

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 7 Cuidados paliativos, atención en la agonía y sedación

El espacio del usuario

- 10 Luces y sombras del sistema DIRAYA.

Originales

- 12 Aportación de distintos sistemas de información en la búsqueda activa para la prevención y control de hepatitis B y C.
- 19 Medidas preventivas en pacientes inmovilizados de un Centro de Salud.
- 24 Técnicas de grupo nominal para conocer alternativas que prevengan o mejoren el desgaste profesional en los trabajadores de un Centro de Salud.
- 32 Impacto tras la aplicación del proceso de diabetes mellitus en la calidad de la atención al paciente diabético tipo 2 del centro de salud La Granja.

Artículo especial

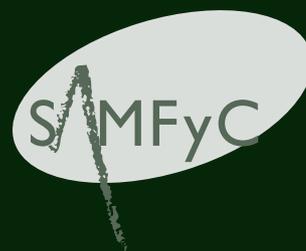
- 41 Malaria: una enfermedad olvidada.

46 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 55 Mujer con dolor precordial agudo de largo tiempo de evolución.

57 Actividades Científicas



Hubo anuncio



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 6, N.º 2, julio 2005

Sumario

Editorial

- 7 Cuidados paliativos, atención en la agonía y sedación

El espacio del usuario

- 10 Luces y sombras del sistema DIRAYA.

Originales

- 12 Aportación de distintos sistemas de información en la búsqueda activa para la prevención y control de hepatitis B y C.
19 Medidas preventivas en pacientes inmovilizados de un Centro de Salud.
24 Técnicas de grupo nominal para conocer alternativas que prevengan o mejoren el desgaste profesional en los trabajadores de un Centro de Salud.
32 Impacto tras la aplicación del proceso de diabetes mellitus en la calidad de la atención al paciente diabético tipo 2 del centro de salud La Granja.

Artículo especial

- 41 Malaria: una enfermedad olvidada.

46 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 55 Mujer con dolor precordial agudo de largo tiempo de evolución.

57 Actividades Científicas



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 6, N.º 2, July 2005

Contents

Editorial

- 7 Palliative Care, paying attention to pain and sedation.

The Reader's Corner

- 10 Lights and Shadows in *DIRAYA*, the new Andalusian Health Information System.

Original Articles

- 12 Contribution of Different Information Systems in Active Searches to Prevent and Control Hepatitis B and C.
19 Prevention Measures for Immobilized Patients in a Health Center.
24 Using the Nominal Group Technique to Identify Alternatives for Preventing or Lessening Professional Burnout among Employees in a Health Center.
32 Impact on the Quality of Care Received by Type 2 Diabetic Patients Following the Implementation of a Diabetes Mellitus Process in *La Granja* Health Center.

Feature Article

- 41 Malaria: a Forgotten Disease.

46 Publications of Interest

Which is Your Diagnosis?

- 55 Female with acute precordial pain following a lengthy evolution.

57 Scientific Activities

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Manuel Lubián López

Vicepresidente Primero

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vicepresidente Segundo

Pablo García López

Vicepresidente Tercero

Isabel de Andrés Cara

Secretaria

Amparo Ortega del Moral

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Vocal Docencia

Emilia Bailón Muñoz

Vocal Investigación

Beatriz Pascual de la Pisa

Vocal de Residentes

Fernando Camon Iglesias
Julio Francisco Aparicio Sánchez

Vocal de Formación Continuada

Pablo García López

Vocal de Relaciones Externas

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vocal Provincial Almería:

José-Pelayo Galindo Pelayo

e-mail: jpelayo@larural.es

Vocal Provincial Cádiz:

Manuel Lubián López

e-mail: mlubian@ono.com

Vocal Provincial Córdoba:

Pilar Serrano Varo

e-mail: pseval@supercable.es

Vocal Provincial Huelva:

Jesús E. Pardo Álvarez

e-mail: jeparedes10@teletelone.es

Vocal Provincial Jaén:

Justa Zafra Alcántara

Vocal Provincial Málaga:

Javier Ingelmo Martín

e-mail: jimartin@samfyc.es

Vocal Provincial Granada:

Francisco José Guerrero García

e-mail: franguerrero72@yahoo.com

Vocal Provincial Sevilla:

Luis Gabriel Luque Romero

e-mail: luqueluis2@telefonica.net

Patronato Fundación

Juan Manuel Espinosa Almendro

Juan de Dios Alcántara Bellón

Pablo García López

Reyes Sanz Amores

Manuel Lubián López

Amparo Ortega del Moral

Antonio Zarallo Pérez

Isabel de Andrés Cara

Santiago Gascón Veguín

Francisco José Guerrero García

**SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

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

Tfno: 958 804 201 - Fax: 958 804 202

e-mail: samfyc@samfyc.es

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

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Director

Manuel Gálvez Ibáñez

Subdirector

Antonio Manteca González

Consejo de dirección

Director de la revista
Subdirector de la revista
Presidente de la SAMFyC
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.*
Juan Manuel Espinosa Almendro. *Málaga.*
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 Villafañá. *Granada.*
Teresa Martínez Cañavate. *Granada.*
Eduardo Mayoral Sánchez. *Sevilla.*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga.*
Gertrudis Odriozola Aranzábal. *Almería.*
M.ª Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Maximiliano Ocete Espínola. *Granada.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pérula de Torres. *Córdoba.*

Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*
Daniel Prados Torres. *Málaga.*
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 Lorencio. *Almería.*

Representantes internacionales

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

Medicina de Familia. Andalucía

Envíos

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

Para Correspondencia

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

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

Secretaría Comercial

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

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr. 368/2000

Copyright:

Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.
C.I.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

Cuidados paliativos, atención en la agonía y sedación

Boceta Osuna J¹

¹ Unidad de H. Domiciliaria y C. Paliativos. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Coordinador del Grupo de Cuidados Paliativos (CP). SAMFyC.

