas programadas, acudiendo a todas las consultas la mayoría.

Por otra parte, los resultados del estudio demuestran los beneficios de la intervención en niños asmáticos no sólo a nivel clínico, sino también en aspectos educativos y asistenciales. El programa aplicado en nuestro centro reduce el número de agudizaciones al igual que se ha podido objetivar en otros trabajos³⁰. Esto se ha visto reflejado en una disminución del número de consultas por asma y el número de urgencias por esta enfermedad en atención primaria, lo que ha llevado a una reducción de la demanda total de las asistencias por parte de los pediatras. Con ello se cumple uno de los objetivos del pro-

grama: el autocontrol de los síntomas y la toma de decisiones de forma autónoma.

No se ha podido valorar, debido al escaso número de casos, la repercusión de nuestra intervención en lo que respecta a urgencias e ingresos hospitalarios, si bien la bibliografía publicada hasta el momento revela resultados contradictorios, con disminución de ambos en algunos casos³¹ y aumento en otros²⁸.

Durante nuestro periodo de seguimiento se ha observado una mejora en la adecuación del tratamiento aplicado con el estadio de asma. La técnica inhalatoria se ha visto perfeccionada de forma significativa, hecho que se había observado en intervenciones realizadas previamente³².

El cumplimiento del tratamiento por parte del paciente se ha visto algo reducido, lo cual en nuestra opinión puede haberse visto influenciado por el cambio en el estadio de asma durante el periodo de estudio y/o por dejar de tomar la medicación de mantenimiento al encontrarse subjetivamente mejor una vez conocidos y controlados los factores.

La principal limitación de nuestro trabajo estriba en el poco número de casos incluidos en el programa en el periodo de tiempo evaluado, a pesar de lo cual se constata significación estadística en la mayoría de las variables evaluadas. Sería un objetivo para futuros trabajos poder completar este estudio aumentando el número de pacientes, dado que el programa continúa aplicándose en nuestro centro. Otra de las limitaciones metodológicas que podríamos considerar es la diferencia en la aplicación del programa en función del profesional implicado, lo que también se observa en la cumplimentación de las visitas al centro en el TASS, debido en ambos casos a la variabilidad y no uniformidad en la recogida de datos. Por último, al no disponer de medios técnicos adecuados para la medición de la humedad (higrómetro) en los domicilios estudiados, la recogida de esta variable se ha hecho por inspección de signos de humedad en las viviendas, lo cual puede haber introducido un sesgo en dicha variable.

Apoyos recibidos

Unidad docente de medicina familiar y comunitaria de Cádiz.

Bibliografía

- Lissauer T, Clayden G. Texto Ilustrado de Pediatría. Madrid: Hancort; 2002.
- Magnus P, Jaakkola J. Secular trend in the occurrence of asthma among children and young adults: critical appraisal of repeated cross sectional Surveys. *BMJ* 1997; 314: 1795-1799.
- Senthilselvan A. Prevalence of physician-diagnosed asthma in Saskatchewan, 1981-1990. *Chest* 1998; 114: 388-392.
- Ng T, Tan W. Temporal trends and ethnic variations in asthma mortality in Singapore, 1976-1995. *Thorax* 1999; 54: 990-994.
- Cunningham J, Dockery D, Speizer F. Race, asthma, and persistent wheeze in Philadelphia schoolchildren. *Am J Public Health* 1996; 86: 1406-1409.
- García-Sicilia López J, Almaraz Garzón ME, Ares Segura S, Muñoz Hiraldo M, Ramos Boluda E, Acitores Sez E, et al. Manual práctico de pediatría en atención primaria. Madrid: Publimed; 2001.
- Labbe A. Asthma in children. *Allerg Immunol (Paris)* 2000; 32: 389-92
- Evidencia Clínica: La fuente internacional de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva en salud. Bogotá-Colombia: Legis S.A; 2002.
- Doull I, Williams A, Freezer N, Holgate S. Descriptive study of cough, wheeze, and school absence in childhood. *Thorax* 1996; 51: 630-631.
- Perrin J, Kuhlthau K, McLaughlin T, Ettner S, Gortmaker S. Changing patterns of conditions among children receiving supplemental security income disability benefits. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 80-84.
- Newacheck P, Halfon N. Prevalence, impact, and trends in childhood disability due to asthma. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 287-293.
- Lozano P, Fishman P, VonKorff M, Hecht J. Health care utilization and cost among children with asthma who were enrolled in a health maintenance organization. *Pediatrics* 1997; 99: 757-764.
- National Institutes of Health. Global inactive for asthma: Global strategy for asthma management and prevention NIH-BI/WHO WORKSHOP REPORT 1995. NIH Publication NO 95-3659.
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Recomendaciones para la Atención al Paciente con Asma. *ARCH Bronconeumology* 1993; 29: 309-311.
- Grupo de Trabajo de Asma Infantil. Sección de Neumología Pediátrica de la AEP. Protocolo de Tratamiento del Asma Infantil. *Anales Españoles de pediatría*. 1995; 43: 439-446.
- Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Expert Panel Report 11 Bethesda MO: National asthma education and prevention program April 1997 (NIH Publication NO 97-4051).
- Triads International Pediatric Consensus Statement on the Management on children asthma. *Pediatric Pulmonology*, 1998. 25: 1-17.
- Hoekstra MO. Treatment of asthma in children; revised guidelines by pediatric pneumologists. Section of Pediatric Lung Diseases of the Dutch Association of Pediatric Medicine. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 14: 2223-9.
- López A, Pérez Santos J, Del Campo C, Del Castillo F, Manjón N, Menéndez A, et al. Programa de Asma para Atención Primaria. Área Sanitaria U. Gijón: INSALUD; 1995.
- Díaz C, Alonso L, García M. Programa del Niño Asmático. Oviedo: INSALUD; 1995.
- Plan de Atención al Niño con Asma del Área Sur occidental de Asturias. INSALUD; 1997.
- Bosque M, Casas S, Fajó G, Fernández MI, Gran M, Ibero M, et al. Protocolo Dásma Bronquial. Server: Catalá de la Salut. Sector Sanitari Sabadel; 1996.
- Moudgil H, Marshal T, Honeybourne D. Asthma Education and Quality of Life in the Community: A Randomised Controlled Study to Evaluate the Impact on White European and Indian Subcontinent Ethnic Groups from Socio economically Deprived Areas in Birmingham, UK. *Thorax* 2000; 55: 177-183.
- Stevens CA, Wesselvine LV, Couriel VM, Dyer AJ, Osman LM, Silverman M. Parenteral Education and Guided Self-Management of Asthma and Wheezing in the Pre-school Child: A Randomised Controlled trial. *Thorax* 2002; 57: 39-44.
- Krishna S, Francisco BD, Balas EA, Konig P, Graff GR, Mdsen RW. Internet-enabled interactive multimedia asthma education program: a randomised trial. *Pediatrics* 2003; 111: 503-510.
- Brown IV, Bakeman R, Celano MP, Demi AS, Kobrynski L, Wi1son SR. Home-based asthma education of young low-income children and their families. *Journal of Pediatric Psychology* 2002; 27: 677-688.
- Stevens CA, Wesseldine LJ, Couriel LM, Dyer AJ, Osman LM, Silverman M Parental education and guided self-management of asthma and wheezing in the pre-school child: a randomised controlled trial. *ACPJ Club* 2002; 137: 64.
- Haby MM, Waters E, Robertson CF, Gibson PG, Ducharme FM. Interventions for educating children who have attended the emergency room for asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; CDO01290.

29. Lim TK. Asthma management: evidence based studies and their implications for cost-efficacy. *Asian Pac J Allergy Immunol* 1999; 17: 195-202.

30. Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Intervenciones educativas para el asma infantil. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Updated Software.

31. Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM. Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMI* 2003; 326: 1308-1309.

32. Gracia-Antequera M, Morales Suarez-Varela M. An intervention to improve the inhalator technique of children and adolescents with asthma. *Allergol Immunopathol* 1999; 27: 255-260.

33. Singapore Ministry of Health. Management of asthma. Singapore: Singapore Ministry of Health; 2002. 58.

34. University of Michigan Health System. UMHS asthma guideline. *Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System*; 2000. 14.

35. Finnish Medical Society Duodecim. Long-term management of asthma. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd; 2001.30.

36. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), British Thoracic Society. British guideline on the management of asthma. *Thorax* 2003; 58 Suppl 1:ii-194.

37. Global Initiative for Asthma (GINA), National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI), World Health Organization (WHO). Global initiative for asthma. Bethesda (MD): Global Initiative for Asthma (GINA), National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI); 2002. 176.

38. National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report: guidelines for the diagnosis and management of asthma Update on selected topics-2002. *J Allergy Clin Immunol* 2002;110: S141-219.

39. Williams SG, Schmidt DK, Redd SC, Storms W. Key clinical activities for quality asthma care: recommendations of the National Asthma Education and Prevention Program. *MMWR Recomm Rep* 2003; 52:1-8.

40. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Managing an acute exacerbation of asthma. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2002. 3: 21.

41. Díaz Vázquez CA, Alonso Bernardo LM, García Muñoz MT, Del Ejido Mayo J, Sordo Espina MA, Alonso JC. Evaluación de las actividades y de la efectividad de un programa del niño asmático desarrollado en atención primaria. *Aten. Primaria* 1997; 19: 199-206.

42. Díaz Vázquez CA, García Muñoz MT, Alonso Bernardo LM, Alonso J C. Programa del Asma del Lactante en Atención Primaria Los Resultados: Evaluación de la Efectividad Clínica y Educativa *Anales Españoles de Pediatría* 1996. Suppl 87:34.

43. Villa Alcázar E. El programa axon para gestión de consultas médicas. *Jano*1995; 49:84-86.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS NIÑOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA

Variables	Número total (N)	Porcentaje %
Sexo		
Hombre	27	50,9
Mujer	26	49,1
Tipo de familia		
Nuclear	51	96,2
Extensa	1	1,9
Monoparental	1	1,9
Equivalentes familiares	0	0
Tipo de vivienda		
Urbana	38	71,7
Rural	6	11,3
Semiurbana	9	17,0
Humedad		
Sí	11	20,8
No	40	75,5
No registrado	2	3,7

TABLA 2. TIPO DE ASMA (GINA)

Tipo de asma	% al inicio del estudio	% al finalizar el estudio
Episódico	75,5	77,4
Persistente leve	9,5	15,1
Persistente moderado	7,5	7,5
Persistente grave	0	0
No diagnóstico previo	7,5	0

TABLA 3. MANEJO CORRECTO DE INHALADORES Y CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN

Variables	% inicio estudio	% fin estudio	Estadística (test McNemar)
Manejo correcto de inhaladores	32,1	62,3	P < 0,01
Cumplimiento de la medicación	64,2	60,4	P < 0,01

TABLA 4. CONSULTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Variables	Media desviación típica al inicio	Media desviación típica al final	Significación estadística
Consultas a demanda totales	7,50 ± 5,78	6,53 5,39	P < 0,001
Consultas a demanda por asma	3,36 2,08	2,15 2,83	P < 0,01
Número de urgencias en atención primaria por asma	0,57 0,72	0,34 0,73	P < 0,001

ANEXO 1. CUESTIONARIO SOBRE CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN

ESCALA DE ADHERENCIA

1. ¿Dejó de tomar la medicación (de mantenimiento) por alguna razón mas de dos días seguidos?
2. ¿Alguna vez no toma la cantidad y las veces que le indicaron cada medicina?
(que explique lo que hace y corregir según refiera)
3. ¿Se olvida alguna vez de tomar las medicinas?
4. ¿Dejó de tomar la medicación (de mantenimiento) porque se sentía mejor?
5. ¿Dejó de tomar alguna medicina (sin consultar al médico) porque se encontraba peor?
6. ¿Alguna vez toma mas medicación de la que le dijeron?

(Puntuación: 0 = Sí; 1 = No)

	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
TOTAL						

ANEXO 2. ESCALAS DE Puntuación PARA LA TÉCNICA DE INHALACIÓN

I. AEROSOL PRESURIZADO CON CÁMARA ESPACIADORA

1. Retira la tapa y agita el frasco antes de usarlo.
2. Coloca verticalmente y en posición invertida el inhalador en la cámara.

3. Exhala normalmente no forzado (sólo puntuar en mayores de 6 años).
4. Ajusta la mascarilla en la cara del niño (o en la embocadura entre los dientes y apretada por los labios) y dispara el cartucho

En mayores de 6 años:

5. Inhala inspirando lenta y profundamente.
6. Mantiene al final de la inspiración un período de apnea de unos 5-6 segundos.

En menores de 6 años:

5. Realiza 4-6 inspiraciones en 10 segundos.
6. Las inspiraciones serán profundas y lentas.
7. Realizar 1 de 2 ó 2 de 4 pulsaciones, espaciándolas 1 minuto.

PUNTUACIÓN DE LA TÉCNICA INHALATORIA

MDI CON CÁMARA ESPACIADORA (0=No; 1=Sí)

	FECHA						
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
TOTAL							

II. INHALADORES DE POLVO SECO

1. Carga el dispositivo correctamente, exponiendo su orificio de salida.
2. Vacía los pulmones antes de inhalar.
3. Coloca la embocadura en los labios, sin dejar resquicios.
4. Inhala inspirando intensa y profundamente a través de la boquilla del inhalador.
5. Mantiene el final de la inspiración un período de apnea de unos 5-6 segundos.
6. Espacia las inhalaciones 1 minuto.

POLVO SECO (0= No; 1=Sí)

	FECHA						
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
TOTAL							

ORIGINAL

Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria

Lomeña Villalobos JA¹, Campaña Villegas FM², Nuevo Toro G², Rosas Soria D², Berrocal Gámez A¹, García Molina F¹.

¹ Médicos de Familia, Centro de Salud de Torre del Mar, Distrito Sanitario Axarquía, Málaga; ² Licenciados en Matemáticas. Universidad de Málaga.

BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo: Valorar los factores relacionados con Burnout y Satisfacción Laboral en profesionales sanitarios.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Distrito sanitario de la Axarquía, Málaga.

Población y Muestra: Muestreo aleatorio estratificado por zonas básicas del Distrito Sanitario de La Axarquía. 63 profesionales sanitarios.

Intervenciones: Hemos usado tres cuestionarios. Uno de variables sociodemográficas. Cuenta con 19 items que intentan recoger información que nos permita relacionarla con el grado de satisfacción laboral (Font-Roja AP) y desgaste profesional (MBI), que son los otros dos cuestionarios a estudio.

Resultados: Participación 98,41%.

El 52,4% (n=33) son mujeres y el 47,6% (n=30) son hombres. Los médicos atienden a 219 pacientes/semana, mientras que los enfermeros atienden a 160 pacientes/semana. El 46,7% de los encuestados (n=32) dice estar orgulloso de pertenecer al S.A.S. La Satisfacción laboral fue Alta en 42%. Moderada en el 54,8 % y Baja en 3,2%. La dimensión que mejor refleja el Burnout es el Cansancio Emocional. En nuestro trabajo este es Alto un 45,2% y Moderado un 16,1% lo que supone el 61,3%. de los profesionales con algún grado de Burnout.

Conclusiones: Alta tasa de Burnout y Moderada Satisfacción laboral en nuestros profesionales. La sobrecarga laboral, los conflictos entre roles y el trabajo asistencial en relación directa con pacientes-usuarios-clientes puede ser la causa.

Palabras clave: Burnout, Satisfacción Laboral.

BURNOUT AND JOB SATISFACTION IN PRIMARY CARE

Goal: To evaluate factors related to burnout and job satisfaction among health professionals.

Design: Descriptive cross-sectional study.

Setting: A Health District in La Axarquía, Malaga.

Population and sample: A random sample stratified by basic health zones in the Axarquía Health District that included 63 health professionals.

Methods: Three questionnaires were used. One of them consisted of socio-demographic variables. 19 items were used to help collect information that would allow us to correlate degree of job satisfaction (Font-Roja Primary Care) with professional burnout (MBI).

Results: Percentage of participation: 98.41%. 52.4% (n=33) were women and 47.6% (n=30) were men. The District's doctors saw 219 patients/week, while its nurses saw 160 patients/week. 46.7% of those surveyed (n=32) said they felt proud to form part of the Andalusian Health Service (*Servicio Andaluz de Salud*). Job satisfaction was "High" among 42% of those surveyed, "Moderate" among 54.8 % and "Low" in 3.2%. Burnout was best reflected in the dimension, "Emotionally Tired". Our study showed this to be High in 45.2% of those surveyed and Moderate in 16.1%, thus suggesting that 61.3%. of the professionals suffered from some degree of job burnout.

Conclusions: Our professionals show a high burnout index and moderate job satisfaction. Work overloads and conflicts between their professional roles and the direct provision of care to patients and clients could be the cause of this.

Key words: burnout, job satisfaction.

Correspondencia: José A. Lomeña Villalobos. Apartado de Correos 51, Torre del Mar, 29740, Málaga. E-mail: info@investigalia.com

Recibido el 24-05-2004; aceptado para publicación el 07-10-2004.

Medicina de Familia (And) 2004; 5; 147-155

Introducción

El grado de calidad y de eficacia de los servicios prestados en un sistema sanitario está en relación directa con el nivel de satisfacción de los profesionales que en él trabajan, y pone de manifiesto que la desmoralización de los mismos es la principal dificultad a la que tienen que enfrentarse los directores y gestores de centros sanitarios¹.

El Burnout es una entidad que fue descrita por vez primera en el año 1974 por Herbert Freudenberger, aunque fue Maslach en 1976 quien primero empleó públicamente este concepto².

Se trata de lo que se denomina el síndrome del quemado, síndrome de Tomás o también síndrome del desengañado, lo que académicamente se entiende como un estado de agotamiento y desgaste laboral, algo que, por otro lado y como se desprende de la literatura, afecta principalmente a los profesionales relacionados con el servicio y la asistencia a los demás, sobre todo profesionales de la enseñanza y sanitarios.

Recientemente J.L. Tizón hace una reflexión interesante³ y para nosotros discutible en donde pone en duda que el burnout tenga entidad clínica independiente y específica y no sea más que una manifestación de un trastorno psicopatológico (ansioso, depresivo, adaptativo o de personalidad).

Los rasgos principales del Burnout son el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja autoestima personal.