Vivimos momentos de gran debate social sobre diversos aspectos de la atención a las personas al final de la vida. Parece que lo relacionado con la muerte no deja indiferente a la sociedad, aunque procure vivir de espaldas a ella. En los meses previos han surgido polémicas respecto a la atención médica prestada en la enfermedad avanzada, la situación terminal y la agonía, a propósito de diversos casos, y sigue en prensa el asunto de las sedaciones en Urgencias del Hospital Severo Ochoa.

Como médicos, nos preguntan. Para responder a la sociedad, y para atender a estos enfermos y a sus familias, vienen bien la reflexión y formación. Una respuesta coherente desde nuestra sociedad científica es aportar terminología correcta, bibliografía adecuada y orientación para la formación, proporcionando criterios técnicos, éticos, médicos, que nos ayuden a tomar decisiones individuales y colectivas. Con la brevedad de esta editorial trataremos de hacerlo, desde el respeto y la solidaridad hacia los compañeros afectados por este problema, y hacia las familias y los pacientes que puedan sentir dudas o miedos, después de tantas y tan atormentadas mareas de información. Dadas la amplitud e interés del tema serán materia de un artículo especial más extenso.

No es deseable que llegue a urgencias de nuestros hospitales un gran número de enfermos en situación terminal o agónica. Los expertos coinciden en que la implantación de un programa integrado o plan de CP evita en gran medida las visitas a urgencias y las hospitalizaciones, y resulta coste-eficiente, y en dichos programas resulta clave la atención domiciliaria, que estará basada en la Atención Primaria (AP), con o sin el apoyo de los equipos de soporte de CP, según la complejidad de cada caso. Por su carácter universal, la AP puede hacer llegar a todos los ciudadanos, sin discriminación, unos CP de nivel básico^{1,2}.

Los CP constituyen un campo relativamente nuevo con el que muchos de nosotros no estamos familiarizados. Callahan³ nos recuerda en un artículo paradigmático de BMJ, que los principales objetivos de la medicina actual

no son sólo diagnosticar y tratar enfermedades, sino también y en igualdad de importancia, ayudar a morir en paz.

Trabajar con este tipo de pacientes nos motiva a formarnos para ofrecerles una asistencia integral a la unidad paciente-familia, y a reflexionar sobre nuestras propias creencias, actitudes y miedos ante la muerte. Sin esto, difícilmente podremos abordar con profesionalidad una relación empática con el paciente y la familia de cara al proceso de morir.

A los médicos, tan acostumbrados a prevenir, diagnosticar y combatir la enfermedad, no se nos ha enseñado a afrontar la situación terminal y la muerte. Esto puede provocar frustración, conductas de huida o abandono de la persona enferma, o sobreimplicación, y aplicación de medidas desproporcionadas, cuando el profesional se deja llevar por su propio sufrimiento ante el dolor y la cercanía de la muerte del paciente.

La *formación* para la atención en la agonía se considera de nivel básico (para todos). Nuestro grupo de trabajo de CP ha presentado un taller interactivo de atención domiciliaria en la agonía que consideramos herramienta útil para extender ese aprendizaje.

Es preciso aclarar algunos términos que se vienen empleando de manera confusa en los medios de comunicación. Sin esa clarificación resulta imposible un diálogo sereno entre los profesionales ni con la sociedad.

Los *Cuidados Paliativos*, los definió la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: «la asistencia total y activa de los pacientes que no responden al tratamiento curativo. El control del dolor y de los síntomas, y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales es de la mayor importancia. La meta de los CP es la consecución de la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias» (OMS, 1990). Aquí el uso de la palabra «curativo» no es afortunado⁴, ya que algunas enfermedades crónicas no curables tienen una expectativa de vida de varias décadas. Doyle aclaró la situación al escribir que los CP se centran en los últimos meses de vida, cuando la muerte

es verdaderamente previsible, a la vista del sufrimiento físico, emocional, social y espiritual, que pueden y deben ser aliviados. En 2002 la definición de CP fue modificada. La nueva definición se centra en la prevención y control del dolor y otros síntomas, habla de una intervención precoz, en enfermedades no sólo oncológicas, se extiende en unos principios generales de los CP y unas particularidades de los CP pediátricos⁵.

La *Situación Terminal*, caracterizada por un intenso sufrimiento y una alta demanda asistencial, viene definida por cinco características: 1. diagnóstico confirmado. 2. enfermedad incurable, con fracaso ó contraindicación de la terapéutica estándar más eficaz. 3. presencia de enfermedad avanzada, con múltiples y cambiantes problemas de origen multifactorial. 4. pronóstico de vida inferior a 6 meses (3 +/- 3 meses). 5. gran impacto emocional en paciente, familia y profesionales^{6,7}.