En el ámbito laboral el Burnout provoca insatisfacción y deterioro del ambiente laboral, disminución de la calidad del trabajo, absentismo, reconversión o abandono de la profesión y adopción de posturas pasivo-agresivas con los pacientes^{4,5}.

Por otro lado, la satisfacción laboral en la atención sanitaria se iguala en importancia a la preparación científico-técnica del profesional o a la disposición de una determinada tecnología^{6,10}.

El objetivo de nuestro trabajo es valorar los factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de nuestro distrito sanitario.

Sujetos y métodos

Nuestro trabajo se ha desarrollado en el Distrito Sanitario de La Axarquía, situado en la parte más oriental de la provincia de Málaga.

Nuestra población consta de 170 profesionales sanitarios divididos en tres categorías profesionales: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería y en 7 zonas básicas de salud. No obstante, debido a que la zona básica de Vélez-Málaga es muy grande, se divide esta en tres subzonas que son equiparables a las demás por su extensión y número de trabajadores. Finalmente han quedado conformadas 9 zonas básicas a la hora de estratificar.

El periodo de realización del estudio, ha sido en los meses comprendidos entre marzo y junio de 2003.

Hemos usado en total tres cuestionarios (Tabla 1). Uno de ellos ha sido el de variables sociodemográficas, de elaboración propia. Cuenta con 19 ítems que intentan recoger información que nos permita relacionarla con el grado de satisfacción laboral y desgaste profesional.

Para la satisfacción laboral, hemos usado el cuestionario Font-Roja, este cuestionario determina la satisfacción en los profesionales en centros hospitalarios, fue adaptado a las condiciones del trabajo en Atención Primaria, pasando a denominarse cuestionario Font Roja AP⁷, que está representado por 7 factores:

Satisfacción en el trabajo (4 ítems): se entiende como el grado de satisfacción que experimenta el individuo condicionado por su puesto de trabajo.

Presión en el trabajo (2 ítems): es el grado en que el individuo siente que tiene el tiempo suficiente para la realización de su trabajo.

Relación personal en el trabajo (3 ítems): entendido como el grado de satisfacción que provocan en el individuo las relaciones sociales con sus compañeros.

Distensión en el trabajo (5 ítems): interpretado como el grado en que el individuo cree que puede mejorar a nivel profesional, de reconocimiento por su trabajo y en el ámbito retributivo, así como la capacidad de desconectar del trabajo.

Adecuación para el trabajo (3 ítems): significa sentirse capacitado y que uno desempeña el trabajo que merece.

Control sobre el trabajo (5 ítems): entendido como la capacidad para organizar el propio trabajo y no verse alterado en el desempeño de la profesión.

Variación de la tarea (2 ítems): hace referencia a la sensación que puede tener el trabajador de que su trabajo no varía de un día para otro.

La satisfacción media global (SMG) se obtiene por recuento de las puntuaciones de los 24 ítems del cuestionario.

Cada ítem tiene valores que oscilan del 1 al 5, de tal modo que las mayores puntuaciones denotan mayor satisfacción. El valor mínimo será de 24 puntos y el máximo de 120 puntos.

Para el desgaste profesional, el cuestionario a usar ha sido el Maslach Burnout Inventory (MBI)⁸, cuestionario validado que nos mide el desgaste profesional o el Síndrome de Burnout y consta de 22 ítems o preguntas.

En dicho cuestionario, se pueden diferenciar 3 subescalas bien definidas: *Subescala de agotamiento emocional*: formada por 9 ítems y valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.

Subescala de despersonalización: consta de 5 ítems y valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento en el trato con el paciente.

Subescala de realización personal: se compone de 8 ítems y evalúa los sentimientos de autosuficiencia y realización personal.

Como puntos de corte hemos utilizado los mismos valores empleados en un estudio de características similares realizados en personal sanitario⁹.

Para la subescala de agotamiento emocional el punto de corte sería una puntuación de 27 o mayor indicaría un alto grado de desgaste profesional, de 19 a 26 nivel moderado de desgaste y menos de 19 puntos un nivel bajo de desgaste.

Para la subescala de despersonalización, 10 o más puntos indicarían un alto grado de desgaste, de 6 a 9 puntos un grado moderado y menos de 6 puntos un bajo grado de desgaste.

La subescala de realización personal tiene un sentido opuesto a las demás, una puntuación de 0 a 33 indica alto grado de desgaste, de 34 a 39 puntos un nivel moderado y 40 puntos o más indicaría nivel bajo de desgaste (o lo que es lo mismo, una alta realización personal).

Para obtener la muestra, hemos tenido en cuenta como universo el personal sanitario de atención primaria (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería) del distrito sanitario de la Axarquía.

Marco: Listado del personal sanitario de atención primaria del distrito sanitario de la Axarquía, dividido en zonas básicas de salud y por categorías profesionales.

Unidades de la muestra: Médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de atención primaria del distrito sanitario de la Axarquía.

Decidimos que el tipo de muestreo que mejor se adapta o que resulta más eficaz con los recursos disponibles para conseguir los fines perseguidos es el muestreo doblemente estratificado.

La elección de las unidades de la muestra se ha llevado a cabo mediante muestreo aleatorio simple sin reemplazamiento. Para ello hemos numerado los componentes de la población (clasificados por estratos) y hemos usado una tabla de números aleatorios.

Como hemos comentado anteriormente, decidimos hacer un muestreo doblemente estratificado. Así, utilizamos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{\sum_{h=1}^L W_h P_h (1 - P_h)}{\left(\frac{K^2}{4} + \frac{\sum_{h=1}^L W_h P_h (1 - P_h)}{N} \right)}$$

donde:

L = Número de estratos.

W_h = Peso relativo del colectivo de cada estrato ($W_h = \frac{N_h}{N}$), con N el tamaño de la población y N_h el tamaño de cada estrato.

P_h = dispersión de cada estrato (proporciones).

K = error máximo tolerado.

El tamaño de la muestra quedó así fijado en 63. Personal de enfermería 24, Médicos 34 y Personal Auxiliar 5.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v11.0

Hemos programado el cuestionario en Microsoft Visual Basic 6.0 de manera que la validación de los datos se haga de forma automática. En esta programación se incluye: no posibilidad de múltiples respuestas, outliers, incoherencia o inconsistencias lógicas.

Tras ser concedido el permiso para realizar dicho estudio, el propio distrito sanitario, envió a los directores de cada zona básica (ZBS) una carta explicando el objetivo de la investigación a realizar. Además, también enviamos nosotros un escrito a cada director, presentándonos, agradeciendo su colaboración y comunicándoles que las encuestas con el personal sanitario se llevarían a cabo, previa cita telefónica.

Con cada uno de los directores, se acordaba una fecha, lugar y hora, donde los seleccionados de la muestra pudieran presentarse con el fin de cumplimentar los cuestionarios.

El día elegido se pasaba cuestionario autocumplimentado por el entrevistado.

Intervenciones

Hemos usado tres cuestionarios (Tabla 1). Uno de variables sociodemográficas. Cuenta con 19 items que intentan recoger información que nos permita relacionarla con el grado de satisfacción laboral (Font-Roja AP) y desgaste profesional (MBI), que son los otros dos cuestionarios a estudio.

Resultados

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

Solamente una persona se ha negado a contestar los cuestionarios, por lo que la muestra quedó en 62 profesionales. Esto supone una participación del 98,41%.

El 52,4% (n=33) son mujeres y el 47,6% (n=30) son hombres.

La edad media de los profesionales es de 42,64 años. (Mujeres 41,46 años, Hombres 44 años).

Con respecto al estado civil, predominan los casados o con pareja estable, 77,4% (n=48) seguidos de solteros, 14,5% (n=9).

Haciendo referencia al tipo de contrato, predominan los propietarios de la plaza, 62,9% (n=39), frente a los contratos indefinidos, 27,4% (n=17) y contratados, 9,6% (n=6).

El 37,1% de los profesionales encuestados no hace guardias, igual porcentaje hace menos de 4 guardias al mes y un 25,8% hace mas de 4 guardias al mes.

Con respecto a los años que lleva el encuestado trabajando en el Centro en el que permanece actualmente, se tiene una media de 7 años.

El 59,6% trabaja una tarde a la semana. El 24,2% no trabaja por las tardes.

Los médicos atienden a unos 219 (219,69 ± 60,26) pacientes de media a la semana. Los enfermeros visitan a 160 (160,27 ± 42,99) pacientes de media a la semana.

Un 88,7% de los encuestados se dedican exclusivamente a su trabajo como sanitario en el SAS., siendo únicamente 6 los que tienen otro trabajo fuera (no se especifica cuál).

El número medio de horas dedicadas al deporte a la semana son 2,26; aunque es importante señalar que casi un 40% no le dedica nada de su tiempo a la práctica de algún deporte.

Un 80,6% (n=50) de los encuestados considera que el sueldo que reciben por su trabajo no es apropiado. El 46,7% de los encuestados (n=32) dice estar orgulloso de pertenecer al S.A.S. El 51,6% (n=29) no siente ese orgullo.

Y por último, haciendo referencia a la condición de fumador y al consumo de alcohol, señalar que el 72,5% dice no fumar, frente al 25,8 % que sí lo hace.

El 30% del personal no toma alcohol de baja graduación, siendo la gran mayoría, un 55% aproximadamente los que lo toman unas 2 ó 3 veces por semana o durante el fin de semana. Con respecto al alcohol de alta graduación, señalar que hay un alto porcentaje de gente que no contesta (un 6,3%); y de entre los que sí lo hacen, un 67% no toman nada y un 16% sólo lo consumen durante el fin de semana.

Análisis descriptivo de los factores del cuestionario Font-Roja AP

El cuestionario Font-Roja AP mide satisfacción laboral, consta de 24 items, los cuales determinan siete factores distintos, aparte de la variable SMG (Satisfacción Media Global).

Este ultimo (SMG), lo clasificaremos por separado; dividimos el intervalo (24, 120) en 10 partes iguales (24 puntuación mínima, 120 puntuación máxima):

Cada ítem del cuestionario tenía una puntuación comprendida entre 1 y 5.

No existe un punto de corte para clasificar los ítems por lo que el equipo investigador ha hecho una división de estos factores en ALTA / MODERADA / BAJA (Tabla 2).

Análisis descriptivo de los factores del cuestionario MBI

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), consta de 22 ítems, los cuales determinan 3 factores: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP).

La Tabla 3 muestra los porcentajes de los distintos factores que la conforman.

En la Tabla 4 se muestran las distintas dimensiones del cuestionario Font-Roja con las variables sociodemográficas con las que tienen una relación significativa (dada por p), así como el signo de dicha relación.

Para el análisis bivariante, comenzamos haciendo regresiones multilíneas entre cada una de las dimensiones que nos proporcionan los cuestionarios Font-Roja y MBI con todas las variables sociodemográficas.

Una vez realizadas todas estas regresiones, comentaremos sólo aquellas que nos salieron con una significación estadística considerable ($p < 0,005$).

En el análisis bivariante realizado entre la SMG y las variables sociodemográficas únicamente se obtuvo asociación estadísticamente significativa y directa entre ésta y el sueldo apropiado, es decir, a medida que el encuestado considera que su sueldo es apropiado, la satisfacción media global irá también en aumento.

La satisfacción en el trabajo (Sat) fue mayor en personas que consideran su sueldo apropiado y que están orgullosos de pertenecer al SAS.

Respecto a la presión en el trabajo (Pre) comentar que una mayor puntuación en este factor significa una mayor satisfacción con respecto a la presión en el trabajo, es decir, un bajo nivel de presión. Teniendo esto en cuenta, obtenemos que están más presionados los más jóvenes, los que creen que su sueldo no es apropiado y aquellos que no tienen familiares conviviendo a su cargo.

Por otro lado, serán los menos presionados aquellos que realizan menos número de tardes y no tienen una dedicación exclusiva. Con respecto a la profesión que menos presionado se siente es la de auxiliar de enfermería.

La relación personal en el trabajo (Rel), entendida como las relaciones personales con los compañeros, fueron más satisfactorias en los auxiliares de enfermería así como en aquellos que mayor número de hijos tienen.

Referente a la distensión en el trabajo (Dis), entendida como grado en el que el individuo cree que puede mejorar a nivel profesional, de reconocimiento por su trabajo y a nivel retributivo; se encuentran menos satisfechos en este factor aquellos que no consideran su sueldo apropiado y los que no se sienten orgullosos de pertenecer al SAS.

Existe una relación positiva entre la adecuación para el trabajo (Ade) y tener familiares conviviendo a su cargo.

Por último, consideraban más variable su trabajo (Var) aquellos que se sentían orgullosos de pertenecer al SAS.

Cabe destacar que la dimensión control en el trabajo (Cont) no resultó estadísticamente significativa con ninguna variable sociodemográfica.

Se muestran en la Tabla 5 las relaciones más significativas entre las dimensiones estudiadas por el MBI y las variables sociodemográficas, así como el signo de la relación.

Resultaron más cansados emocionalmente (CE) aquellos con menor número de hijos, así como los que no consideraban su sueldo apropiado.

Tuvieron una mayor despersonalización en su trabajo (DP), es decir, actitudes de frialdad y distanciamiento con el paciente, aquellos que menos hijos tienen, más tardes a la semana trabajan, los que se dedican exclusivamente a este trabajo y aquellos que viven a mayor distancia de su trabajo. La profesión con un nivel más alto de despersonalización en su trabajo fue la de médico.

Respecto a la realización personal (RP), se sienten menos realizados los encuestados que son fumadores.

Relaciones entre los factores del cuestionario Font-Roja:

Debido a que el cuestionario Font-Roja cuenta con 7 factores (8 contando la SMG), los resultados obtenidos vienen expresados en la Tabla 6, la cual recoge la dependencia o no entre pares de factores, indicando también mediante el signo, si la dependencia es positiva o negativa.

Debemos indicar antes, que los estadísticos usados para ver la existencia de dependencia son la Gamma, la d de Somers y las Tau-b y Tau-c de Kendall (estas últimas indican el signo). La razón es que al categorizar los factores, estos son de carácter ordinal.

Como era de esperar, el factor SMG (Satisfacción Media Global) guarda relación con casi todos los factores, ya que esta variable en sí, esta formada por dichos factores.

Después cabe destacar resultados como la dependencia entre:

Sat y Rel: A mayor satisfacción, mejor relación con los profesionales que te rodean, y al contrario.

Rel y Dis: A mayor relación personal, mayor distensión en el trabajo.

Rel y Ade: Cuanto mejor adecuado estés para tu trabajo, mejores serán las relaciones profesionales.

Ade y Cont: A mayor adecuación, mayor control sobre tu trabajo, y viceversa.

Análisis de componentes principales

Debido a la multitud de variables que hemos usado en el cuestionario sociodemográfico, y ya que estas son de distinto carácter (personales, laborales...) hemos realizado

un análisis factorial mediante componentes principales para poder transformar el gran número de variables en algunos factores que expliquen gran parte del modelo, pero que su dimensión sea bastante menor.

Cabe destacar que el estadístico correspondiente a la prueba de Bartlett resulta significativo (Sig = 0,000), por lo que al menos existe correlación suficiente entre las variables para poder realizar el análisis factorial.

En cuanto al número de componentes (seleccionando aquellas cuyo autovalor era mayor que 1) resultan ser ocho, con las cuales explicaríamos hasta un 77,05% del modelo, pero creemos que este número de componentes es bastante alto, y no se logra explicar una gran cantidad del modelo. Por ejemplo, para llegar al 90% explicado, deberíamos haber cogido 12 componentes.

Discusión

Estudiamos y comparamos solo con profesionales sanitarios de España ya que las condiciones laborales y la organización pueden influir en el nivel de Burnout. Al ser en otros países diferente la organización sanitaria, tampoco es comparable los resultados.

La alta tasa de respuesta (98,41%), muy superior a la de otros trabajos^{10, 11, 12, 13}, puede deberse a la forma en que hemos organizado el trabajo.

La dimensión que mejor refleja el Burnout es el Cansancio Emocional. En nuestro trabajo este es ALTO en un 45,2% y MODERADO en un 16,1% lo que supone el 61,3%, similar que un trabajo sobre 244 médicos de atención primaria de Madrid¹⁴ que fue de un 69,2%, similar también a un trabajo sobre 23 residentes de medicina familiar y comunitaria de Murcia¹³ que fue de un 63,9% y mayor que un trabajo sobre 300 trabajadores de un hospital de Mataró¹⁵ donde encuentran un cansancio emocional alto en el 13,9% de los encuestados.

La relación entre sexo y Burnout no queda bien definida en los distintos trabajos publicados, arrojando a veces resultados contradictorios. En nuestro caso la variable género no encuentra significación estadística con ninguna otra variable estudiada.

Podemos considerar el Burnout como un conjunto de conductas (pérdida de motivación, deterioro del rendimiento, pérdida de responsabilidad, actitudes pasivas con los pacientes, etc.), en donde se implicarían factores internos (valores individuales y sociales, rasgos de personalidad) como factores externos (organizacionales, laborales, grupales).

Creemos que tan importantes son los factores internos como los factores externos, lo que nos hace considerar al burnout como una entidad propia, no estando de acuer-

do con la opinión de Tizón³ «¿no será que nos duele decir de nosotros mismos y nuestros compañeros que están o estamos deprimidos, ansiosos, con problemas relacionales?, ¿o es que el trabajador manual o el ejecutivo de altos vuelos puede estar deprimido, ansioso o, en general, padecer trastornos psicopatológicos y nosotros, los miembros de las profesiones asistenciales, necesitamos una terminología especial?».

No creemos que el burnout sea puro narcisismo. Contestaríamos a la pregunta de Tizón con otra pregunta: ¿Por qué cuando un compañero «quemado» siente que se mejora el aspecto organizacional de su trabajo, deja de estar «quemado», aún cuando no se atiende sus valores individuales ni su personalidad?. En cualquier caso nos parece necesario y muy interesante iniciar una vía de investigación en este sentido. Nos ponemos a ello.

En nuestro trabajo encontramos que están más presionados los más jóvenes, los que creen que su sueldo no es apropiado y aquellos que no tienen familiares conviviendo a su cargo. Parece que la familia no se siente como una carga sino que quizás actué como contención de tensiones laborales.

La percepción de que el sueldo es apropiado, aparece en nuestro trabajo como variable significativa que influye en el cansancio emocional y en la satisfacción media global. Es una opinión de los autores que quizás necesitamos una actualización real del sueldo. Quizás lo que pedimos es que responsabilidad y sueldo sea mas congruente que lo es hoy.