Se acepta generalmente que hablamos de cuidados paliativos en la atención integral de la situación terminal, sea de origen oncológico (80%) o de otra causa.

No sería correcto esperar a una situación agónica para instaurar cuidados paliativos. Tampoco hay mucho que explicar a un médico de familia sobre la atención integral a un enfermo antes de ese periodo. Es deseable un buen contacto del médico de familia con los otros especialistas que han atendido al paciente para garantizar la continuidad asistencial, aspecto más que importante en esta situación y que redundará siempre en beneficio del paciente. Existe un interés creciente, en especialidades como la oncología, la medicina interna, y otras, por la atención integral a los enfermos graves, desde los estadios precoces hasta los avanzados y terminales. Nuestro entendimiento y coordinación (y no las luchas de poder entre especialidades) redundarán en beneficio de los pacientes.

La *situación de agonía o de últimos días* es la fase que precede a la muerte cuando ésta ocurre gradualmente, con deterioro físico severo, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta y pronóstico vital de días⁸.

La agonía es un síndrome, a veces difícil de definir, en el *contexto* de uno o varios diagnósticos, pronósticos, complicaciones, evolución, información y voluntad vital. Conviene identificarla mediante una cuidadosa anamnesis y exploración, no por "ojo clínico"⁹.

La agonía plantea retos (Fürst, Doyle): Condiciona un cambio: en la fase previa somos más intervencionistas. La situación agónica, además del control de síntomas, nos invita a mirar más allá del tratamiento y plan de cuidados, a las necesidades humanas que todos tenemos...Y a poner de nuestra parte no sólo conocimientos y habilidades, sino "algo de nosotros": nuestra compasión y humanidad¹⁰.

La *sedación terminal o sedación paliativa en la agonía*, es la administración de fármacos adecuados, en la dosis y combinaciones requeridas para disminuir el nivel de conciencia, con el objetivo de reducir la conciencia del paciente tanto como sea necesario para aliviar uno o mas síntomas refractarios, con su consentimiento, o, si no es factible, el de su familia o representante, en la fase agónica. Valga para alivio de sufrimiento intenso físico o psíquico. En esta fase la sedación suele ser *continua e irreversible*. El consentimiento es importante, puede ser pactado previamente, como un supuesto, si hay una comunicación franca acerca de los miedos a la muerte^{8,9,11}.

que no puede ser adecuadamente controlado pese a intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable, en un plazo de tiempo razonable, sin que comprometa la conciencia del paciente. No se debe confundir con *síntoma difícil*, aquel para cuyo control precisa una intervención terapéutica intensiva más allá de los medios habituales, tanto farmacológicos como instrumentales y/o psicológicos.

El MIDAZOLAM es el fármaco de elección para la sedación terminal. Es un fármaco de "uso hospitalario". Se debe reclamar su existencia en el almacén de cada Centro de Salud, del mismo modo que se suministra a los Dispositivos de Cuidados Críticos de AP. También se puede encargar en cualquier farmacia de la calle, por prescripción facultativa, debiendo pagar su importe íntegro el cliente. Se presenta en ampollas de 15mg/3ml y de 5 mg/3ml. Es un fármaco hidrosoluble, apto para la vía SC. Por vía SC inicia su acción en 5-10 min., tiene una vida media de 2-5h. (repetir la dosis cada 4h)^{9,11}.

La *sedación terminal requiere unos requisitos*: La disminución de conciencia debe ser para aliviar sufrimiento, y proporcionada a este objetivo (no se busca el coma farmacológico). Conviene usar escala de RAMSAY, que distingue seis niveles de sedación. Es fundamental el consentimiento informado. Lo delicado del asunto merece unas recomendaciones sobre el consentimiento informado de sedación en la agonía^{9,11}.

De modo anticipado, conviene hablarlo con el paciente como una de las posibles preocupaciones sobre el futuro... de los miedos ante la muerte. Suele ser un alivio saber que se cuenta con esta posibilidad en caso de aparecer un síntoma desagradable en los momentos finales. Es mejor si está presente un familiar y alguien del equipo además del médico (enfermera). Explicamos la posibilidad de disminuir el nivel de conciencia para evitar sufrimiento o malestar que no pueda tratarse de otro modo. Si consiente, lo anotamos en la H^aC^a. No recomendamos rellenar y firmar documentos.

• *En Situación de Últimos Días*: si no hay previo consentimiento, se solicita a la familia. Preguntar cómo lo ven y

escuchar activamente nos ayuda a empatizar. Hay que introducir malas noticias (la previsión de una muerte cercana y cambios probables previsibles). Explicamos que la sedación calmará el distrés o controlará el síntoma, y también que impide la ingesta y la comunicación (muy probablemente).

- *Si la familia duda*, podemos explicar: –La sedación como algo gradual, no “coma”. –Posibilidad de revisar el resultado (grado de sedación). –Posibilidad de revisar la decisión si la situación cambia. –Posibilidad de sueroterapia si es preciso. –Posibilidad de consultar con otras personas la decisión.