La Satisfacción Media Global (SMG) encontrada es de 77,22, mayor a la encontrada en un trabajo similar sobre cirujanos pediatras de Granada¹¹.

Solo encontramos significación estadística entre la satisfacción Media Global y el sueldo apropiado, es decir, que a medida que el encuestado considera que su sueldo es apropiado, la satisfacción es mayor. Esto demuestra una vez más que sueldo y satisfacción laboral si están relacionados.

La satisfacción en el trabajo fue mayor en personas que consideraban su sueldo apropiado, que están orgullosos de pertenecer al SAS y el número de guardias realizadas al mes. Relación cuanto menos curiosa ya que la satisfacción laboral era mayor entre los profesionales que realizaban mas guardias al mes, lo que significa que satisfacción laboral no es sinónimo de menos guardias.

La media de pacientes/día es de 44 en el caso de los médicos, (219,69 ± 60,26 a la semana), ligeramente superior a la encontrada en un trabajo sobre 255 médicos de atención primaria de Cáceres, que fue de 40 pacientes/día¹².

En el análisis realizado, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el número de pacien-

tes y las variables principales estudiadas (SMG $p=0,35$, CE $p = 0,19$, DP $p = 0,034$, RP $p = 0,67$) pero si estas tablas de contingencia las pasamos a gráficos (dotplot y by x) es evidente que los datos se agrupan a medida que va aumentando el número de pacientes visitados. No es estadísticamente significativo pero si nos parece clínicamente importante.

Agradecimientos

El equipo investigador quiere dar las gracias por su colaboración a todos los participantes pues sin su interés y ayuda este trabajo no hubiera sido posible, También a los directores de centros de salud por su colaboración y al director del Distrito sanitario de la Axarquía, D. Torcuato Romero y la Directora Clínica D.ª Rosa Carabaño por su interés y colaboración en todo momento.

Bibliografía

1. Mozota Ortiz JR, Ansonera Pool L, Rebollo Rodrigo H, Antolín I. Resumen de la encuesta de satisfacción del personal en el hospital nacional Valdecilla. *Todo Hospital* 1990; 67: 21-28.
2. Maslach Burnout Inventory. 2.ª ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
3. Tizón JL. *Aten Primaria* 2004; 33: 326-330.
4. Becerra JA. *El médico* 2003; 4: 31.
5. Fernández Canti G. Satisfacción laboral y salud psíquica en el mundo sanitario ¿un lujo? *Todo Hospital* 1995; 118: 29-36.
6. Aranaz J, Mira J, Benavides FG. Los profesionales y la calidad asistencial hospitalaria. *Todo Hospital* 1994; 112: 35-40.
7. Aranaz J, Mira J, Rodríguez J. La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales. *Todo Hospital* 1987; 47: 53-60.
8. Maslach C. Understanding burnout. En: Payne S, editor. *Job stress and burnout*. Deary I, Agius R, Sadler A. *Personality and stress in consultant psychiatrists*. Londres: Sage; 1982. p. 20.
9. Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 27: 459-468.
10. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. Satisfacción laboral y desgaste profesional de los médicos de Atención Primaria. *Aten primaria*. 2003; 15: 227-233.
11. Jiménez Álvarez C, Morales Torres JL, Martínez Martínez C. Estudio del síndrome Burnout en cirujanos pediatras en España. *Cirugía Pediátrica* 2002; 15: 73-78.
12. Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM, Daniel Vega E. Burnout en médicos de Atención Primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria* 2002; 29: 294-302.
13. Ballesteros Pérez AM, Fontcuberta Martínez J, García González AL. ¿Están quemados nuestros residentes de familia? *Rev Tribuna Docente* 2003; 5: 58-65.
14. Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalencia de Burnout y patología psiquiátrica en médicos de Atención Primaria en el Área 8 de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31: 564-571.
15. Pera G, Serra-Prat M. Síndrome de Burnout: Prevalencia y factores relacionados. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16: 480-486.

	N.º	Nombre	Abreviatura	Descripción	Codificación
Variables de control	1	Número de individuo encuestado	NumInd	Número del individuo encuestado por orden de realización	Número entero entre 1 y 63
	2	Profesión	Prof	Profesión del encuestado	0 = Enfermero 1 = Médico 2 = Aux. enfermería
	3	Zona Básica de Salud	ZBS	ZBS a la que pertenece el encuestado	1 = Colmenar 2 = La Viñuela 3 = Axarquía Oeste 41 = Vélez Norte 42 = Vélez Sur 43 = Torre del Mar 5 = Algarrobo 6 = Torrox 7 = Nerja
Variables satisfacción laboral (FONT ROJAS AP)	4	Satisfacción media global del cuestionario Font-Roja	SMG	Puntuación global del cuestionario Font-Roja	Número entero entre 0 y 120
	5	Satisfacción en el trabajo	Sat	Grado de satisfacción que experimenta el individuo condicionado por su puesto de trabajo	Número entero entre 0 y 20
	6	Presión en el trabajo	Pre	Grado en que el individuo siente que tiene el tiempo suficiente para la realización de su trabajo	Número entero entre 0 y 10
	7	Relación personal en el trabajo	Rel	Grado de satisfacción que provocan en el individuo las relaciones sociales con sus compañeros	Número entero entre 0 y 15
	8	Distensión en el trabajo	Dis	Grado en que el individuo cree que puede mejorar a nivel profesional, de reconocimiento por su trabajo y en el ámbito retributivo, así como la capacidad de desconectar del trabajo	Número entero entre 0 y 25
	9	Adecuación para el trabajo	Aded	Grado de sentirse capacitado y que desempeña el trabajo que merece	Número entero entre 0 y 15
	10	Control sobre el trabajo	Cont	Capacidad para organizar el propio trabajo y no verse alterado en el desempeño de la profesión	Número entero entre 0 y 25
	11	Variedad de la tarea	Var	Sensación que puede tener el trabajador de que su trabajo no varía de un día para otro	Número entero entre 0 y 10
Var. desgaste profesional (MBI)	12	Desgaste profesional global en el cuestionario MBI	DGP	Puntuación total del cuestionario MBI	Número entero entre 0 y 132
	13	Cansancio emocional	CE	Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo	Número entero entre 0 y 54
	14	Despersonalización	DP	Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento	Número entero entre 0 y 30
	15	Realización personal	RP	Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo	Número entero entre 0 y 48
Variables sociodemográficas	16	Género	Sexo	Sexo del encuestado	0 = Mujer 1 = Varón
	17	Edad	Edad	Edad del encuestado	Número entero
	18	Estado civil	EstCivil	Estado civil del encuestado	0 = Soltero 1 = Casado/Pareja estable 2 = Separado 3 = Divorciado 4 = Viudo
	19	Número de hijos	NumHijos	Número de hijos del encuestado	Número entero

Variables sociodemográficas (Continuación)	20	Familiares conviviendo	Familia	Número de familiares (distintos de hijos o pareja) que conviven con el encuestado	0 = Ninguno 1 = Fam 1 grado 2 = Fam 2 grado 3 = Ambas
	21	Tipo de contrato	Contrato	Tipo de contrato del encuestado	0 = Contratado 1 = Interino 2 = Fijo
	22	Guardias de atención continuada al mes	Guardias	Número de guardias que realiza al mes	Número entero
	23	Años trabajados en el centro	AñosTrab	Número de años que lleva trabajando en ese centro	Número entero
	24	Número de tardes por semana	NumTard	Número de tardes que trabaja a la semana	Número entero entre 0 y 7
	25	Número de pacientes por semana	NumPac	Número de pacientes que atiende a la semana	Número entero
	26	Dedicación exclusiva	DedExc	Dedicación exclusiva del encuestado al SAS	0 = No 1 = Sí
	27	Km desde el centro al domicilio	NumKm	Número de Km. desde el centro hasta el domicilio del encuestado	Número entero
	28	Transporte utilizado	Transp.	Tipo de transporte utilizado por el encuestado para llegar al centro	0 = Andando 1 = Transp. publico 2 = Vehículo propio
	29	Horas dedicadas al deporte por semana	Deporte	Número de horas dedicadas al deporte en la última semana	Número entero
	30	Sueldo apropiado	SueldAp	Si el encuestado cree que su sueldo es el apropiado	0 = No 1 = Sí
	31	Fumador	Fumador	Si el encuestado fuma	0 = No 1 = Sí
	32	Orgullo de pertenecer al SAS	OrgSAS	Si el encuestado siente orgullo de pertenecer al SAS	0 = No 1 = Sí
	33	Alcohol baja graduación	BajaGrad	Cantidad de alcohol de baja graduación que el encuestado ha consumido en la última semana	0 = Nada 1 = 2/3 veces semana 2 = Fin de semana 3 = Diario
34	Alcohol alta graduación	AltaGrad	Cantidad de alcohol de alta graduación que el encuestado ha consumido en la última semana	0 = Nada 1 = 2/3 veces semana 2 = Fin de semana 3 = Diario	

TABLA 2. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO FONT ROJA AP. LOS RESULTADOS SE EXPRESAN EN %

	SATISFACCIÓN LABORAL	PRESIÓN LABORAL	RELACIÓN PERSONAL	DISTENSIÓN	ADECUACIÓN	CONTROL	VARIEDAD
Baja ¹	3,2	16,1	0	25,8	0	9,7	3,2
Moderada ²	54,8	27,4	41,9	66,1	67,7	83,9	45,2
Alta ³	42,0	56,5	58,1	8,1	32,2	6,4	51,6

¹ Puntuación entre 1 y 2,1
² Puntuación entre 2,2 y 3,7
³ Puntuación entre 3,8 y 5

TABLA 3. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO MBI. LOS RESULTADOS SE EXPRESAN EN %

	Realización Personal	Cansancio Emocional	Despersonalización
Baja	17,7	38,7	8,1
Moderada	24,2	16,1	40,3
Alta	58,7	45,2	51,6

TABLA 4. REGRESIONES MULTILÍNEALES ENTRE CADA UNA DE LAS DIMENSIONES QUE NOS PROPORCIONAN LOS CUESTIONARIOS FONT-ROJA CON TODAS LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

	Sueldo Apropiado	Número de guardias	Orgullo SAS	Edad	Familiares conviviendo	Número de tardes	Dedicación exclusiva	Profesión	Número
SMG	p = 0,001 +								
Sat	p = 0,021 +	p = 0,028 +	p = 0,061 +						
Pre	p = 0,012 +			p = 0,030 +	p = 0,019 +	p = 0,001 -	p = 0,038 -	p = 0,032 prof1: + prof2: +	
Rel								p = 0,039 prof1: + prof2: +	p = 0,042 +
Dis	p = 0,000... +		p = 0,028 +						
Ade					p = 0,042 +				
Var			p = 0,030 +						

TABLA 5. RELACIÓN ENTRE EL CUESTIONARIO MBI Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CON SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA

	Número de hijos	Sueldo apropiado	Número de tardes	Dedicación exclusiva	Km. hasta el Centro	Profesión	Fumador
CE	p = 0,047 -	p = 0,005 -					
DP	p = 0,019 -		p = 0,012 +	p = 0,002 +	p = 0,0332 +	p = 0,008 prof1: + prof2: -	
RP							p = 0,028 -

TABLA 6. RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DEL CUESTIONARIO FONT-ROJA AP

	SMG	Sat	Pre	Rel	Dis	Ade	Cont	Var
SMG	-	Dep (+)		Dep (+)	Dep (+)	Dep (+)	Dep (+)	
Sat	-	-		Dep (+)				
Pre	-	-	-					
Dis	-	-	-	-	-	Dep (+)	Dep (+)	Dep (+)
Ade	-	-	-	-	-	-	Dep (+)	
Cont	-	-	-	-	-	-	-	
Var	-	-	-	-	-	-	-	-

ARTÍCULO ESPECIAL

El Plan de Asistencia Dental Infantil (PADI) en la Comunidad Autónoma de Andalucía

Muñoz Martínez R¹, Zapata González G².

¹ Doctor en Odontología por la Universidad de Granada; ² Médico Odontólogo. Vocal para asuntos del PADI de la AGEOE.

Introducción

El Plan de Asistencia Dental Infantil en la Comunidad Autónoma de Andalucía comenzó en el año 2002, y tiene como fin reducir la patología oral en la población infantil. Este tipo de planes que establecen una asistencia mixta (pública y privada) ya han demostrado su eficacia en otras Comunidades Autónomas, sin embargo, la mala planificación, y la escasa asistencia de los niños a su dentista de cabecera hacen que el buen desarrollo del plan haya quedado en entredicho.

<ladillo>Concepto

El PADIA (Plan de Asistencia Dental Infantil en la Comunidad Autónoma de Andalucía) comenzó mediante el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre (BOJA número 150, de 31 de diciembre de 2001)¹, y por el cual se garantiza una asistencia dental básica y algunos tratamientos especiales a todos los niños de 6 a 15 años protegidos por el Sistema Sanitario Público de Andalucía residentes en la Comunidad Autónoma Andaluza. La implantación del plan es progresiva, de modo que en el primer año se atendería a los niños de 6 años, al año siguiente a los de 6 y 7, y así sucesivamente hasta abarcar a toda la población de Andalucía comprendida en ese intervalo de edad. La prestación de la asistencia dental básica y los tratamientos especiales que se garantizan en el presente Decreto, comenzó con los niños nacidos en los años 1995 y 1996. Posteriormente se incluyó, de forma inexplicable, a los nacidos en 1994 que cumplían 9 años el año de su inclusión³ (es como si incluyéramos en un programa de prevención de la osteoporosis postmenopáusica a mujeres de 70 años). Cuan-

do el plan llegue a su desarrollo total, esta población se estima en unos 800.000 niños en toda Andalucía.

Según reconoce el decreto en su artículo 5, los niños andaluces dispondrán de un dentista de cabecera que será el responsable de su salud bucodental y dejará constancia de la asistencia practicada y de cuantas otras incidencias se hayan presentado en el historial. La Consejería de Salud dispondrá de dentistas públicos y privados, según las necesidades, para la realización de las prestaciones reconocidas.

La asistencia dental básica para los niños comprenderá una revisión anual, sellado de fisuras o fosas en dentición permanente si estuviese indicado, obturaciones cuando se detecte caries en una pieza permanente, exodoncias, endodoncias en piezas permanentes, asistencia dental de situaciones de urgencia, tartrectomías y tratamientos especiales.

Quedan excluidos los tratamientos por traumatismo del grupo incisivo canino cuando exista un tercero obligado a responder de dicho tratamiento, los tratamientos de ortodoncia que no estén contemplados en este Decreto y los tratamientos conservadores en dentición temporal.

Acceso al PADIA: el TADA

La relación entre el niño y su dentista de cabecera tiene como elemento de referencia el talón de asistencia dental anual (TADA), documento que la Consejería de Salud de Andalucía remite a todos los menores incluidos en esta prestación, junto con una publicación explicativa y un directorio de dentistas de cabecera de la provincia donde resida el beneficiario. Los padres, tutores o responsables de las personas afectadas por este Decreto, pueden elegir anualmente, a un dentista de cabecera entre cualquiera de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, o entre aquellos otros dentistas privados que a tal efecto fueron habilitados. Tras la primera asistencia

Correspondencia: Ricardo Muñoz Martínez. Plaza de los Lobos n.º 9 Bajo. 18002. Granada. Correo electrónico: rmunozj@infomed.es. Teléfono: 958 275 073.

Recibido el 23-09-2004; aceptado para publicación el 06-10-2004.

Medicina de Familia (And) 2004; 5; 156-158

a la consulta del dentista elegido y la correspondiente consignación de los datos en el TADA, el menor puede acudir cuantas veces lo necesite para recibir la asistencia dental básica y los tratamientos especiales contemplados en dicho Decreto.

La asistencia dental a personas con discapacidad psíquica o física que tengan incidencia en la extensión, gravedad o dificultad de su patología oral o su tratamiento, los casos de maloclusión severa en pacientes intervenidos de fisura palatina, labio leporino y malformaciones esqueléticas, son atendidos por el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La realidad del PADIA

Para el diseño del plan la Consejería no realizó ningún estudio epidemiológico específico, ni tuvo en cuenta en absoluto la opinión de los odontólogos ni a título individual ni de ninguno de sus órganos representativos como pueden ser los colegios profesionales, sociedades científicas, asociaciones, etc. Tan solo encargó un informe, del cuál nos consta que tampoco hizo mucho caso, al Consejo Asesor de Salud Bucodental de Andalucía creado por Decreto 15/01 de 23 de enero como órgano de asesoramiento⁴. Se desconocen los criterios de selección que se siguieron para incluir a los candidatos a formar parte de dicho Consejo, pero el hecho es que ni las Universidades ni los Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos fueron invitados para proponerlos.

El Pleno del Consejo Andaluz de Colegios, celebrado el 5 de abril de 2002, adoptó importantes acuerdos por mayoría en relación al PADIA, entre ellos, que los Presidentes de los Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos no estaban en contra del Plan, pero que no se compartía el modo en que se había desarrollado el proceso previo a su establecimiento ni determinadas normativas que emanaban del Decreto y de las Ordenes tanto en la regulación técnica como en la económica. Se entendió que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía prescindía del diálogo con los Colegios. De hecho, posteriormente se supo, por documentos facilitados por miembros del Consejo Asesor, que distintas alegaciones que ellos mismos hicieron tampoco fueron atendidas⁵.

Por otro lado, el modelo captativo, ya aplicado en otras Comunidades como País Vasco, Navarra, Cantabria o Murcia, puede que no fuera el más adecuado para implantar en Andalucía, debido a su enorme extensión, la dispersión de sus poblaciones y la concentración de profesionales en determinadas áreas, lo que no permite la igualdad de oportunidades para los beneficiarios. La libertad de elección quedaba en entredicho, ya que sólo se podría elegir entre aquellos profesionales que se habilitasen⁵.

La retribución de la asistencia dental básica para los odontólogos privados habilitados para el plan se cubre por capitación a razón de 30,65 € (33,70 a partir de 2003) por niño al año. Para el Consejo Andaluz de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos, y por supuesto, para los dentistas adscritos al plan, las tarifas son excesivamente bajas y difícilmente permiten una buena y correcta asistencia dental a la población, con este modelo, no se tiene en cuenta ni el número de visitas, ni el número de tratamientos, ni el tipo de tratamientos, ni los materiales necesarios en cada tratamiento, ni se valora el tiempo de dedicación, ni la burocracia excesiva que se ordena. Todas estas variables hacen que, tal y como se plantea, el sistema sea inviable para los Odontólogos a medio plazo cuando empiecen a manifestarse las patologías latentes en niños que no han acudido desde el primer año a las consultas, como está ocurriendo con la mayoría.