- Y ofrecer alternativas: otros cuidados activos importantes en esta fase, como los cuidados de la boca, repetir frases en tono tranquilizador, contacto físico... y otros aspectos no verbales resultan tan importantes como las palabras. Finalmente es responsabilidad del equipo el bienestar del paciente, y las decisiones hay que tomarlas.

La sedación en la agonía puede plantear dudas al paciente y a la familia con respecto a la eutanasia, y también al profesional. Para aclararlo, el grupo de trabajo de bioética de la Asociación Europea de CP nos recuerda tres aspectos diferenciales que pueden venir a nuestra memoria siempre, como regla nemotécnica, en caso de duda.

Diferencias entre sedación terminal/eutanasia ¹¹

Intención: Aliviar sufrimiento intolerable/Provocar la muerte.

Procedimiento: Usar fármacos sedantes para controlar un síntoma/Administrar fármacos letales o dosis letales.

Resultado: Alivio del sufrimiento/Muerte inmediata.

En resumen, aliviar el sufrimiento ante la muerte consiste en valorar y atender de modo integral las necesidades del enfermo y su familia ante la muerte. El sufrimiento ante la muerte puede aparecer como un problema inabarcable. Si lo dividimos en varios aspectos o dimensiones (físico, psicoemocional, social, espiritual, familiar), podemos abordarlo parcialmente desde las distintas necesida-

des que se detectan. Una de las más importantes es el control de síntomas, para lo cual a veces es necesario recurrir a la sedación en la agonía. Si logramos un alivio parcial en varias de esas dimensiones, es posible que el resultado global sea percibido por el enfermo, alivie su sufrimiento y le ayude a morir en paz ⁹.

Bibliografía

1. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad. Madrid, 2002
2. Davies E, Higginson I. The Solid Facts. Palliative Care. WHO. Milan: Europe; 2004.
3. Callahan D. Death and the research imperative. N Engl J Med 2000; 342: 654-6.
4. Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros sobre la organización de los cuidados paliativos CM(2003) 130 Addendum 15 octubre 2003 Documentos CM6.3 Comité europeo de la salud (CDSP).
5. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
6. Sanz J, Gómez M, Gómez X, Núñez JM. Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
7. Benítez del Rosario MA. Conceptos y fundamentos de los Cuidados Paliativos. En: Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A. Cuidados Paliativos y Atención Primaria. Aspectos de Organización. Barcelona: Editorial Springer; 2000. p. 45-55.
8. Documento de Consenso sobre Situaciones al final de la vida. Consejo General del Poder Judicial y Ministerio de Sanidad y Consumo. En: Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases Para su Desarrollo. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
9. Boceta Osuna J, Cia Ramos R, De la Cuadra Liro C, Duarte Rodríguez M, Durán García M, García Fernández E, et al. Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención Integral al Paciente y su Familia. Documento de apoyo al Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003.
10. Füst CJ, Doyle D. The terminal phase. En: Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2^a & 3^a Ed. Doyle D, Hanks GW, Calman K, Cherny N. New York, NY: Oxford University Press; 2004.
11. Porta Sales J. Sedación Paliativa. En: Porta Sales J, Gómez Batiste X, Tuca Rodríguez A. Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal. Barcelona: Arán Ediciones; 2004.
12. Doyle D, Hanks GW, MacDonald N, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 1998.

EL ESPACIO DEL USUARIO

Luces y sombras del sistema DIRAYA

Ruiz Legido O¹

¹ Responsable del Gabinete Técnico-Jurídico de FACUA

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) adoptó la decisión el pasado año de iniciar la implantación de un nuevo sistema informático denominado DIRAYA. Un nuevo sistema que integra los datos clínicos de casi siete millones trescientos mil pacientes residentes en Andalucía. Terminada una primera fase de pilotaje, se sucede la implantación masiva de este sistema en atención primaria, consultas externas y urgencias.

A principios de este mes eran 326 centros de salud y 85 de estructura local o descentralizada los que se encontraban ya funcionando con el DIRAYA, representando el 66% de la población atendida.

¿Qué ventajas teóricas presenta este nuevo sistema?

Permite contar con una historia de salud *digital* única, posibilitando que los profesionales sanitarios que asisten a un mismo paciente puedan tener acceso a la información clínica en cualquier centro sanitario de la geografía andaluza.

Permite que los centros de salud estén permanentemente conectados por vía informática con las consultas de especialidades. Los médicos de familia acceden a las agendas de los especialistas y pueden solicitar y concretar una cita, de forma que el paciente salga de su centro de salud con la cita que precise para acudir al especialista o realizarse una prueba diagnóstica (radiología, analítica...).

El sistema DIRAYA posibilita el desarrollo del programa Receta XXI o receta electrónica, un nuevo modelo de prescripción y dispensación de medicamentos, que permite grabar en la historia de salud del paciente determinados datos de su tratamiento y que esos datos sean consultados por el farmacéutico. El paciente presenta en la farmacia su tarjeta sanitaria, con la que el farmacéutico puede acceder a los datos sobre la prescripción, comprobar la medicación que ha de dispensar, anotar los medicamentos entregados o incluso informar al médico de cualquier incidencia. La puesta en práctica de este programa contribuirá a descongestionar las consultas de atención primaria.

DIRAYA también posibilita a los ciudadanos pedir cita previa con su médico de familia 24 horas al día los 365 días del año, mediante el servicio telefónico de Salud Responde.

Estas son, entre otras, las ventajas que este nuevo sistema informático tiene para el ciudadano. Sin embargo el proceso de implantación no está siendo pacífico y está inmerso en serias polémicas y conflictos sobre su funcionamiento y eficacia.

Así de una parte en todas las provincias en las que se ha ido implantando, los usuarios han elevado sus quejas por las grandes colas y disfunciones que ha provocado dicha implantación en los centros de salud. En paralelo a este malestar ciudadano, se suceden las quejas de los profesionales y sindicatos: CC.OO. ha exigido al SAS cambios inmediatos en su estrategia de implantación del programa DIRAYA, quejas que también se han elevado desde otros sindicatos médicos. La Plataforma en Defensa de la Sanidad Pública de Cádiz también ha denunciado públicamente la lentitud de todas las actuaciones en los Centros de Salud de la ciudad y el malestar de los trabajadores y ciudadanos. El Presidente del Colegio de Médicos de Córdoba ha reconocido los beneficios del sistema pero también ha denunciado los fallos de su implantación. Estos son sólo algunos ejemplos del conflicto social que está provocando la implantación del DIRAYA.

Existen discrepancias entre el SAS y sus profesionales sobre el grado de formación que tienen y han recibido éstos para facilitarles la adaptación a los cambios que supone el sistema y aprender el manejo del mismo. El SAS por el contrario manifiesta que se han impartido numerosos cursos de formación y que la dificultad puede radicar en las actitudes conservadoras, habituales por otra parte, frente a los cambios y la necesidad de un rodaje para el manejo ágil del sistema, como en toda nueva herramienta informática que se implante. Igualmente mientras los profesionales denuncian problemas de confidencialidad y seguridad de datos de las historias clínicas de los pacientes, por parte del SAS se hace una llamada a la calma, manifestando que esto no es así y que



el sistema goza de la máxima protección en esta materia, incluso por encima de lo exigido por la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

Desde el comienzo del proceso de implantación, FACUA se ha reunido en varias ocasiones con responsables del SAS al objeto de solicitar información sobre la situación y trasladar el malestar de los ciudadanos por los fallos del sistema y sus consecuencias, en el ánimo de buscar medidas que palien la situación de malestar y desconcierto de muchos usuarios.

Los usuarios aceptamos que la implantación de un programa de estas características genere problemas iniciales de funcionamiento, así ha sucedido cuando otras empresas que prestan servicios a los ciudadanos han tenido que acometer cambios en sus sistemas informáticos de atención integral a los clientes. No obstante, dicha

comprensión no significa que renunciemos a reivindicar una mayor responsabilidad por parte de todos los implicados y su compromiso a ofrecer una información más clara y completa de lo que está sucediendo y de las posibilidades que a corto o medio plazo tiene el sistema de funcionar correctamente. No entendemos el cruce de datos contradictorios entre el SAS y sus profesionales, así como tampoco la incomprensible prolongación en el tiempo de problemas que se repiten sin aparente solución. Los usuarios apostamos por todas las ventajas que el sistema DIRAYA representa pero se nos empieza a agotar la paciencia. Por ello de forma prioritaria demandamos que se acabe con la confusión reinante, se facilite el acceso a una información más completa de lo que está ocurriendo y comencemos a ver entre todos realmente las ventajas que el DIRAYA promete a los ciudadanos.

ORIGINAL

Aportación de distintos sistemas de información en la búsqueda activa para prevención y control de hepatitis B y C

Barroso García P¹, Lucerna Méndez MA², Parrón Carreño T³.

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

APORTACIÓN DE DISTINTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN LA BÚSQUEDA ACTIVA PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DE HEPATITIS B Y C

Objetivo: Realizar actuaciones para prevención y control de hepatitis B y C utilizando una búsqueda activa mediante distintos sistemas de información.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

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

Población: Casos de hepatitis B y C declarados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA), y serologías positivas de hepatitis B y C registradas en la Unidad de Microbiología del hospital "La Inmaculada" en el año 2003.

Intervenciones: Se utilizaron como sistemas de información: SVEA, información microbiológica, historias clínicas y Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BDU del SSPA). Se calcularon tasas por 100.000 habitantes.

Resultados: Se estudiaron 73 hepatitis C (56,6%) y 56 hepatitis B (43,4%). Un 55,6% de infecciones agudas de hepatitis B correspondió a población inmigrante. Al añadir la información microbiológica las tasas de hepatitis B y C, notificadas a SVEA, ascendieron de 3,23 y 6,46 a 7,27 y 13,73 respectivamente. Un 68,2% fueron solicitadas por médicos hospitalarios. Se contactó con 53 médicos de familia, detectando que el 25,6% de las serologías no estaban registradas, indicándose medidas preventivas para el 80,6% de los pacientes.

Conclusiones: Mediante búsqueda microbiológica se detectaron hepatitis no declaradas, acercándonos a la incidencia real de forma considerable, además de infecciones crónicas que también requerían medidas de prevención y control. La BDU del SSPA permitió conocer al médico de familia asignado a los pacientes y así poder indicar las actuaciones necesarias.