Si la Administración Andaluza no asume una asistencia en el sistema público por falta de medios, tanto materiales como de recursos humanos, y establece una asistencia mixta (pública y privada) debe negociar con los interlocutores del sector privado y no apoyarse en las prebendas que le otorga la ley como reguladores de un acto administrativo para imponer sus condiciones de manera unilateral. Nunca se ha cuestionado la legitimidad de la Consejería de Salud para promulgar el Decreto, pero, se entendió desde los Colegios que basarse en la legitimidad no era el mejor camino para tratar temas de salud⁵.

El PADIA se implantó sin que se ejecutara previamente una planificación efectiva, sin una prevención primaria y sin una educación sanitaria a nivel comunitario. Además, sabemos que la caries es una infección bacteriana y que en la cavidad bucal no pueden convivir dientes sanos permanentes con piezas dentarias cariadas aunque éstas sean temporales, sin embargo, el plan excluye expresamente los tratamientos en dentición temporal. La asistencia dental debiera ser integral para los individuos de entre 6 y 15 años elegidos para el plan, ya que en este intervalo de edad, el niño utilizará para la alimentación los dientes temporales, al menos durante las dos terceras partes de ese intervalo de tiempo.

Según los datos de la propia administración, durante el primer año (2002) solamente acudieron a su dentista de cabecera entre el 8-10% de los niños que tenían derecho a la asistencia, el segundo (2003) el 35% y los datos que se manejan en 2004 son muy similares. La poca aceptación del PADIA se debe a la precipitación con la que se puso en marcha el Plan y a los pocos recursos que se emplearon para conseguir concienciar a los padres para que los niños acudan a las consultas desde el primer año, aunque, a su juicio, no tengan patología⁶. Al tratarse de

un plan interceptivo-preventivo el concepto mismo implica que los niños gocen de una asistencia continuada desde el momento en que los primeros molares definitivos erupcionan, para que su dentista de cabecera pueda tratar de impedir por los medios preventivos a su alcance que estos niños desarrollen caries, y, si en algún caso apareciese, que este proceso fuese detenido lo antes posible. No tiene sentido un plan en el que los niños no acudan a su dentista de cabecera durante todo el intervalo de tiempo que el plan los ampara, y que, justo antes de cumplir 15 años, y dejar de estar amparados por el plan, acudan a su dentista de cabecera, que ya no va a poder mantener esa boca sana. El plan en vez de ser preventivo se convertiría en un plan restaurador de piezas cariadas. Además un porcentaje elevado de estos niños, presentarán una patología difícilmente asumible por cualquier profesional riguroso por la retribución concertada que actualmente es de 33,70 euros por niño al año.

Según una encuesta realizada recientemente en Navarra y País Vasco⁷, con cifras de asistencia cercanas al 65-70%:

La mayoría de los profesionales se encuentran satisfechos con el programa PADI, desean continuar en él y les parece una medida positiva para la prevención de la salud bucodental, así como para aumentar la educación sanitaria, pero no aprueban la cuantía de los honorarios y la escasa intervención de la Administración para que los padres acudan al menos una vez al año. Los mismos profesionales recomendarían a sus compañeros la implantación en sus comunidades, aunque incorporando cambios como una mejor remuneración, más prestaciones, mayor intervención de la Administración con los padres y mayor comunicación con los profesionales*. Nos tememos que los resultados de una encuesta similar en Andalucía arrojarían opiniones mucho más negativas.

Conclusiones

Los programas tipo PADIA ya han demostrado su eficacia en la reducción de la patología oral en la población infantil en otras Comunidades Autónomas.

El PADI en Andalucía, por ahora, se puede considerar un fracaso ya que no se están consiguiendo unas cifras aceptables de asistencia, los odontólogos participantes no están satisfechos y además la situación irá empeorando según acudan niños mayores por primera vez ya que lógicamente presentarán mucha mayor patología al no haber tenido acceso al programa de prevención desde el comienzo lo que obligará a tratamientos radicales con extracciones precoces y a que los odontólogos tengan que soportar una carga inasumible en tiempo y costes.

Desgraciadamente no somos muy optimistas con el futuro del plan salvo que se produzca un giro radical en la forma de llevarlo a cabo y que pasa inexcusablemente por tener en cuenta a los principales artífices, o sea, a los dentistas.

Los papeles del Médico de Familia y del Pediatra también son fundamentales, ya que estos compañeros pueden y deben ser otra de las piezas del engranaje que permitan concienciar a los padres para que envíen a los niños a su dentista de cabecera desde el primer momento al menos una vez al año.

Bibliografía

1. Decreto 281/2001 de 26 de diciembre sobre el Plan de Asistencia Dental Infantil en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2001; 150: 20.885-86.
2. Orden de 19 de marzo de 2002 por la que se desarrolla el Decreto 281/2001 de 26 de diciembre por el que se regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y se establecen las condiciones esenciales de contratación de los servicios y se fijan sus tarifas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2002; 36: 4.639-41.
3. Orden de 26 de diciembre de 2002 por la que se establece para el año 2003 la población con derecho a la prestación asistencial dental que regula el Decreto 281/2001 de 26 de diciembre, y se fijan las tarifas aplicables a la contratación de servicios. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2003; 4: 308.
4. Decreto 15/2001 de 23 de enero por el que se crea el Consejo Asesor de Salud Bucodental de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2001; 19: 2.618-19.
5. Fernández A [editorial]. ¿Decretazo? Revista Odontológica Granadina 2002; 3: 4-5.
6. Zapata G. Reflexiones sobre el PADIA. Revista Odontológica Granadina 2003; 4: 20-23.
7. Cortés-Martínicorena FJ, Simón-Salazar F. El PADI a examen de sus profesionales. La opinión de los dentistas concertados del País Vasco y Navarra. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España 2004; 9: 289-296.

* CIES. Estudio de satisfacción de los profesionales del País Vasco y Navarra con el PADI (Programa de Asistencia Dental Infantil). Informe al Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Pamplona 2003. Informe completo del estudio de satisfacción de los dentistas con el PADI.

CARTAS AL DIRECTOR

La visita médica o la espiral de la presión

Sr. Director:

La visita médica viene regulada en Andalucía por la Circular de la Dirección gerencia del S.A.S. 13/91 del 9 de septiembre de 1991. Aquí se recoge el número de 3 visitantes por día (no especifica cuantos días por semana) y una visita trimestral, aconseja que la visita sea de modo colectivo y que toda se desarrolle sin molestias a usuarios y actividad propia del centro asistencial, facultando al director del centro como máximo responsable del correcto desarrollo de estas condiciones.

Pues bien, tras reiterados años de incumplimiento de la más mínima condición arriba señalada y por motivos de reorganización interna y con el consenso de los facultativos de nuestro centro nos propusimos ordenar las condiciones de la visita, dado que se estaban, francamente, incumpliendo, pues no se respetaba la hora concertada, sistemáticamente nos visitaban 5 informadores (4+1), cuando en no pocas veces eran 6 ó 7...

Esta situación generaba una fuerte presión, debido a las reiteraciones de la presentación del mismo producto por distintas personas (hasta 3 veces en pocos días), aumento de la frecuentación de determinados visitantes aprovechando «los huecos» del calendario programado por su asociación, es decir, visitas totalmente ineficientes e ineficaces que iban contribuyendo a enrarecer la relación con este colectivo.

A comienzos del año 2004 los médicos del Centro de Salud nos planteamos regular la visita, no de modo arbitrario, sino manteniendo como eje la orden de la Dirección Gerencia, es decir 3 visitantes de lunes a jueves (tras negociación se extiende hasta los viernes), argumentándoles la ineficiencia de las visitas actuales, la necesidad de tiempo por nuestra parte, la necesidad de disminuir la presión y transmitiendo el mensaje que si bien su asociación tiene un calendario, también los facultativos tenemos una agenda diaria que cumplir y que en lo posible somos nosotros y no sólo ellos quienes deciden cuantos, cuando y como se nos visita.

La reacción del colectivo ha sido decidir por unanimidad (en asamblea donde estaban presentes 150 delegados) no programar más visitas al Centro de Salud El Valle si no se mantienen las condiciones previas (4+1= siempre 5 ó más). Advirtiéndole que aquel que visite puede ser excluido de la programación que realiza «la asociación» de visitantes, esto se está cumpliendo, salvo algunas excepciones, a las cuales desde aquí felicito por su independencia.

La hipótesis benigna argumenta que tendrían que modificar el plan de visitas y no saber a quién excluir y a quién incluirlo.

La hipótesis maligna se centraría en el peligro de extensión en esta provincia del modelo de visita y que sea asumido por otros Centros, dado que según ellos, somos un centro, por así decir, de referencia.

Pero, ¿qué refleja esta actitud?, cuando menos corporativa; pues desde mi punto de vista no es más que una huida hacia delante donde expresan su faceta menos amable, mostrándose como grupo de presión (para que no cunda el ejemplo) a la vez que hacen alarde de un poder supuestamente conquistado o quizás cedido, recordándonos, que la Industria Farmacéutica es en gran medida financiadora de actividades docentes y formativas.

Es por tanto por lo que urge regular la organización de la visita médica en base a la igualdad y al respeto mutuo y a la libertad de los individuos frente a los grupos de presión donde primen valores éticos con mejora de los criterios científico-sanitarios y con una devaluación drástica de la asfixiante presión comercial a la que estamos siendo sometidos y en donde se nos pretende hacer culpables a los médicos de que cualquier modificación del «status quo» actual hace peligrar el número de puestos de trabajo. Creo que al contexto de la visita médica se le han incorporado unas dimensiones foráneas y que no han hecho más que emborronar su esquema y que no son más «ruidos» ajenos que tan solo están enturbiando nuestro quehacer diario.

Andrés Moreno Corredor
Medicina Familiar y Comunitaria
Director del Centro de Salud El Valle. Jaén
ANDMCOR@telefonica.net

Prevención de infección neonatal por estreptococo agalactiae

Sr. Director:

El objetivo que perseguimos con este estudio es una reflexión sobre la intervención en las consultas de Atención Primaria sobre la evolución del embarazo. Para ello se pone en marcha desde hace años el programa de seguimiento del embarazo con una rentabilidad coste-beneficio incuestionable. En dicho programa los principales objetivos son: la captación precoz de embarazo, información de la gestante acerca del proceso de atención y del ries-

go de exposición a teratógenos, detección de factores de riesgo o patologías que interfieran en unos buenos resultados obstétricos, abordaje correcto de la evolución, derivación adecuada a segundo nivel en caso de complicaciones, promover hábitos saludables, ofertar actividades de educación maternal y visita puerperal domiciliaria, entre otras.

En resumen, los contenidos de este programa ofrece actividades que son básicamente intervenciones de promoción y prevención, para ello se oferta a toda gestante un protocolo de seguimiento del embarazo en coordinación estrecha entre Atención Primaria y Servicio de Obstetricia.

En nuestra intervención pretendemos recoger datos sobre la repercusión que tiene la realización sistemática entre las semanas 35-37 de gestación de un cultivo recto-vaginal para la detección de *Estreptococos* del grupo B.

En nuestro centro de salud, durante el periodo del 01-01-2003 al 31-12-2003 se incluyeron en el proceso de embarazo y puerperio 483 mujeres, 18 salieron del programa por distintos motivos (baja en el Centro, aborto espontáneo...) y a las restantes 465 gestantes se les realizó la prueba de Screening de *Estreptococos* β -hemolítico en la semana 36 de gestación, de las que 36 obtuvieron resultado positivo en el cultivo, es decir un 7,9% a las cuales se les realizó la quimioprofilaxis intraparto y no hubo incidencias en cuanto a enfermedad o secuelas en los recién nacidos vivos.

Revisión

EGB emergió como patógeno neonatal en los años 70 y se vio que en ausencia de medidas de prevención representa la principal causa de infección bacteriana en recién nacidos en países desarrollados.

El EGB forma parte de la flora comensal intestinal y de forma intermitente coloniza el área perineal y tracto genital de la mujer. Según distintos estudios epidemiológicos del 11-20% de las gestantes son portadoras vaginales y/o rectales de EGB en el momento del parto.

Sin medidas de prevención del 40-70% de estas mujeres transmiten EGB a sus RN durante el parto vía vaginal, de estos RN colonizados del 2-4% desarrollan infección precoz lo que supondría una incidencia media anual de 1-3/1000 RN vivos.

Clínicamente la infección se puede manifestar entre las primeras horas y los siete primeros días de vida:

- Forma septicémica aguda que se manifiesta como distress respiratorio en las primeras doce horas de vida y con una mortalidad del 40%.
- Forma meningítica tardía, aparece entre 2-12 semanas de vida, indistinguible de otras formas de meningitis purulenta neonatal, con una mortalidad del 25%.
- Neumonía.

- Otras formas patológicas menos comunes en distintos aparatos y órganos.

Se conocen distintos factores obstétricos que favorecen el desarrollo de la infección neonatal por EGB:

- Madre identificada como portadora vaginal y/o rectal de EGB durante la gestación actual.
- Urocultivo positivo para EGB durante la gestación actual.
- Hijo anterior con infección neonatal por EGB.
- Parto pretérmino en mujer que se desconoce el estado de colonización.
- Rotura prematura y prolongada de membranas (mayor de 18 horas), con estado de colonización desconocido.
- Fiebre intraparto.

Más de la mitad de las infecciones neonatales por EGB se presentan en ausencia de estos factores de riesgos y esto justificaría según algunos autores la administración universal de quimioprofilaxis a todas las portadoras de EGB con o sin factores de riesgo, hecho que se ha consolidado como medida de prevención universal y no selectiva, mediante el documento publicado en Mayo de 1996 por Center for Disease Control (CDC), Prevention of perinatal group B Streptococcal disease.

Estas recomendaciones de la CDC contemplan dos posibles estrategias de actuación:

1. Realización de cultivo de exudado rectal y vaginal en la 35.^a-37.^a semana de gestación y ofrecer profilaxis intraparto a todas las portadoras de EGB.
2. Administrar quimioprofilaxis sin realizar cultivo a todas las gestantes con factores de riesgo.

En 1998 las Sociedades Españolas de Obstetricia, Ginecología y de Neonatología consensuaron una línea de actuación avalada también por las Sociedades Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, donde se recomienda por la elevada frecuencia de infección de EGB y aun en ausencia de factores de riesgo la administración de quimioprofilaxis intraparto a todas las gestantes portadoras identificadas por cultivo.

Estudios posteriores a este programa, para evaluar la eficacia de esta política de prevención ha demostrado un descenso de casos de sepsis neonatal de EGB, disminuyendo la incidencia anual en 2000-2001 por debajo de 0,6/1000 en comparación a 1996-1997 con incidencia anual de 1,21/1000 RN.

Así, se estima que la aplicación de estrategias de prevención basada en cultivo permiten prevenir más del 90% de los casos de infección neonatal por EGB, mientras que los basados únicamente por factores de riesgo previenen del 50-60% de los casos. Con esta política también se ha constatado una menor incidencia de infecciones obstétri-

cas especialmente corioamnionitis y endometritis en las portadoras de EGB que reciben profilaxis.

A la luz de estos datos la recomendación actual por todas las Sociedades implicadas, es realizar cultivo vaginal y rectal a todas la gestantes entre la 35.^a-37.^a semana de gestación administrando profilaxis intraparto a todas las portadoras de EGB. La profilaxis basada en factores de riesgo se limita únicamente a los casos en los que se desconoce los resultados del cultivo en el momento del parto. Se desaconseja la administración de profilaxis en portadoras de EGB con cesárea programada.

Al inicio del parto, la quimioprofilaxis se realiza con Ampicilina 2 gr iv seguidos de 1 gr iv cada 4 horas hasta la finalización del parto. En pacientes con hipersensibilidad de tipo inmediato, Eritromicina iv 500 mg cada 6 horas hasta finalizar el parto y Clindamicina iv 900 mg cada 8 horas son las alternativas de elección y solo en caso de resistencia a estos antibioticos se recomienda Vancomicina. Actualmente se desaconseja la administración sistemática de antibióticos a los recién nacidos de madres que han recibido quimioprofilaxis y se incluye un algoritmo revisado de manejo de estos recién nacidos como profilaxis o tratamiento por sospecha de corioamnionitis.

Conclusión

Desde hace 30 años el EGB ha representado la principal causa de infección bacteriana del RN y gracias a las medidas bien establecidas y su aplicación sistematizada, ha demostrado una reducción significativa de la incidencia de casos de esta infección neonatal, así pues queda como obligación de todos los profesionales implicados y sobre todo del Médico de Familia, consolidar definitivamente esta medida de prevención mediante una actuación coordinada que permita salvar las dificultades propias que conlleva en la práctica el desarrollo y aplicación de un programa de salud. Y para ello proponemos en nuestro medio que es el Centro de Salud San Antonio de Motril una revisión, adaptación de nuevas recomendaciones, un seguimiento periódico del cumplimiento y una evaluación periódica de la eficacia del programa.

Referencias bibliográficas

1. Baker CJ, Edwards MS. Group B streptococcal infection. En: Remington JS, Klein JO, editors. Infectious diseases of the fetus & newborn infant. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001.
2. Krohn MA, Hillier SL, Baker CJ. Maternal peripartum complications associated with vaginal group B streptococci colonization. J infect Dis 1999; 179: 1410-5.
3. American college of obstetricians and Gynecologists. Prevention or early onset group B streptococcal disease in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis.
4. Centers for disease Control and Prevention. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. MMWR 1996, 45 (RR-7): 1-24.
5. Schuchat A. Group B streptococcal. Lancet 1999; 90: 353:51-6.

6. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Sociedad Española Neonatología. Recomendaciones para la prevención de la infección neonatal de estreptococos de grupo B. Prog. Obstet Ginecol 1998; 41: 431-5.
7. CDC. Prevention of group B streptococcal perinatal disease. Revised guidelines from CDC.MMRW 2002; 51: 1-22.