Palabras clave: Hepatitis B, hepatitis C, vigilancia epidemiológica, información microbiológica.

CONTRIBUTION OF DIFFERENT INFORMATION SYSTEMS IN ACTIVE SEARCHES TO PREVENT AND CONTROL HEPATITIS B AND C

Goal: To undertake activities aimed at preventing and controlling the spread of type B and type C hepatitis using an active search method based on different information systems.

Design: Cross sectional descriptive.

Setting: Levante-Alto Almanzora (Almería) Primary Care Health District.

Population: Cases of hepatitis B and C reported to the Andalusian Epidemiological Surveillance System (SVEA) and positive serologies registered with the Microbiology Unit of the Inmaculada Hospital in the year 2003.

Interventions: The information systems employed were: the SVEA, microbiological information, clinical histories, and the Patient Data Base (BDU) of the Andalusian Public Health System (SSPA). Rates were calculated per 100,000 inhabitants.

Results: 73 hepatitis C cases (56.6%) and 56 hepatitis B cases (43.4%) were studied. 55.6% of all acute hepatitis B infections occurred among immigrant populations. When microbiological information was added, notification rates of hepatitis B and C to the SVEA rose from 3.23 and 6.46 to 7.27 and 13.73, respectively. Hospital doctors requested 68.2% of the tests. 53 general practitioners were contacted and it was found that 25.6% of the serologies had not been registered, with preventive measures having been explained to 80.6% of the patients.

Conclusions: Non-registered cases of hepatitis were detected when using a microbiological search, bringing us considerably closer to true incidence rates while at the same time leading to the detection of chronic infections that also require control and prevention measures. The SSPA's BDU permitted identification of the patients' GPs, thus enabling necessary actions to be undertaken.

Palabras clave: Hepatitis B, hepatitis C, epidemiological surveillance, microbiological information.

Correspondencia: Pilar Barroso García. Distrito Sanitario de Atención Primaria Levante Alto Almanzora. C/ Silvestre Martínez de Haro, s/n. 04600 Huércal-Overa (Almería). E-mail: mariap.barroso.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 13-04-2005; aceptado para publicación el 23-06-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 2: 12-18

Introducción

Las hepatitis B y C son enfermedades de declaración obligatoria (EDO) ¹. Para su notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, se sigue la definición de caso establecida por el Centro Nacional de Epidemiología ². A pesar de la importancia de las actuaciones de prevención y control que requieren, puede haber una infradeclaración de casos, de ahí que para minimizar pérdidas de información en su declaración, sea conveniente realizar una búsqueda activa, a nivel hospitalario, mediante el Conjunto Mínimo Básico de Datos hospitalario (CMBD) y la información microbiológica, como lo indica la legislación vigente sobre EDO ³.

La hepatitis B es una enfermedad altamente endémica en regiones en desarrollo, con densidades de población elevadas, como el Sureste Asiático, zonas de China, el África Subsahariana y la Cuenca del Amazonas ⁴. En la actualidad se considera que más de 350 millones de personas en el mundo tienen hepatitis B crónica ^{5, 6}. España se sitúa en la zona de prevalencia intermedia (2 a 7%) ⁴, con una tasa de incidencia en el año 2003 de 2,02 casos por 100000 según datos del Centro Nacional de Epidemiología. Con respecto a la infección por virus de la hepatitis C, en un 80% de personas no muestra signos o síntomas ⁴. Estudios realizados en algunos países como Australia describen prevalencia de 2,3% ⁷ y en Estados Unidos, aunque el número de infecciones nuevas cada año ha disminuido de un promedio de 240.000 en la década de los 80, a casi 25.000 en el 2001, se estima que unos 3,9 millones (1,8%) de estadounidenses han sido infectados por el virus ⁴. En España, no se conoce la incidencia de dicha enfermedad, ya que aunque es una EDO, va agrupada en el epígrafe de "otras hepatitis víricas", situándose la tasa de las mismas en 2,3 casos por 100000 en el año 2003. Se han descrito mecanismos de transmisión intrafamiliar para la hepatitis B, vías perinatal, sexual y horizontal de padres a hijos o entre hermanos ^{5, 8, 9}; y para la hepatitis C el contacto de sangre o fluidos corporales de una persona afectada a otra ¹⁰⁻¹³, o de la madre al hijo durante el parto ⁴. De ahí que sean importantes las medidas de prevención para contactos de riesgo, vacuna en el caso de la hepatitis B; y en el caso de la hepatitis C al no disponer de vacunas, son necesarias medidas de educación sanitaria para evitar su contagio ⁴, todas ellas llevadas a cabo fundamentalmente en los centros de atención primaria.

En el año 2001, se puso en marcha en el Servicio Andaluz de Salud, la Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BDU del SSPA), que da respuesta al derecho de ejercer la libre elección de médico de familia o pediatra de forma individual, por titular o beneficiario ¹⁴. Este sistema de información permite

conocer la población que es atendida en los centros sanitarios así como el médico de familia que tiene adscrito cada usuario.

El objetivo planteado en este estudio fue realizar actuaciones para prevención y control de hepatitis B y C utilizando una búsqueda activa mediante distintos sistemas de información.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo de los casos de hepatitis B y C, pertenecientes al Distrito Sanitario Levante-Alto Almanzora, que habían sido declarados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA), y de las serologías positivas registradas en la Unidad de Microbiología del hospital "La Inmaculada", en el año 2003. Dicho distrito sanitario es de ámbito rural, con una población de 123.736 habitantes. Está compuesto por 7 Zonas Básicas de Salud (ZBS), para 6 de ellas el hospital de referencia es "La Inmaculada" de Huércal-Overa. El estudio se realizó en el año 2004, a partir de la información microbiológica de las serologías de hepatitis B y C referidas a infecciones agudas y crónicas, registradas en la Unidad de Microbiología del hospital en el 2003 y aportada para búsqueda activa de casos.

Se analizaron las variables: tipo de hepatitis (infección aguda o crónica de hepatitis B y C), sexo, edad, tipo de población, evolución en el año (vive o éxitus), casos declarados y no declarados, casos descartados, centro solicitante (hospital, atención primaria, centros de drogodependencias, diálisis y centro de menores), serología registrada en historia de atención primaria (se distinguió: si estaba registrada o no, paciente con domicilio en población fuera del ámbito del distrito y persona sin asistencia sanitaria) y actuaciones preventivas realizadas. Se consideró caso descartado, aquel que presentó serología positiva a hepatitis B y C, pero con resultado negativo en una segunda analítica de confirmación. Se utilizaron los datos contenidos en los siguientes sistemas de información: SVEA (a través de una aplicación denominada Sistema Integrado de Alertas), información microbiológica, historias clínicas hospitalarias y de atención primaria y la BDU del SSPA.

El estudio se realizó como una actuación de vigilancia epidemiológica siguiendo las indicaciones contempladas en la legislación vigente de EDO para búsqueda activa de casos y para realización de actuaciones de prevención y control en atención primaria y especializada ³. La técnico de Epidemiología del Distrito Sanitario y la médico especialista del Servicio de Medicina Preventiva hospitalario comprobaron en la información microbiológica los casos que cumplían criterios de declaración, distinguiendo los casos notificados en el 2003, de los que no habían sido declarados por los médicos (éstos se introdujeron posteriormente en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se actualizaron las tasas de incidencia). Dado que los centros solicitantes fueron muy diversos, con los datos de la ficha microbiológica (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y número de tarjeta sanitaria) se identificó en la BDU el médico de familia asignado a cada caso, independientemente de dónde se hubiera solicitado la serología y la técnico de Epidemiología contactó vía telefónica con dichos profesionales. El médico de familia comprobó en la historia de atención primaria, si dicha serología estaba registrada y si se habían indicado las medidas de educación sanitaria establecidas para ambas hepatitis (información sobre formas de contagio, y medidas de prevención, vacunación antihepatitis B a contactos) ⁴. En los casos solicitados por el hospital, la médico preventivista revisó la historia clínica para distinguir casos agudos de crónicos. En todo el proceso se mantuvo la confidencialidad de los datos sanitarios utilizados. Análisis estadístico: Para las variables cuantitativas se calcularon los valores mínimo y máximo, la media y la desviación estándar; y para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes.

Se calcularon las tasas de incidencia de hepatitis B y C por 100000 habitantes utilizando el padrón a 1-1-2003. Para la notificación de las hepatitis se siguieron los criterios de definición de declaración de caso del Centro Nacional de Epidemiología ². En el caso de la hepatitis B, el criterio diagnósti-

co de laboratorio se corresponde con los datos serológicos para infección aguda de la clasificación de los CDC (Tabla 1)⁴. Esta clasificación también se utilizó para la interpretación del resto de datos serológicos.

En hepatitis C, se considera caso cuando hay seroconversión documentada; basándose en la detección en suero de Anti VHC y/o VHC-RNA mediante técnica de RT-PCR y/o IgM anti-C22 y/o HCAg, esta última aconsejada sólo en algunos casos. Clasificándose los casos en sospechosos/probables cuando hay clínica compatible en una persona con antecedentes de drogadicción, hemofilia o transfusiones; y confirmados cuando cumplen la definición clínica de caso y están confirmados por laboratorio².

Resultados

Se revisaron 133 serologías de hepatitis positivas en el año 2003, se descartaron 4 por resultados falsos positivos en la primera analítica. Se estudiaron 129 en total, 73 hepatitis C (56,6%) y 56 hepatitis B (43,4%). El 53,6% de los pacientes fueron hombres. La edad osciló entre 18 y 83 años con una media de 44 y una desviación estándar de 15, el grupo de edad con más casos fue el de 31 a 40 años con 37,4%. Un 12,4% de las serologías correspondió a población inmigrante (55,6% de las infecciones agudas de hepatitis B) (Tabla 2 y 3); y un 2,3% fueron éxitus ese año (1 caso de infección crónica de hepatitis B, y 2 de C).

Las que cumplían criterio de notificación de caso se comprobaron en el SVEA, 4 hepatitis B (tasa de incidencia de 3,23 por 100.000) y 8 hepatitis C (tasa 6,46 por 100.000) eran casos ya declarados por los médicos en el 2003, y 5 hepatitis B y 9 hepatitis C no habían sido declaradas; con estas nuevas declaraciones que se incorporaron al SVEA, las tasas en hepatitis B y C aumentaron a 7,27 y a 13,73 respectivamente (Figura 1).