Bailón Ballesteros AJ¹, Granados Solier MC¹, Rodríguez Vivas C¹, Alcalá López MA², Manganell Alonso I³, Correa Martín C³

¹ Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud San Antonio, Motril (Granada)

² Médico de Familia, Centro Salud San Antonio, Motril (Granada)

³ Enfermera, Centro de Salud San Antonio, Motril (Granada)
e-mail: patricia gp@wanadoo.es

Los grupos de autoayuda ¿mejoran la fibromialgia?

Sr. Director:

La fibromialgia (FM) es una entidad clínica caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado, fatiga e insomnio, que a menudo se acompaña de trastornos funcionales tales como trastornos del sueño, cansancio y depresión, entre otros ^{1,2}.

Se trata de un problema frecuente en la práctica clínica: su prevalencia es de un 2% de las personas adultas (3,4% en mujeres y 0,5% en varones). Ocupan el 5-7% de las consultas de Atención Primaria y es la causa más frecuente de dolor musculoesquelético generalizado crónico ².

La educación sanitaria en pacientes con FM modifica su percepción de calidad de vida, aumentando el conocimiento de su enfermedad, disminuyendo la dependencia de los servicios sanitarios ³.

El objetivo del presente trabajo es valorar si la asistencia a grupos de autoayuda por parte de pacientes con FM produce diferencias en cuanto al despistaje de depresión mediante la subescala de depresión de Goldberg con respecto a pacientes que no acuden.

Se trata de un estudio observacional descriptivo.

El emplazamiento es en dos grupos de autoayuda para personas diagnosticadas de FM existentes en la ciudad de Huelva: Afibromu y HULUA.

Participaron 132 pacientes diagnosticados de FM registrados en ambas asociaciones de los cuales 52 acuden regularmente y el resto, a pesar de estar registrados, no acuden a las actividades organizadas para ellos.

A todos se les administró la subescala de depresión de Goldberg que únicamente se utiliza para el cribado de la depresión. Se estructura en cuatro ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista el trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las

preguntas de despistaje (uno o más en la subescala de depresión). El punto de corte es mayor o igual a dos para la depresión⁴.

El 94% de los participantes son mujeres. De las personas que acuden regularmente a las asociaciones (52) el 38,46% superan el punto de corte de la subescala, frente al 76,25% de las que no acuden (80). Realizando el contraste de hipótesis correspondiente al tipo de variables (Ji-Cuadrado) se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,000013$).

A pesar de las importantes limitaciones de este sencillo trabajo si se puede apuntar que ya no sólo el pertenecer a una asociación específica de FM, sino el acudir regularmente a las actividades organizadas por ellas (talleres de autoestima, educación sobre lo que significa su enfermedad, compartir experiencias con los demás,...) podría mejorar trastornos relacionados tan importantes como es la depresión.

Bibliografía

1. Sedó Fortuna R, Ancochea Mollet J. Una reflexión sobre la fibromialgia. *Aten Primaria* 2002; 29: 562-564.
2. Viana Zulaica V, Castaño Carou A, Valeiras Crujeiras C. Fibromialgia. Guías Clínicas en Atención Primaria. URL: <http://www.fisterra.com>. Última actualización: julio de 2001.
3. Bosch Romero E, Sáenz Moya N, Valls Esteve M, Viñolas Valer S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Aten Primaria* 2002; 30: 16-21.
4. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Cribado Ansiedad Depresión – Escala de Goldgerg. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/plantillas>.

Miguel Pedregal González

Unidad Docente MfyC, Hospital Vázquez Díaz, Huelva.
udhuelva@tiscali.es

Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus en un centro de salud rural

Sr. Director:

La principal causa de mortalidad en la diabetes es la enfermedad cardiovascular, especialmente la cardiopatía isquémica¹. Por tanto un objetivo fundamental de su tratamiento es reducir tanto la morbilidad como la mortalidad por esta causa. Las últimas recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) refieren la utilización de dosis entre 75-162 mg/día de ácido acetilsalicílico (AAS) para la prevención primaria y secundaria de eventos cardiovasculares².

En un reciente estudio publicado en España se señala que únicamente el 21% de los diabéticos tomaban AAS:

un 53% en prevención secundaria y un 14% en prevención primaria³. Posteriormente a su publicación se entabló una polémica en cuanto a su utilización en prevención primaria que de momento no está resuelta. Nosotros pensamos que con la información disponible son los médicos, junto con los pacientes, los que deben decidir la mejor opción terapéutica y que, probablemente, también sea necesaria la creación de un grupo de trabajo multidisciplinario que se plantee tener información del problema en nuestro medio⁴.

A continuación presentamos los resultados de nuestro centro de salud.

Objetivo: evaluar el uso de AAS para prevención cardiovascular primaria y secundaria en los diabéticos de un centro de salud rural.

Diseño: estudio observacional transversal.

Emplazamiento: centro de salud de Gibraleón (Huelva).

Sujetos: todos los diabéticos registrados en el centro de salud (638).

Mediciones: revisión de historias clínicas de diabéticos registrados en el centro, recogiendo información sobre su tratamiento con AAS, antecedentes de eventos cardiovasculares y factores de riesgo cardiovascular asociados. Se utilizaron las recomendaciones de la ADA de enero de 2004.

Resultados: se revisaron 638 historias (388 mujeres y 250 hombres; 7 diabéticos tipo 1 y 631 tipo 2). El 37,46% del total de diabéticos registrados toma AAS. Entre los que tienen antecedentes cardiovasculares (13,16%) lo hacen el 75% (prevención secundaria), y entre los que tienen factores de riesgo (87,62%) un 31,76% (prevención primaria). Un 73,82% están registrados como hipertensos, un 37,46% como dislipémicos, un 7,99% como obesos y un 5,17% como fumadores. El 97,64% de los diabéticos es mayor de 40 años. No hemos recogido datos sobre la historia familiar de coronariopatía ni la albuminuria por carecer de registros en este sentido. El 14,28% de diabéticos tipo 1 y el 37,71% de los tipo 2 toman AAS.

Conclusiones: El consumo de AAS entre los diabéticos de nuestro centro de salud para la prevención primaria es baja, no así su utilización para prevención secundaria. El uso de AAS en esta población diabética es más elevado que la obtenida en otros estudios.

Bibliografía

1. Chico A, Novials A. Aspectos prácticos en el tratamiento del paciente diabético tipo 2. *FMC* 2004; 11: 332-40.
2. American Diabetes Association. Aspirin therapy in diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27 (Suppl 1): 72-3.
3. Esmatjes E, Castell C, Franch J, Puigoriol E, Hernández R. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 96-8.

4. Esmatjes E, Castell C, Franch J, Puigoriol E, Hernáez R. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 236-9.

Romero Blanco Belén. R3 de Medicina de Familia. CS de Gibrleón (Huelva)
 Castillo Barrera Julia. Médico de Familia. CS de Gibrleón (Huelva)
 Pedregal González Miguel. Unidad Docente de MF y C de Huelva.
 Morón Contreras Asunción. Médico de Familia. CS de Gibrleón (Huelva)
 Centro de Salud de Gibrleón (Huelva)
 udhuelva@tiscali.es

Lesiones cutáneas por ventosas y educación en salud

Sr. Director:

Cada vez con una mayor frecuencia, en las consultas de los servicios de urgencias y de atención primaria, son atendidos pacientes inmigrantes¹ que previamente acudieron a un «curandero» de su comunidad para recibir la primera asistencia. Esto perpetúa en este sector de la población una práctica cada vez más inusual entre nuestros pacientes autóctonos.

Como caso ilustrativo comentamos el caso de una mujer de mediana edad de origen filipino que acudió a nuestro servicio de urgencias por dolor subagudo dorsolumbar de características osteomusculares. Como parte de la anamnesis y exploración física practicada descubrimos que le había sido aplicado sin resultado un tratamiento mediante ventosas calientes en la zona del dolor (aplicación de vacío sobre la piel mediante combustión a través de un recipiente) produciéndose múltiples lesiones maculares eritematosas cutáneas por succión. Ésta práctica es más común en la medicina tradicional asiática.

El caso ilustra la importancia de desarrollar una labor educativa y de promoción de la salud en el ámbito de la atención primaria que se dirija especialmente a este colectivo, informando en determinados casos de la probable ausencia de beneficios y de los riesgos que ésta y otras prácticas «alternativas» pueden conllevar^{2,3}.

Bibliografía

1. Morató Grieria J, Pertiñez Mena J, Clusa Gironella T. Migración y Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Aten Primaria. Conceptos, Organización y práctica clínica*. 5 ed. Madrid: Elsevier España; 2003. p. 141-56.
2. Valtueña JA. Medicinas tradicionales y alternativas. *Offarm* 2003; 34:62-6.
3. Madden G, Madden R. Patients who always disagree with you. *Aust Fam Physician* 1994; 23: 1068-71.

Ortega González A¹, Machado Gallas JM²,
 Vicente Martín M², Angulo Acevedo J³

¹ Médico Residente de Neumología. Fundación Jiménez Díaz.

² Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.
 Área VII de Madrid. IMSALUD.

³ Médico Residente de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz.
 Madrid. España.

E-mail: aortegag@fjd.es



Lesiones cutáneas por ventosas calientes en espalda

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de enero a 31 de marzo de 2004)

Alonso Morales F, Álvarez Rico F, Gálvez Alcaraz L, Guerrero García FJ, Lahoz Rallo B, Manteca González A, Rodríguez Pappalardo V.

Médicos de familia

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

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

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

TIPO DE ESTUDIO

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

Grado de interés:

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

ÁREAS DE INTERÉS:

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

Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med* 2004; 79: 107-117 [R,I]

Orozco D, Pedrera V, Gil V, Prieto I, Ribera MC, Martínez P et al. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC) *Aten Primaria* 2004; 33: 69-77 [T,I]

Ortega MA, Roca G, Iglesias M, Jurado JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria* 2004; 33: 78-85 [T,I]

Fernández E, Rodríguez D, Diogene E. Grupo de Estudio de la Prescripción Inducida. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitario Vall d'Hebron. *Aten Primaria* 2004; 33: 118-123 [T,I]

Ruiz A. La presión asistencial. *Aten Primaria* 2004; 33: 145-148 [AO,I]

Stratelis G, Jakobsson P, Molstad S, Zetterstrom O. Early detection of COPD in primary care: screening by invitation of smokers aged 40 to 55 years. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 201-206 [T,II]

Richards DA, Meakins J, Godfrey L, Tawfik J, Dutton E. Survey of the impact of nurse telephone triage on general practitioner activity. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 207-210 [T,I]

Ring F, Jones M. NHS Direct usage in a GP population of children under 5 years: is NHS Direct used by people with the greatest health need? *Br J Gen Pract* 2004; 54: 211-213 [T,I]

Lester H, Tritter JQ, Soroohan H. Managing crisis: the role of primary care for people with serious mental illness. *Fam Med* 2004; 36: 28-34 [T,I]

Nasmith L, Cote B, Cox J, Inkel D, Rubenstein H, Jimenez V, et al. The challenge of promoting integration: conceptualization, implementation, and assessment of a pilot care delivery model for patients with type 2 diabetes. *Fam Med* 2004; 36: 40-45 [T,II]

Senf JH, Kutob R, Campos-Outcalt D. Which primary care specialty? Factors that relate to a choice of family medicine, internal medicine, combined internal medicine-pediatrics, or pediatrics. *Fam Med* 2004; 36: 123-130 [T,II]

Martín J, Cortés JA, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit* 2004; 18: 129-136 [T,II]

Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA* 2004; 291: 1246-1251 [Ao,I]

Rowe S, MacLean CH, Shekelle PG. Preventing visual loss from chronic eye disease in primary care: scientific review. *JAMA* 2004; 291: 1487-1495 [M,II]

Goldzweig CL, Rowe S, Wenger NS, MacLean CH, Shekelle PG. Preventing and managing visual disability in primary care: clinical applications. *JAMA* 2004; 291: 1497-1502 [Ao,II]

Moll Van Charante E, Hartman E, Yzermans J, Voogt E, Klazinga N, Bindels P. The first general practitioner hospital in The Netherlands: towards a new form of integrated care? *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 38-43 [C, I]

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

Romera I, de Dios R, García A, González Y, Lenza C, Salinero MA. Adecuación de la profilaxis tromboembólica en pacientes con fibrilación auricular crónica en 3 centros de atención primaria. *Aten Primaria* 2004; 33: 188-192 [T,II]

Pineda M, Custardoy J, Ortin JM, Cano JG, Andreu MT, Grau C. Grado de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus en la población general adulta. *Aten Primaria* 2004; 33: 254-260 [T,I]

- Ibáñez M, Barutell L, Jaunsolo MA. Manejo en atención primaria de la vasculopatía diabética: diagnóstico y control. *Aten Primaria* 2004; 33: 267-276 [R,I]
- Little P, Dorward M, Gralton S, Hammerton L, Pillinger J, White P, et al. A randomised controlled trial of three pragmatic approaches to initiate increased physical activity in sedentary patients with risk factors for cardiovascular disease. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 189-195 [EC,II]
- Bartelink M, Stoffers HEJH, Biesheuvel CJ, Hoes AW. Walking exercise in patients with intermittent claudication. Experience in routine clinical practice. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 196-200 [T,I]
- Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ. ExTraMATCH Collaborative. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *BMJ* 2004; 328: 189-192 [M,II]
- Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, Casson RI, Lam M, MacDonald SE, et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month of follow up of patient with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004; 328: 204-206 [EC,III]
- Coull AJ, Lovett JK, Rothwell PM. Population based study of early risk of stroke after transient ischaemic attack or minor stroke: implications for public education and organisation of services. *BMJ* 2004; 328: 326-328 [S,II]
- García de Albéñiz XA, Guerra-Gutiérrez F, Ortega-Martínez R, Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA. Consumo de tabaco en titulados universitarios. El Proyecto SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). *Gac Sanit* 2004; 18: 108-117 [T,I]
- Greenland P, LaBree L, Azen SP, Doherty TM, Detrano RC. Coronary artery calcium score combined with Framingham score for risk prediction in asymptomatic individuals. *JAMA* 2004; 291: 210-215 [S,I]
- Toole JF, Malinow MR, Chambless LE, Spence DJ, Pettigrew LC, Howard VJ, et al. Lowering homocysteine in patients with ischemic stroke to prevent recurrent stroke, myocardial infarction, and death: the vitamin intervention for stroke prevention (VISP) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 565-575 [EC,I]
- Staessen JA, Hond ED, Celis H, Fagard R, Keary L, Vandenhoven G, et al. Antihypertensive treatment based on blood pressure measurement at home or in the physician's office. A randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 955-964 [EC,II]
- Nissen SE, Tuzcu EM, Schoenhagen P, Brown BG, Ganz P, Vogel RA, et al. Effect of intensive compared with moderate lipid-lowering therapy on progression of coronary atherosclerosis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1071-1080 [EC,II]
- Bobrie G, Chatellier G, Genes N, Clerson P, Vaur L, Vaisse B, et al. Cardiovascular prognosis of «masked hypertension» detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. *JAMA* 2004; 291: 1342-1349 [T,I]
- Collins R, Armitage J, Parish S, Sleight P, Peto R. Heart Protection Study Collaborative Group. Effects of cholesterol-lowering with simvastatin on stroke and other major vascular events in 20 536 people with cerebrovascular disease or other high-risk conditions. *Lancet* 2004; 363: 757-767 [EC,II]
- Esmatjes E, Castell C, Franch J, Puigoriol E, Hernaez R. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 96-98 [T,I]
- Bueno H. Infratilización del ácido acetilsalicílico en la prevención cardiovascular del paciente con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 101 - 103 [AO,II]
- Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, Lou S, Divison JA, Santos JA, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2002. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 165-171 [T,II]
- Córdoba R, Altisent R. Ética clínica y tabaco. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 262-266 [AO,I]
- Nilsson PM, Theobald H, Journath G, Fritz T. Gender differences in risk factor control and treatment profile in diabetes: a study in 229 Swedish primary health care centres. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 27-31 [T,II]
- Van Steenkiste B, Van der Weijden T, Stoffers HE, Grol R. Barriers to implementing cardiovascular risk tables in routine general practice. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 32-37 [C,II]
- Jarvelaid M. Adolescent tobacco smoking and associated psychosocial health risk factors. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 50-53 [T,II]
- DIABETES:**
- Koenigsberg MR, Bartlett D, Cramer S. Facilitating treatment adherence with lifestyle changes in diabetes. *Am Fam Physician* 2004; 69: 309-324 [R,II]
- López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma JR, Ariza-Andraca CR, Martínez-Bermudez M. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. *Aten Primaria* 2004; 33: 20-27 [T,II]
- Comerma A, Agusti J, Mas M, Girona R. Diabetes mellitus tipo 2: ¿la insulinización en atención primaria mejora el control metabólico? *Aten Primaria* 2004; 33: 105-105 [T,I]
- Ibáñez M, Barutell L, Jaunsolo MA. Manejo en atención primaria de la vasculopatía diabética: diagnóstico y control. *Aten Primaria* 2004; 33: 267-276 [R,I]
- Van de Laar FA, Van de Lisdonk EH, Lucassen PLBJ, Tigchelaar JMH, Meyboom S, Mulder J, et al. Fat intake in patients newly diagnosed with type 2 diabetes: a 4-year follow-up study in general practice. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 177-182 [S,II]
- Peel E, Parry O, Douglas M, Lawton J. Blood glucose self-monitoring in non-insulin-treated type 2 diabetes: a qualitative study of patients' perspectives. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 183-188 [C,I]
- Marre M, Lievre M, Chatellier G, Mann JF, Passa P, Menard J. DIABHYCAR Study Investigators. Effects of low dose ramipril on cardiovascular and renal outcomes in patients with type 2 diabetes and raised excretion of urinary albumin: randomised, double blind, placebo controlled trial (the DIABHYCAR study). *BMJ* 2004; 328: 495-499 [EC,II]
- Nasmith L, Cote B, Cox J, Inkell D, Rubenstein H, Jimenez V, et al. The challenge of promoting integration: conceptualization, implementation, and assessment of a pilot care delivery model for patients with type 2 diabetes. *Fam Med* 2004; 36: 40-45 [T,II]
- Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA* 2004; 291: 335-342 [R,I]
- Jiang R, Manson JE, Meigs JB, Ma J, Rifai N, Hu FB. Body iron stores in relation to risk of type 2 diabetes in apparently healthy women. *JAMA* 2004; 291: 711-717 [CC,II]
- Tuomilehto J, Hu G, Bidel S, Lindström J, Jousilahti P. Coffee consumption and risk of type 2 diabetes mellitus among middle-aged finnish men and women. *JAMA* 2004; 291: 1213-1219 [S,I]
- Gale EA, Bingley PJ, Emmett CL, Collier T. European Nicotinamide Diabetes Intervention Trial (ENDIT) Group. European Nicotinamide Diabetes Intervention Trial (ENDIT): a randomised controlled trial of intervention before the onset of type 1 diabetes. *Lancet* 2004; 363: 925-31 [EC,I]
- Esmatjes E, Castell C, Franch J, Puigoriol E, Hernaez R. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 96-98 [T,I]

Bueno H. Infratilización del ácido acetilsalicílico en la prevención cardiovascular del paciente con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 101-103 [AO,II]

Petersen KF, Dufour S, Befroy D, García R, Shulman GI. Impaired mitochondrial activity in the insulin-resistant offspring of patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2004; 350: 664-671 [S,I]

Nilsson PM, Theobald H, Journath G, Fritz T. Gender differences in risk factor control and treatment profile in diabetes: a study in 229 Swedish primary health care centres. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 27-31 [T, II]

CÁNCER. Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.

Harris JE, Thun MJ, Mondul AM, Calle EE. Cigarette tar yields in relation to mortality from lung cancer in the cancer prevention study II prospective cohort, 1982-8. *BMJ* 2004; 328: 72-76 [S,I]

Michels KB, Ekobom A. Caloric restriction and incidence of breast cancer. *JAMA* 2004; 291: 1226-1230 [S,II]

Berrington de Gonzalez A, Darby S. Risk of cancer from diagnostic X-rays: estimates for the UK and 14 other countries. *Lancet* 2004; 363: 345-351 [S,I]

Filella X, Truan D, Alcover J, Quinto L, Molina R, Luque P, et al. Antígeno prostático específico y sus fracciones en el diagnóstico del cáncer de próstata. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 241-244 [T,I]

INFECCIOSAS. Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.

Flinders DC, Schweinitz P. Pediculosis and scabies. *Am Fam Physician* 2004; 69: 341-354 [R,II]

Hay AD, Fahey T, Peters TJ, Wilson A. Predicting complications from acute cough in pre-school children in primary care: a prospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 9-14 [S,II]

Graffelman AW, Neven AK, Le Cessie S, Kroes A, Springer MP, Van den Broek PJ. Pathogens involved in lower respiratory tract infections in general practice. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 15-19 [S,I]

Graffelman AW, Neven AK, Le Cessie S, Kroes A, Springer MP, Van den Broek PJ. A diagnostic rule for the aetiology of lower respiratory tract infections as guidance for antimicrobial treatment. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 20-24 [S,II]

Johnson G, Helman C. Remedy or cure? Lay beliefs about over-the-counter medicines for coughs and colds. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 98-102 [C,I]

Blondeau JM. Current issues in the management of urinary tract infections: extended-release ciprofloxacin as a novel treatment option. *Drugs* 2004; 64: 611-628 [R,II]

Alsedà M, Godoy P. Factores asociados a la infección tuberculosa latente en los contactos de pacientes afectados. *Gac Sanit* 2004; 18: 101-107 [T, I]

Chang LY, Tsao KC, Hsia SH, Shih SR, Huang CG, Chan WK, et al. Transmission and clinical features of enterovirus 71 infections in household contacts in Taiwan. *JAMA* 2004; 291: 222-227 [S,I]

Vázquez M, LaRussa PS, Gershon AA, Niccolai LM, Muehlenbein CE, Steinberg SP, et al. Effectiveness over time of varicella vaccine. *JAMA* 2004; 291: 851-855 [CC,II]

Keene WE, Markum AC, Samadpour M. Outbreak of pseudomonas aeruginosa infections caused by commercial piercing of upper ear cartilage. *JAMA* 2004; 291: 981-985 [T,I]

Christ-Crain M, Jaccard-Stolz D, Bingisser R, Gencay MM, Huber PR, Tamm M, et al. Effect of procalcitonin-guided treatment on antibiotic use and outcome in lower respiratory tract infections: cluster-randomised, single-blinded intervention trial. *Lancet* 2004; 363: 600-607 [EC,I]

Mirete C, Gutierrez F, Masia M, Ramos JM, Hernandez I, Soldan B. Reactantes de fase aguda en la neumonía adquirida en la comunidad. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 245 - 247 [S,I]

Corey L, Wald A, Patel R, Sacks SL, Tying SK, Warren T, et al. Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes. *N Engl J Med* 2004; 350: 11-20 [S,II]

Lecuit M, Abachin E, Martin A, Poyart C, Pochart P, Suarez F, et al. Immunoproliferative small intestinal disease associated with campylobacter jejuni. *N Engl J Med* 2004; 350: 239-248 [T,I]

García HH, Pretell EJ, Gilman RH, Martinez SM, Moulton LH, Del Brutto OH, et al. A trial of antiparasitic treatment to reduce the rate of seizures due to cerebral cysticercosis. *N Engl J Med* 2004; 350: 249-258 [EC,I]

Reed KD, Melski JW, Graham MB, Regnery RL, Sotir MJ, Wegner MV, et al. The detection of monkeypox in humans in the western hemisphere. *N Engl J Med* 2004; 350: 342-350 [T,I]

Williams JV, Harris PA, Tollefson SJ, Halburnt-Rush LL, Pingsterhaus JM, Edwards KM, et al. Human metapneumovirus and lower respiratory tract disease in otherwise healthy infants and children. *N Engl J Med* 2004; 350: 443-450 [T,II]

Williams CF, Klinzman D, Yamashita TE, Xiang J, Polgreen PM, Rinaldo C, et al. Persistent GB virus C infection and survival in HIV-infected men. *N Engl J Med* 2004; 350: 981-990 [S,I]

Tran TH, Nguyen TL, Nguyen TD, Luong TS, Pham PM, Nguyen VC, et al. Avian influenza A (H5N1) in 10 patients in Vietnam. *N Engl J Med* 2004; 350: 1179-1188 [T,I]

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA:

Barreiro TJ, Perillo I. An approach to interpreting spirometry. *Am Fam Physician* 2004; 69: 1107-1116 [R,II]

Leal M, Abellán J, Martínez J, Nicolás A. Información escrita sobre el uso de aerosoles en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ¿Mejoramos su calidad de utilización? *Aten Primaria* 2004; 33: 6-10 [EC,I]

Nabera K, Alberti J. Mortalidad por asma en la ciudad de Barcelona (1983-1993) *Aten Primaria* 2004; 33: 13-19 [T,I]

García C, García F. ¿Qué podemos hacer ante la escasa implantación de la espirometría en atención primaria? *Aten Primaria* 2004; 33: 261 - 266 [R,II]

Stratelis G, Jakobsson P, Molstad S, Zetterstrom O. Early detection of COPD in primary care: screening by invitation of smokers aged 40 to 55 years. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 201-206 [T,II]

Reynolds NA, Perry CM, Keating GM. Budesonide/formoterol: in chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs* 2004; 64: 431-441 [R,II]

Harrison TW, Osborne J, Newton S, Tattersfield AE. Doubling the dose of inhaled corticosteroid to prevent asthma exacerbations: randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 363: 271-275 [S,II]

Vega JA, Montero M, Sánchez P. Factores pronósticos de reingreso en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 293-297 [S,I]

Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 1005-1012 [S,II]

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

Alonso A, Garrido A, Díaz A, Casquero R, Riera M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria* 2004; 33: 61-66 [T,I]

- Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328: 265-268 [EC,II]
- Asnis GM, Kohn SR, Henderson M, Brown NL. SSRIs versus non-SSRIs in post-traumatic stress disorder: an update with recommendations. *Drugs* 2004; 64: 383-404 [R,I]
- Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Managing crisis: the role of primary care for people with serious mental illness. *Fam Med* 2004; 36: 28-34 [T,I]
- Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF III, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. A randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1081-1091 [EC,I]
- Barsky AJ, Ahern DK. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1464-1470 [EC,II]
- Jarvelaid M. Adolescent tobacco smoking and associated psychosocial health risk factors. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 50-53 [T,II]
- SALUD LABORAL.**
- Shiels C, Gabbay MB, Ford FM. Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 86-91 [S,I]
- Martín J, Cortés JA, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit* 2004; 18: 129-136 [T, II]
- ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES.**
- McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Bunton AJ, et al. Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003; 139: 933-949 [R, II]
- García J, García V, Sainz M, Carvajal A. Utilización de medicamentos para la osteoporosis en España. *Aten Primaria* 2004; 33: 104 - 104 [T,II]
- Zwart M, Fradera M, Solanas P, González C, Adalid C. Abordaje de la osteoporosis en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 2004; 33: 183-187 [T,I]
- Dekel R, Morse C, Fass R. The role of proton pump inhibitors in gastro-oesophageal reflux disease. *Drugs* 2004; 64: 277-295 [R,II]
- Tonini M, De Giorgio R, De Ponti F. Progress with novel pharmacological strategies for gastro-oesophageal reflux disease. *Drugs* 2004; 64: 347-361 [R,I]
- Kruit MC, van Buchem MA, Hofman PAM, Bakkers JTN, Terwindt GM, Ferrari Md, et al. Migraine as a risk factor for subclinical brain lesions. *JAMA* 2004; 291: 427-434 [T,I]
- Legg L, Langhorne P. Outpatient Service Trialists. Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. *Lancet* 2004; 363: 352-356 [M,I]
- Muir KW, Lees KR, Ford I, Davis S. Intravenous Magnesium Efficacy in Stroke (IMAGES) Study Investigators. Magnesium for acute stroke (Intravenous Magnesium Efficacy in Stroke trial): randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 363: 439-445 [EC,I]
- Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, Von Kummer R, Broderick JP, et al. The ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA Study Group Investigators. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet* 2004; 363: 768-774 [EC,II]
- Martín D, Pedrero P, Martínez JA, González A, Hernando T, Herreros I. Prevención de la enfermedad tromboembólica en pacientes con fibrilación auricular crónica en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 53-56 [T,II]
- González A, Ruiz F, Pedraza C, Díaz F, Sáez JM. Eficacia de la erradicación de *Helicobacter pylori* en la dispepsia no ulcerosa. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 87-91 [EC,II]
- Arrizabalaga JJ, Masmiquel L, Vidal J, Calanas-Continente A, Díaz-Fernández MJ, García-Luna PP, et al. Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 104-110 [M,II]
- Vallano A, Bosch M. Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* y uso de antiinflamatorios no esteroideos. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 155-157 [R,II]
- Thomas JM, Newton-Bishop J, A'Hern R, Coombes G, Timmons M, Evans J, et al. Excision margins in high-risk malignant melanoma. *N Engl J Med* 2004; 350: 757-766 [EC,II]
- Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, Willett W, Curhan G. Purine-rich foods, dairy and protein intake, and the risk of gout in men. *N Engl J Med* 2004; 350: 1093-1103 [S,I]
- ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA.**
- Raghu G, Brown KK, Bradford WZ, Starko K, Noble PW, Schwartz DA, et al. A placebo-controlled trial of interferon gamma-1b in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *N Engl J Med* 2004; 350: 125-133 [EC,I]
- Sagristá-Sauleda J, Angel J, Sánchez A, Permanyer-Miralda G, Soler-Soler J. Effusive-constrictive pericarditis. *N Engl J Med* 2004; 350: 469-475 [S,I]
- Freedman SD, Blanco PG, Zaman MM, Shea JC, Ollero M, Hopper IK, et al. Association of cystic fibrosis with abnormalities in fatty acid metabolism. *N Engl J Med* 2004; 350: 560-569 [T,II]
- Gladwin MT, Sachdev V, Jison ML, Shizukuda Y, Plehn JF, Minter K, et al. Pulmonary hypertension as a risk factor for death in patients with sickle cell disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 886-895 [S,I]
- MEDIOS DIAGNÓSTICOS.**
- Barreiro TJ, Perillo I. An approach to interpreting spirometry. *Am Fam Physician* 2004; 69: 1107-1116 [R,II]
- Fawcett RS, Hart TM, Linford S, Stulberg D. Nail abnormalities: clues to systemic disease. *Am Fam Physician* 2004; 69: 1417-1428 [R,II]
- Jackson JL, O'Malley PG, Kroenke K. Evaluation of acute knee pain in primary care. *Ann Intern Med.* 2003; 139: 575-588 [R, III]
- Miglioretti DL, Rutter CM, Geller BM, Cutter G, Barlow WE, Rosenberg R, et al. Effect of breast augmentation on the accuracy of mammography and cancer characteristics. *JAMA* 2004; 291: 442-450 [S,I]
- Kowalski RG, Claassen J, Kreiter KT, Bates JE, Ostapkovich ND, Connolly ES, et al. Initial misdiagnosis and outcome after subarachnoid haemorrhage. *JAMA* 2004; 291: 866-869 [S,I]
- King KM, Ghali WA, Faris PD, Curtis MJ, Galbraith PD, Graham MM, et al. Sex differences in outcomes after cardiac catheterization: effect modification by treatment strategy and time. *JAMA* 2004; 291: 1220-1225 [S,I]
- Filella X, Truan D, Alcover J, Quinto L, Molina R, Luque P, et al. Antígeno prostático específico y sus fracciones en el diagnóstico del cáncer de próstata. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 241-244 [T,II]
- Mirete C, Gutierrez F, Masia M, Ramos JM, Hernandez I, Soldan B. Reactantes de fase aguda en la neumonía adquirida en la comunidad. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 245-247 [S,I]
- España M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 288-292 [T,II]

Gibot S, Cravoisy A, Levy B, Bene MC, Faure G, Bollaert PE. Soluble triggering receptor expressed on myeloid cells and the diagnosis of pneumonia. *N Engl J Med* 2004; 350: 451-458 [S,I]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Hay AD, Fahey T, Peters TJ, Wilson A. Predicting complications from acute cough in pre-school children in primary care: a prospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 9-14 [S,II]

Henderson R, Oates K, MacDonald H, Smith WCS, Selvaraj S. Factors influencing the uptake of childhood immunisation in rural areas. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 114-118 [T,I]

Shah S, Whittle A, Wilfond B, Gensler G, Wendler D. How do institutional review boards apply the federal risk and benefit standards for pediatric research? *JAMA* 2004; 291: 476-482 [T,I]

Garde V, Harper D, Fairchok MP. Tertiary contact vaccinia in a breast-feeding infant. *JAMA* 2004; 291: 725-727 [Ao,I]

Haninger K, Thompson KM. Content and ratings of teen-rated video games. *JAMA* 2004; 291: 856-865 [T,I]

Pantell RH, Newman TB, Bernzweig J, Bergman DA, Takayama JL, Segal M, et al. Management and outcomes of care of fever in early infancy. *JAMA* 2004; 291: 1203-1212 [S,II]

Checkley W, Gilman RH, Black RE, Epstein LD, Cabrera L, Sterling CR, et al. Effect of water and sanitation on childhood health in a poor Peruvian peri-urban community. *Lancet* 2004; 363: 112-118 [S,I]

Reiner WG, Gearhart JP. Discordant sexual identity in some genetic males with cloacal exstrophy assigned to female sex at birth. *N Engl J Med* 2004; 350: 333-341 [S,I]

Williams JV, Harris PA, Tollefson SJ, Halburnt-Rush LL, Pingsterhaus JM, Edwards KM, et al. Human metapneumovirus and lower respiratory tract disease in otherwise healthy infants and children. *N Engl J Med* 2004; 350: 443-450 [T,II]

Bhargava SK, Sachdev HS, Fall CH, Osmond C, Lakshmy R, Barker DJ, et al. Relation of serial changes in childhood body-mass index to impaired glucose tolerance in young adulthood. *N Engl J Med* 2004; 350: 865-875 [S,II]

Yeh TF, Lin YJ, Lin HC, Huang CC, Hsieh WS, Lin CH, et al. Outcomes at school age after postnatal dexamethasone therapy for lung disease of prematurity. *N Engl J Med* 2004; 350: 1304-1313 [CC,II]

Jarvelaid M. Adolescent tobacco smoking and associated psychosocial health risk factors. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 50-53 [T,II]

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

Herndon EJ, Ziemann M. New contraceptive options. *Am Fam Physician* 2004; 69: 853-864 [R,II]

Bailón E. ¿Se debe tratar la menopausia? *Aten Primaria* 2004; 33: 203-208 [R,II]

Luengo S, Muñoz A. Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España. *Aten Primaria* 2004; 33: 229-234 [T,I]

Oakeshott P, Kerry S, Hay S, Hay P. Bacterial vaginosis and preterm birth: a prospective community-based cohort study. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 119-122 [S,I]

Minelli C, Abrams KR, Sutton AJ, Cooper NJ. Benefits and harms associated with hormone replacement therapy: clinical decision analysis. *BMJ* 2004; 328: 371-375 [Estudio probabilístico, II]

Taft A, Broom DH, Legge D. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. *BMJ* 2004; 328: 618-621 [C,II]

Ruiz I, Bermejo MJ. Conocimientos de las mujeres menopáusicas respecto a la terapia hormonal sustitutiva. *Gac Sanit* 2004; 18: 32-37 [T,I]

Hersh AL, Stefanick ML, Stafford RS. National use of postmenopausal hormone therapy: annual trends and response to recent evidence. *JAMA* 2004; 291: 47-53 [T,II]

Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. *JAMA* 2004; 291: 986-995 [R,II]

Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: clinical applications. *JAMA* 2004; 291: 996-999 [Ao,I]

Michels KB, Ekbohm A. Caloric restriction and incidence of breast cancer. *JAMA* 2004; 291: 1226-1230 [S,II]

Anderson MR, Klink K, Cohn A. Evaluation of vaginal complaints. *JAMA* 2004; 291: 1368-1379 [R,I]

Kuppermann M, Varner RE, Summitt RL Jr, Learman LA, Ireland C, Vittinghoff E. Effect of hysterectomy vs medical treatment on health-related quality of life and sexual functioning. The medicine or surgery (ms) randomized trial. *JAMA* 2004; 291: 1447-1455 [EC,II]

Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto A, Grenman S, Kivelä A, et al. Clinical outcomes and costs with the levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy for treatment of menorrhagia: randomized trial 5-year follow-up. *JAMA* 2004; 291: 1456-1463 [EC,I]

Palacios S, Ferrer-Barriendas J, Parrilla JJ, Castelo-Branco C, Manubens M, Alberich X, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 205-211 [T,I]

España M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 288-292 [T,I]

Pelayo M, Agra Y. Bisfosfonatos en la prevención de la osteoporosis de mujeres posmenopáusicas con baja masa ósea. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 304-310 [M,II]

Rothenberg SP, Da Costa MP, Sequeira JM, Cracco J, Roberts JL, Weedon J, et al. Autoantibodies against folate receptors in women with a pregnancy complicated by a neural-tube defect. *N Engl J Med* 2004; 350: 134-142 [CC,I]

Meunier PJ, Roux C, Seeman E, Ortolani S, Badurski JE, Spector TD, et al. The effects of strontium ranelate on the risk of vertebral fracture in women with postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 2004; 350: 459-468 [EC,II]

Levine RJ, Maynard SE, Qian C, Lim KH, England LJ, Yu KF, et al. Circulating angiogenic factors and the risk of preeclampsia. *N Engl J Med* 2004; 350: 672-683 [CC,I]

Chlebowski RT, Wactawski-Wende J, Ritenbaugh C, Hubbell FA, Ascensao J, Rodabough RJ, et al. Estrogen plus progestin and colorectal cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 2004; 350: 991-1004 [EC,II]

Bone HG, Hosking D, Devogelaer JP, Tucci JR, Emkey RD, Tonino RP, et al (Alendronate Phase III Osteoporosis Treatment Study Group). Ten years' experience with alendronate for osteoporosis in postmenopausal women. *N Engl J Med* 2004; 350: 1189-1199 [EC,II]

ANCIANOS.

Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004; 328: 680-683 [M,II]

Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF III, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in

- depressed older primary care patients. A randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1081-1091 [EC,I]
- Salva A, Bolibar I, Pera G, Arias C. Incidencia y consecuencias de las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 172-176 [S,II]
- URGENCIAS Y EMERGENCIAS.**
- Snow V, Weiss KB, LeFevre M, McNamara R, Bass E, Green LA, et al. Management of newly detected atrial fibrillation: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2003; 139: 1009-1017 [T, II]
- McNamara RL, Tamariz LJ, Segal JB, Bass EB. Management of atrial fibrillation: review of evidence for the role of pharmacologic therapy, electrical cardioversion, and echocardiography. *Ann Intern Med.* 2003; 139: 1018-1033 [R, II].
- Heeschen C, Dimmeler S, Fichtlscherer S, Hamm CW, Berg J, Simons ML, et al. Prognostic value of placental growth factor in patients with acute chest pain. *JAMA* 2004; 291: 435-441 [S,I]
- Booth CM, Boone RH, Tomlinson G, Detsky AS. Is this patient dead, vegetative, or severely neurologically impaired?: assessing outcome for comatose survivors of cardiac arrest. *JAMA* 2004; 291: 870-879 [R,I]
- Kastrati A, Mehilli J, Schlotterbeck K, Dotzer F, Dirschinger J, Schmitt C, et al. Early administration of reteplase plus abciximab vs abciximab alone in patients with acute myocardial infarction referred for percutaneous coronary intervention: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 947-954 [EC,I]
- Cooper DJ, Myles PS, McDermott FT, Murray LJ, Laidlaw J, Cooper G, et al. Prehospital hypertonic saline resuscitation of patients with hypotension and severe traumatic brain injury: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1350-1357 [EC,I]
- Wenzel V, Krismer AC, Arntz HR, Sitter H, Stadlbauer KH, Lindner KH, et al. A comparison of vasopressin and epinephrine for out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med* 2004; 350: 105-113 [EC,II]
- Mueller C, Scholer A, Laule-Kilian K, Martina B, Schindler C, Buser P, et al. Use of B-type natriuretic peptide in the evaluation and management of acute dyspnea. *N Engl J Med* 2004; 350: 647-654 [S,I]
- Wang TJ, Larson MG, Levy D, Benjamin EJ, Leip EP, Omland T, et al. Plasma natriuretic peptide levels and the risk of cardiovascular events and death. *N Engl J Med* 2004; 350: 655-663 [S,I]
- TERAPÉUTICA:** Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.
- Ward R, Kugelmas M, Libsch K. Management of hepatitis C: evaluating suitability for drug therapy. *Am Fam Physician* 2004; 69: 1429-1442 [R,II]
- Snow V, Weiss KB, LeFevre M, McNamara R, Bass E, Green LA, et al. Management of newly detected atrial fibrillation: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2003; 139: 1009-1017 [T, II]
- McNamara RL, Tamariz LJ, Segal JB, Bass EB. Management of atrial fibrillation: review of evidence for the role of pharmacologic therapy, electrical cardioversion, and echocardiography. *Ann Intern Med.* 2003; 139: 1018-1033 [R, II].
- Leal M, Abellán J, Martínez J, Nicolás A. Información escrita sobre el uso de aerosoles en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ¿Mejoramos su calidad de utilización?. *Aten Primaria* 2004; 33: 6-10 [EC,I]
- García J, García V, Sainz M, Carvajal A. Utilización de medicamentos para la osteoporosis en España. *Aten Primaria* 2004; 33: 104-104 [T,I]
- Fernández E, Rodríguez D, Diogene E. Grupo de Estudio de la Prescripción Inducida. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitario Vall d'Hebron. *Aten Primaria* 2004; 33: 118-123 [T,I]
- Simo J, de Pablo R, Ramos MJ, Gaztambide MS. ¿Gastamos demasiado en medicamentos? El gasto farmacéutico, un bien de primera necesidad entre los países europeos. *Aten Primaria* 2004; 33: 244-253 [T,II]
- Killestein J, Uitdehaag BM, Polman CH. Cannabinoids in multiple sclerosis: do they have a therapeutic role? *Drugs* 2004; 64: 1-11 [R,I]
- Abdel-Hamid IA. Phosphodiesterase 5 inhibitors in rapid ejaculation: potential use and possible mechanisms of action. *Drugs* 2004; 64: 13-26 [R,I]
- Schapiro AH. Restless legs syndrome: an update on treatment options. *Drugs* 2004; 64: 149-158 [R,I]
- Dekel R, Morse C, Fass R. The role of proton pump inhibitors in gastro-oesophageal reflux disease. *Drugs* 2004; 64: 277-295 [R,II]
- Tonini M, De Giorgio R, De Ponti F. Progress with novel pharmacological strategies for gastro-oesophageal reflux disease. *Drugs* 2004; 64: 347-361 [R,I]
- Asnis GM, Kohn SR, Henderson M, Brown NL. SSRIs versus non-SSRIs in post-traumatic stress disorder: an update with recommendations. *Drugs* 2004; 64: 383-404 [R,I]
- Reynolds NA, Perry CM, Keating GM. Budesonide/formoterol: in chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs* 2004; 64: 431-441 [R,I]
- Curran MP, Scott LJ, Perry CM. Cetirizine: a review of its use in allergic disorders. *Drugs* 2004; 64: 523-561 [R,I]
- Blondeau JM. Current issues in the management of urinary tract infections: extended-release ciprofloxacin as a novel treatment option. *Drugs* 2004; 64: 611-628 [R,II]
- Ruiz I, Bermejo MJ. Conocimientos de las mujeres menopáusicas respecto a la terapia hormonal sustitutiva. *Gac Sanit* 2004; 18: 32-37 [T, I]
- De Blas B, Laredo LM, Vargas E. Interacciones de los fármacos más consumidos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 1-11 [R,II]
- Staats PS, Yearwood T, Charapata SG, Presley RW, Wallace MS, Byas-Smith M, et al. Intrathecal ziconotide in the treatment of refractory pain in patients with cancer or AIDS. Controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 63-70 [EC,I]
- Surks MI, Ortiz E, Daniels GH, Sawin CT, Col NF, Cobin RH, et al. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA* 2004; 291: 228-238 [M, III]
- Col NF, Surks MI, Daniels GH. Subclinical thyroid disease: clinical applications. *JAMA* 2004; 291: 239-243 [Ao,I]
- Chaitman BR, Pepine CJ, Parker JO, Skopal J, Chumakova G, Kuch J, et al. Effects of ranolazine with atenolol, amlodipine, or diltiazem on exercise tolerance and angina frequency in patients with severe chronic angina: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 309-316 [EC,I]
- Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, Graham SM, McDonald S, Gergel I. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil. A randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 317-324 [EC,I]
- Schapiro AHV, Olanow CW. Neuroprotection in Parkinson disease: mysteries, myths, and misconceptions. *JAMA* 2004; 291: 358-364 [Ao,I]
- LaRoche SM, Helmers SL. The new antiepileptic drugs: scientific review. *JAMA* 2004; 291: 605-614 [R,II]
- LaRoche SM, Helmers SL. The new antiepileptic drugs: clinical applications. *JAMA* 2004; 291: 615-620 [Ao,I]

- Pantell RH, Newman TB, Bernzweig J, Bergman DA, Takayama JI, Segal M, et al. Management and outcomes of care of fever in early infancy. *JAMA* 2004; 291: 1203-1212 [S,II]
- Christ-Crain M, Jaccard-Stolz D, Bingisser R, Gencay MM, Huber PR, Tamm M, et al. Effect of procalcitonin-guided treatment on antibiotic use and outcome in lower respiratory tract infections: cluster-randomised, single-blinded intervention trial. *Lancet* 2004; 363: 600-607 [EC,I]
- Vallano A, Bosch M. Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* y uso de antiinflamatorios no esteroideos. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 155-157 [R,II]
- Shane E, Adesso V, Namerow PB, McMahon DJ, Lo SH, Staron RB, et al. Alendronate versus calcitriol for the prevention of bone loss after cardiac transplantation. *N Engl J Med* 2004; 350: 767-776 [EC,II]
- Sands BE, Anderson FH, Bernstein CN, Chey WY, Feagan BG, Fedorak RN, et al. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 876-885 [EC,I]
- Coombs RC, Hall E, Gibson LJ, Paridaens R, Jassem J, Delozier T, et al. A randomized trial of exemestane after two to three years of tamoxifen therapy in postmenopausal women with primary breast cancer. *N Engl J Med* 2004; 350: 1081-1092 [EC,II]
- Olesen J, Diener HC, Husstedt IW, Goadsby PJ, Hall D, Meier U, et al. Calcitonin gene-related peptide receptor antagonist BIBN 4096 BS for the acute treatment of migraine. *N Engl J Med* 2004; 350: 1104-1110 [EC,I]
- Neoptolemos JP, Stocken DD, Friess H, Bassi C, Dunn JA, Hickey H, et al (European Study Group for Pancreatic Cancer.). A randomized trial of chemoradiotherapy and chemotherapy after resection of pancreatic cancer. *N Engl J Med* 2004; 350: 1200-1210 [EC,II]
- Milpied N, Deconinck E, Gaillard F, Delwail V, Foussard C, Berthou C, et al. Initial treatment of aggressive lymphoma with high-dose chemotherapy and autologous stem-cell support. *N Engl J Med* 2004; 350: 1287-1295 [EC,II]
- ENTREVISTA CLINICA.**
- Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 165-170 [C,I]
- Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 171-176 [C,I]
- ATENCION FAMILIAR.**
- Delicado MV, Candel E, Alfaro A, López M, García C. Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. *Aten Primaria* 2004; 33: 193-199 [C,II]
- Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* 2004; 291: 88-93 [S,I]
- Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Supporting family caregivers at the end of life: "they don't know what they don't know". *JAMA* 2004; 291: 483-491 [Ao,I]
- ACTIVIDADES COMUNITARIAS.** Incluye: encuestas de satisfacción, todo lo relacionado con los usuarios.
- Wofford MM, Wofford JL, Bothra J, Kendrick SB, Smith A, Lichstein PR. Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Acad Med* 2004; 79: 134-138 [C,I]
- Chapple A, Ziebland S, McPherson A. Qualitative study of men's perceptions of why treatment delays occur in the UK for those with testicular cancer. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 25-32 [C,I]
- Little P, Dorward M, Warner G, Moore M, Stephens K, Senior J, et al. Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. *BMJ* 2004; 328: 441-444 [EC,I]
- Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician-citizens-public roles and professional obligations. *JAMA* 2004; 291: 94-98 [Ao,II]
- Cummings P, Rivara FP. Car occupant death according to the restraint use of other occupants: a matched cohort study. *JAMA* 2004; 291: 343-349 [CC,I]
- Shinoda-Tagawa T, Leonard R, Pontikas J, McDonough JE, Allen D, Dreyer PI. Resident-to-resident violent incidents in nursing homes. *JAMA* 2004; 291: 591-598 [CC,I]
- Alter DA, Iron K, Austin PC, Naylor CD. Socioeconomic status, service patterns, and perceptions of care among survivors of acute myocardial infarction in Canada. *JAMA* 2004; 291: 1100-1107 [S,I]
- Amowitz LL, Kim G, Reis C, Asher JL, Iacopino V. Human rights abuses and concerns about women's health and human rights in southern Iraq. *JAMA* 2004; 291: 1471-1479 [T,I]
- Reis C, Ahmed AT, Amowitz LL, Kushner AL, Elahi M, Iacopino V. Physician participation in human rights abuses in southern Iraq. *JAMA* 2004; 291: 1480-1486 [T,I]
- DOCENCIA.** Incluye: pregrado, postgrado, formación medica continuada, metodología docente.
- Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med* 2004; 79: 107-117 [R,I]
- Wofford MM, Wofford JL, Bothra J, Kendrick SB, Smith A, Lichstein PR. Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Acad Med* 2004; 79: 134-138 [C,I]
- Santen SA, Hemphill RR, McDonald MF, Jo CO. Patients' willingness to allow residents to learn to practice medical procedures. *Acad Med* 2004; 79: 144-147 [T,I]
- McGowan JJ, Berner ES. Proposed curricular objectives to teach physicians competence in using the world wide web. *Acad Med* 2004; 79: 236-240 [AO,I]
- Howley LD, Wilson WG. Direct observation of students during clerkship rotations: a multiyear descriptive study. *Acad Med* 2004; 79: 276-280 [T,I]
- Ramos A, Barroso A, Dolado R, Aliaga J, Padros J, Bruguera M. Formación orientada a la inserción laboral de médicos (1994-2002) *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 140-144 [T,II]
- Pardell H. De la acreditación de la formación médica continuada a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Sobre la regulación de la profesión médica en España. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 267-268 [AO,I]
- INVESTIGACION.** Incluye: investigación cualitativa, estadística.
- Thomas E, Croft PR, Paterson SM, Dziedzic K, Dip G, Hay EM. What influences participants' treatment preference and can it influence outcome? Results from a primary carebased randomised trial for shoulder pain. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 93-96 [EC,I]
- McBride BF, Karapanos AK, Krudysz A, Kluger J, Coleman CI, White CM. Electrocardiographic and hemodynamic effects of a multicomponent dietary supplement containing ephedra and caffeine: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 216-221 [EC,I]
- Liu Y, Coresh J, Eustace JA, Longenecker JC, Jaar B, Fink NE, et al. Association between cholesterol level and mortality in dialysis pa-

- tients: role of inflammation and malnutrition. *JAMA* 2004; 291: 451-459 [S,I]
- Jacquemont S, Hagerman RJ, Leehey MA, Hall DA, Levine RA, Brunberg JA, et al. Penetrance of the fragile x-associated tremor/ataxia syndrome in a premutation carrier population. *JAMA* 2004; 291: 460-469 [S,I]
- Levine SR, Brey RL, Tilley BC, Thompson JL, Sacco RL, Sciacca RR, et al (APASS investigators). Antiphospholipid antibodies and subsequent thrombo-occlusive events in patients with ischemic stroke. *JAMA* 2004; 291: 576-584 [EC,I]
- Erlinger TP, Platz EA, Rifai N, Helzlsouer KJ. C-reactive protein and the risk of incident colorectal cancer. *JAMA* 2004; 291: 585-590 [CC,I]
- Seddon JM, Gensler G, Milton RC, Klein ML, Rifai N. Association between C-reactive protein and age-related macular degeneration. *JAMA* 2004; 291: 704-710 [EC,I]
- Lynch HT, Coronel SM, Okimoto R, Hampel H, Sweet K, Lynch JF, et al. A founder mutation of the MSH2 gene and hereditary nonpolyposis colorectal cancer in the United States. *JAMA* 2004; 291: 718-724 [T,I]
- Velicer CM, Heckbert SR, Lampe JW, Potter JD, Robertson CA, Taplin SH. Antibiotic use in relation to the risk of breast cancer. *JAMA* 2004; 291: 827-835 [CC,II]
- Kotchen TA, Lindquist T, Malik K, Ehrenfeld E. NIH peer review of grant applications for clinical research. *JAMA* 2004; 291: 836-843 [T,I]
- Fox CS, Larson MG, Leip EP, Cullerton B, Wilson PWF, Levy D. Predictors of new-onset kidney disease in a community-based population. *JAMA* 2004; 291: 844-850 [S,I]
- Von Elm E, Poglia G, Walder B, Tramèr MR. Different patterns of duplicate publication: an analysis of articles used in systematic reviews. *JAMA* 2004; 291: 974-980 [R,I]
- Dhallan R, Au WC, Mattagajasingh S, Emche S, Bayliss P, Damewood M, et al. Methods to increase the percentage of free fetal DNA recovered from the maternal circulation. *JAMA* 2004; 291: 1114-1119 [T,I]
- Crowley WF Jr, Sherwood L, Salber P, Scheinberg D, Slavkin H, Tilson H, et al. Clinical research in the United States at a crossroads: proposal for a novel public-private partnership to establish a national clinical research enterprise. *JAMA* 2004; 291: 1120-1126 [Ao,I]
- Adams KM, Nelson JL. Microchimerism: an investigative frontier in autoimmunity and transplantation. *JAMA* 2004; 291: 1127-1131 [Ao,I]
- Cobo E. Diseño y análisis de un ensayo clínico: el aspecto más crítico. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 184-189 [R,II]
- Dwyer JH, Allayee H, Dwyer KM, Fan J, Wu H, Mar R, et al. Arachidonate 5-lipoxygenase promoter genotype, dietary arachidonic acid, and atherosclerosis. *N Engl J Med* 2004; 350: 29-37 [S,I]
- Shulenin S, Nogue LM, Annilo T, Wert SE, Whitsett JA, Dean M. ABCA3 gene mutations in newborns with fatal surfactant deficiency. *N Engl J Med* 2004; 350: 1296-1303 [T,I]
- MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.**
- Bailón E. ¿Se debe tratar la menopausia? *Aten Primaria* 2004; 33: 203-208 [R,II]
- Dey P, Simpson CWR, Collins S, Hodgson G, Dowrick CF, Simison AJM, et al. Implementation of RCGP guidelines for acute low back pain: a cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 33-37 [EC,I]
- Thomas E, Croft PR, Paterson SM, Dziedzic K, Dip G, Hay EM. What influences participants' treatment preference and can it influence outcome? Results from a primary care based randomised trial for shoulder pain. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 93-96 [EC,I]
- Von Elm E, Poglia G, Walder B, Tramèr MR. Different patterns of duplicate publication: an analysis of articles used in systematic reviews. *JAMA* 2004; 291: 974-980 [R,I]
- PREVENCIÓN.**
- McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Bunton AJ, et al. Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003; 139: 933-949 [R, II]
- Romera I, De Dios R, García A, González Y, Lenza C, Salinero MA. Adecuación de la profilaxis tromboembólica en pacientes con fibrilación auricular crónica en 3 centros de atención primaria. *Aten Primaria* 2004; 33: 188-192 [T,II]
- Luengo S, Muñoz A. Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España. *Aten Primaria* 2004; 33: 229-234 [T,I]
- Orozco P, Zwart M, Vilert E, Olmos C. INDICAD Study 2001. Predicción de la ingesta total de calcio a través del consumo de lácteos en la población adulta de España. Estudio INDICAD 2001. *Aten Primaria* 2004; 33: 237-243 [T,I]
- Schwartz LM, Woloshin S, Fowler FJ, Jr, Welch HG. Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA* 2004; 291: 71-78 [T,I]
- Wong BC, Lam SK, Wong WM, Chen JS, Zheng TT, Feng RE, et al (China Gastric Cancer Study Group). Helicobacter pylori eradication to prevent gastric cancer in a high-risk region of China: Controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 187-194 [EC,II]
- Samore MH, Evans RS, Lassen A, Gould P, Lloyd J, Gardner RM, et al. Surveillance of medical device-related hazards and adverse events in hospitalized patients. *JAMA* 2004; 291: 325-334 [T,I]
- Brandes JL, Saper JR, Diamond M, Couch JR, Lewis DW, Schmitt J, et al. Topiramate for migraine prevention: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 965-973 [EC,II]
- Checkley W, Gilman RH, Black RE, Epstein LD, Cabrera L, Sterling CR, et al. Effect of water and sanitation on childhood health in a poor Peruvian peri-urban community. *Lancet* 2004; 363: 112-118 [S,I]
- Khaw KT, Reeve J, Luben R, Bingham S, Welch A, Wareham N, et al. Prediction of total and hip fracture risk in men and women by quantitative ultrasound of the calcaneus: EPIC-Norfolk prospective population study. *Lancet* 2004; 363: 197-202 [S,I]
- Martín D, Pedrero P, Martínez JA, González A, Hernando T, Herreros I. Prevención de la enfermedad tromboembólica en pacientes con fibrilación auricular crónica en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 53-56 [T,II]
- Surkan PJ, Stephansson O, Dickman PW, Cnattingius S. Previous preterm and small-for-gestational-age births and the subsequent risk of stillbirth. *N Engl J Med* 2004; 350: 777-785 [T,II]
- Mutsch M, Zhou W, Rhodes P, Bopp M, Chen RT, Linder T, et al. Use of the inactivated intranasal influenza vaccine and the risk of Bell's palsy in Switzerland. *N Engl J Med* 2004; 350: 896-903 [CC,II]
- EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD.**
- Dey P, Simpson CWR, Collins S, Hodgson G, Dowrick CF, Simison AJM, et al. Implementation of RCGP guidelines for acute low back pain: a cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 33-37 [EC,I]
- Wathen B, Dean T. An evaluation of the impact of NICE guidance on GP prescribing. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 103-107 [T,II]
- Jiwa M, Walters S, Mathers N. Referral letters to colorectal surgeons: the impact of peer-mediated feedback. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 123-126 [QE,I]

Stafford RS, Furberg CD, Finkelstein SN, Cockburn IM, Alehegn T, Jun M. Impact of clinical trial results on national trends in alpha-blocker prescribing, 1996-2002. *JAMA* 2004; 291: 54-62 [T,I]

Peterson ED, Coombs LP, DeLong ER, Haan CK, Ferguson TB. Procedural volume as a marker of quality for CABG surgery. *JAMA* 2004; 291: 195-201 [T,I]

Rogowski JA, Horbar JD, Staiger DO, Kenny M, Carpenter J, Geppert J. Indirect vs direct hospital quality indicators for very low-birth-weight infants. *JAMA* 2004; 291: 202-209 [S,I]

BIOÉTICA.

Santen SA, Hemphill RR, McDonald MF, Jo CO. Patients' willingness to allow residents to learn to practice medical procedures. *Acad Med* 2004; 79: 144-147 [T,I]

Shah S, Whittle A, Wilfond B, Gensler G, Wendler D. How do institutional review boards apply the federal risk and benefit standards for pediatric research? *JAMA* 2004; 291: 476-482 [T,I]

Miller FG, Emanuel EJ, Rosenstein DL, Straus SE. Ethical issues concerning research in complementary and alternative medicine. *JAMA* 2004; 291: 599-604 [Ao,I]

PLANIFICACION / GESTIÓN.

Orozco D, Pedrera V, Gil V, Prieto I, Ribera MC, Martínez P, et al. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC) *Aten Primaria* 2004; 33: 69-77 [T,I]

Ortega MA, Roca G, Iglesias M, Jurado JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria* 2004; 33: 78-85 [T,I]

Ruiz A. La presión asistencial. *Aten Primaria* 2004; 33: 145-148 [AO,I]

Simo J, de Pablo R, Ramos MJ, Gaztambide MS. ¿Gastamos demasiado en medicamentos? El gasto farmacéutico, un bien de primera necesidad entre los países europeos. *Aten Primaria* 2004; 33: 244-253 [T,II]

Husain-Gambles M, Neal RD, Dempsey O, Lawlor DA, Hodgson J. Missed appointments in primary care: questionnaire and focus group study of health professionals. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 108-113 [T,I]

Kotchen TA, Lindquist T, Malik K, Ehrenfeld E. NIH peer review of grant applications for clinical research. *JAMA* 2004; 291: 836-843 [T,I]

Crowley WF Jr, Sherwood L, Salber P, Scheinberg D, Slavkin H, Tilson H, et al. Clinical research in the United States at a crossroads: pro-

posal for a novel public-private partnership to establish a national clinical research enterprise. *JAMA* 2004; 291: 1120-1126 [Ao,I]

Newacheck PW, Park MJ, Brindis CD, Biehl M, Irwin CE. Trends in private and public health insurance for adolescents. *JAMA* 2004; 291: 1231-1237 [T,I]

Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA* 2004; 291: 1238-1245 [R,I]

Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin H. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA* 2004; 291: 1358-1367 [M,II]

Legg L, Langhorne P. Outpatient Service Trialists. Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. *Lancet* 2004; 363: 352-356 [M,I]

Grupo para la Asistencia Medica Integrada Continua de Cádiz (GAMIC). La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 46-52 [CC,I]

Rodríguez F. El médico ante la evaluación económica. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 377-378 [AO,I]

Sacristan JA, Ortun V, Rovira J, Prieto L, García-Alonso F: Grupo ECO-MED. Evaluación económica en medicina. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 379-382 [R,II]

Sacristan JA, Rovira J, Ortun V, García-Alonso F, Prieto L, Antoñanzas F. Análisis de costes y resultados en la evaluación económica de las intervenciones sanitarias. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 423-429 [R,II]

INFORMÁTICA.

McGowan JJ, Berner ES. Proposed curricular objectives to teach physicians competence in using the world wide web. *Acad Med* 2004; 79: 236-240 [AO,I]

Pyper C, Amery J, Watson M, Crook C. Patients' experiences when accessing their on-line electronic patient records in primary care. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 38-43 [T,I]

OTRAS.

Schapira AH. Restless legs syndrome: an update on treatment options. *Drugs* 2004; 64: 149-158 [R,I]

Navarro FA. Lenguaje médico: el rayo neológico que no cesa. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 430-436 [AO,II]

CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 16

Mujer con lesiones maculo-papulosas

García Palma MJ¹, Delgado Martín AE², Santamaría Carmona S³.

¹ R3 de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana (Granada); ² Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada); ³ R3 de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana (Granada)

Paciente mujer colombiana de 40 años de edad que acude a nuestro Servicio de Urgencias por presentar desde hace 2 semanas sensación distérmica no termometrada y artralgias. Hace 2 días comienza con lesiones cutáneas no pruriginosas por todo el cuerpo, sin respetar palmas de manos ni plantas de pies. No refiere alergias medicamentosas conocidas ni realiza ningún tratamiento médico en la actualidad. Entre los antecedentes personales destaca que fue diagnosticada de una enfermedad pélvica inflamatoria hace 2 años.

En la exploración física destaca: regular estado general, normohidratada y normoperfundida, febril (38°), orofaringe normal, se observan múltiples máculas y pápulas eritematosas sobre todo en tronco, extremidades superiores e inferiores, y algunas lesiones descamativas en palma

de manos y plantas de pies, se palpan adenopatías bilaterales inguinales de consistencia dura y no dolorosas de menos de 1 cm de diámetro y una placa no exudativa ligeramente sobreelevada en pliegue submamario izquierdo, resto de la exploración anodina. Tras serología se confirma el diagnóstico a la siguiente semana.

¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Sarampión.
- b) Rubéola.
- c) Sífilis secundaria.
- d) Mononucleosis infecciosa.
- e) Escarlatina.



(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. 2)

(Medicina de Familia (And) 2004; 5: 105)

Respuestas razonadas:

a) Incorrecta. Se podría pensar al ver que existe una transición muy marcada entre V1 y V2. Como veremos más adelante esto es característico de una patología congénita.

b) Incorrecta. La constricción de la aorta, como el estrechamiento de la válvula aórtica, obliga al ventrículo izquierdo a bombear contra una obstrucción y por ello da lugar a una sobrecarga sistólica, apareciendo en el ECG un patrón de HVI.

c) Incorrecta. Los pacientes con una CIA generalmente presentan una sobrecarga diastólica de ventrículo derecho con un patrón de bloqueo de rama incompleto.

d) Correcta. Esta compleja lesión da lugar a la aparición de un patrón de HVD que se diferencia del de la estenosis pulmonar por que la onda R pierde a menudo su denominación en V2 ó V3 y la onda T en precordiales aunque invertida de forma similar en V1, suele volverse positiva en V2 ó V3.

e) Incorrecta. El estrechamiento de la válvula pulmonar dará lugar a una sobrecarga sistólica del ventrículo derecho y por ende a la aparición de los hallazgos de la HVD. La onda R es dominante de V1 a V5 y los cambios secundarios del segmento ST-T persisten de V1 a V4.

Comentarios a *¿Cuál es su diagnóstico?* (del vol. 5, núm. 2)

(Medicina de Familia (And) 2004; 5: 106)

Respuestas razonadas: A-4, B-4

La radiología muestra **luxación posterior del codo** (Fig. 1), que se trató con reducción inmediata bajo sedación con midazolám, y posterior inmovilización con férula posterior a 90° más vendaje y elevación.

La luxación traumática del codo representa el 20% de todas las luxaciones, después de las del hombro y las interfalángeas¹, y del 11 al 28% de todas las lesiones del codo².

La **luxación más frecuente es la posterior**²; siendo el mecanismo de lesión la **caída con el brazo en hiperextensión**¹.

La historia clínica debe incluir, mecanismo lesional, tipo y localización del dolor, grado de sensibilidad inmediata, trastornos motores y circulatorios, tratamientos previos a la exploración y mecanismo lesional, cuando se inicia el derrame y antecedentes de lesiones del codo previas¹.

La evaluación clínica comienza con la inspección. El paciente característicamente se sujeta el brazo que muestra una inestabilidad variable y una tumefacción importante². Es fundamental la **exploración neurovascular cuidadosa**, antes de obtener radiografías o de realizar manipulaciones. Tras la reducción deben repetirse dichas exploraciones².

En la **exploración radiológica** deben obtenerse proyecciones antero posteriores y laterales convencionales del codo, para descartar posibles fracturas asociadas en dicha región².

El **tratamiento conservador** de la luxación posterior² debe ser inicialmente cerrado bajo analgesia y sedación. Así mismo puede emplearse anestesia general o regional. La reducción se realiza aplicando tracción distal con el codo flexionado. A continuación se evalúa el estado neurovascular del codo y la estabilidad del mismo. Se realiza a continuación radiografías de control tras la reducción² (Fig. 2).

El **tratamiento posterior** consiste en una férula posterior a 90° con vendaje circunferencial flojo y elevación², vigilando la aparición de tumefacción y edema del antebrazo. La movilización suave y precoz del codo se asocia a mejores resultados a largo plazo^{3,4}. Hay que evitar los ejercicios de movilización pasiva forzada ya que pueden provocar una nueva luxación. La inmovilización prolongada se asocia a malos resultados y más contracturas en flexión.

La flexión activa se inicia en 3-5 días para conseguir la máxima movilidad posible en el caso de que la articulación sea estable posreducción. La movilidad y la fuerza pueden tardar entre tres y seis meses en recuperarse.

Las **complicaciones**¹ más importantes a tener en cuenta son: *déficit de los últimos 10° de extensión completa y cierto grado de limitación a la flexión*, muy comunes salvo que se realiza un programa de rehabilitación intenso, *lesiones traumáticas de nervios periféricos* (mediano, cubital y plexo braquial), *compromiso vascular secundario* al derrame (síndrome compartimental) o a lesión directa de la arteria braquial y *miositis osificante*.

Referencias bibliográficas

1. Iversen LD, Swiontkowski MF. Patología del codo y el antebrazo. Manual de Urgencias en Ortopedia y Traumatología. Barcelona: Mason; 1996.
2. Koval KJ, Zucckerman JD. Codo. Fracturas y Luxaciones. 2ª ed. Madrid: Marbán; 2003.
3. Ross G, McDevitt ER, Chronister R, Ove PN. Treatment of simple elbow dislocation using an immediate motion protocol. Am J Sports Med 1999; 27: 308-11.
4. Farron A, Menetrey J. Isolated dislocation of the elbow. Swiss Surg. 1997; 3: 172-6.

Figura 1



Figura 2



Actividades Científicas

❑ FIN DE SEMANA CIENTÍFICO SAMFYC: *ATENCIÓN A LAS URGENCIAS EN ANDALUCÍA*

Granada, 20 de noviembre, 2004.
Secretaría de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
C/. Arriola, 4, Bj. D – 18001 – Granada
Telf y Fax: 958 80 43 01 / 02
e-mail: samfyc@samfyc.es

❑ 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>

❑ IV JORNADAS SAMFYC PARA R3 DE MFYC

Almería, 3 y 4 de Febrero, 2005.
Secretaría de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
C/. Arriola, 4, Bj. D – 18001 – Granada
Telf y Fax: 958 80 43 01 / 02
e-mail: samfyc@samfyc.es
<http://www.samfyc.es>

❑ 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

Tel: 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

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/> e ir a Revista, 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 dieciséis 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 bienvenida 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:

- 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*.
- 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
- 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 antivirus utilizado.
- 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.
- 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.
- 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.



FIN DE SEMANA CIENTÍFICO

ATENCIÓN A LA URGENCIAS EN ANDALUCÍA

Sábado, 20 de noviembre de 2004

Palacio de Congresos de Granada

En la actualidad está en fase de discusión el modelo de atención a las urgencias y emergencias en Andalucía.

La *Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria* te ofrece un foro en donde podrás informarte, así como contribuir con tu opinión a enriquecer el debate sobre los temas a tratar. En las Mesas Redondas se intentará hacer una reflexión sobre el *modelo*, destacando las fortalezas y debilidades del mismo, aportando propuestas razonadas.

PROGRAMA

09:45 Presentación:

PABLO GARCÍA LÓPEZ

10:00-11:30 El médico de familia y la atención a las urgencias

* Situación actual de los profesionales que atienden las Urgencias

FRANCISCO JOSÉ GUERRERO GARCÍA (*Médico de Familia*)

* El Médico de Familia como profesional idóneo para la atención de las Urgencias

ANTONIO CABALLERO OLIVER (*Médico de Familia*)

* El Programa Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la atención a las Urgencias

PEDRO FRANCISCO ARNILLAS GÓMEZ (*Médico de Familia*)

* Papel de la Sociedad Científica

EMILIO MONTERO ROMERO (*Médico de Familia*)

11:30-12:00 Pausa

12:00-14:00 Modelo actual de atención a las urgencias en Andalucía

* Modelo Andaluz de la atención a las urgencias: Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

Francisco Murillo Cabezas (*Director Plan Andaluz de Urgencias*)

* Equipos Básicos de Atención Primaria

JAVIER INGELMO MARTÍN (*Médico de Familia*)

* Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias

ARMANDO NAVARRO MORA (*Médico de Familia*)

* Equipos de Emergencias (061)

CARLOS PRADOS ARREDONDO (*Médico de Familia*)

* Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias

JUAN AGUILERA BERMÚDEZ (*Médico de Familia*)

17:00-19:00 Talleres *: Grupo de Urgencias de la SAMFYC

1. S.V.B

2. Monitorización E.C.G. – arritmias – desfibrilación

3. Manejo avanzado de la vía aérea

4. ECO de emergencia

* Opcionales previa inscripción en la secretaría de la SAMFYC

Secretaría de la *Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria*:

C/ Arriola, n.º 4, Bajo D - 18001 Granada.

Tel. 958 804 201/804 202. E-mail: samfyc@samfyc.es

Fin de semana científico

Atención a las urgencias en Andalucía

Granada, 20 de noviembre 2004

Palacio de Congresos

MESAS:

**El médico de Familia y
la Atención a las Urgencias**

**Modelo actual de Atención a
las Urgencias en Andalucía**

COLABORA:



LA VIDA POR DELANTE

ENTRADA LIBRE

ORGANIZA:



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Más información Secretaría SAMFYC. C/ Arriola nº 4, bajo D .18001 Granada
e inscripción: Tfños. y fax: 958 80 42 01 / 02 • samfyc@samfyc.es