Del total de serologías, en el 68,2% el solicitante fue un médico del hospital, seguido del médico de atención primaria en el 23,3%. Se contactó con todos los médicos de Atención Primaria de los casos detectados, 60,9% (53/87) del total de médicos del distrito, detectando que el 25,6% de las serologías no estaban registradas en la historia de Primaria (Figura 2), y se indicaron medidas de educación sanitaria (estudio de contactos, información a los afectados...) para el 80,6% de los pacientes estudiados.

Discusión

Al añadir los datos de la información microbiológica a los contenidos en el SVEA, las tasas de incidencia de ambas hepatitis aumentaron, y fueron superiores a las notificadas tanto a nivel nacional como en Andalucía. Se considera que el cruce de información de ambos sistemas permite tener un mejor conocimiento de estas enfermedades y minimizar las pérdidas de información, aspecto que también ha sido comprobado por distintos autores para otras enfermedades^{15, 16}. No se puede saber si la variabilidad de las tasas de hepatitis B y C entre provincias andalu-

zas, que oscila entre 0,43 en Huelva y 7,64 en Almería para hepatitis B, y 0,26 en Córdoba y 5,91 en Málaga para hepatitis C¹⁷, y a nivel nacional (como ya se ha comentado en este caso la hepatitis C va incluida con "otras hepatitis víricas"), es real o es debida a que se están utilizando distintas fuentes de información para notificar los casos, con lo cual no serían comparables. Se cree conveniente que se utilice la búsqueda activa de casos para obtener datos más fiables, de ahí la necesidad de disponer de la información microbiológica para depurar información de forma continua. Por otro lado, se considera que la definición para la declaración de caso al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, utilizada por el Centro Nacional de Epidemiología² puede tener poca sensibilidad para hepatitis C. Aunque dicha definición queda clara para la hepatitis B, según los datos serológicos para infección aguda (Tabla 1), en el caso de la hepatitis C, hay que tener en cuenta que un porcentaje muy elevado, cursa de forma asintomática⁴, y también en muchos casos la persona afectada no reconoce antecedentes de riesgo; de ahí que con esta definición se podría dar una infradeclaración de casos. En el ámbito donde se realizó el estudio, se adoptó como criterio, que el médico notificase cuando detectara una hepatitis C como nuevo diagnóstico para el paciente, aunque fuera asintomática. No obstante, dado que otros profesionales podrían ser más restrictivos en el criterio de notificación, se considera conveniente revisar la definición de declaración de caso para que los datos puedan ser comparables en ámbitos distintos, ya que dadas las características de presentación de esta enfermedad, resulta difícil conocer la incidencia de la misma, a no ser que se presente en forma de brote epidémico, como hay descritos en la bibliografía^{10-14, 18, 19}.

Hay distintos estudios que permiten conocer la prevalencia de estas enfermedades. En el caso de la hepatitis B, se conoce a nivel mundial con población general⁴, y población inmigrante y otros colectivos²⁰⁻²³, y en el de la hepatitis C en población juvenil y pacientes en diálisis^{24, 25}. Este estudio no ha permitido estimar la prevalencia en la población de la zona, ya que sólo se han estudiado los casos con solicitud de serología en el año, siendo necesario para ello otro tipo de estudio.

Un pequeño porcentaje de las serologías fueron falsos positivos, descartados posteriormente con nuevas analíticas. Es interesante resaltar este aspecto, ya que se considera de gran interés tanto para profesionales como para el paciente con serología positiva, pues se trata de enfermedades que pueden tener un pronóstico desfavorable, en el caso de la hepatitis B el virus es responsable de más de 300.000 casos de cáncer de hígado y de similar número de hemorragias gastrointestinales y ascitis⁶ y la hepatitis C, produce infección crónica en el 75-85% de las

personas infectadas, evolucionando un 70% de éstas, a enfermedad hepática crónica⁴, de ahí la importancia de realizar analítica de confirmación, en casos dudosos, para aclarar bien el diagnóstico⁴.

En todos los tipos de hepatitis el mayor porcentaje correspondió a hombres, excepto en el subgrupo de inmigrantes, donde había más casos en mujeres; y al grupo de edad de 31 a 40 años, excepto la infección aguda de hepatitis B que tuvo mayor porcentaje en el grupo de 41 a 50 años. Estos resultados son similares en cuanto al sexo a los comunicados para Andalucía en infecciones agudas de hepatitis B y C. Sin embargo, las hepatitis B notificadas en Andalucía correspondieron en un mayor porcentaje al grupo de 20 a 29 años y la de la hepatitis C al grupo de 40 a 49 años¹⁷. Dado que no se han estudiado factores de riesgo ni mecanismos de transmisión, no podemos conocer por qué hay estas diferencias en la edad de los afectados. No hay solicitudes con serología positiva en niños. Con respecto a la hepatitis B hay que destacar que España fue de los primeros países de Europa, que habían implantado los programas de vacunación con cobertura universal, comenzando la vacunación en los recién nacidos²⁶.

En nuestro estudio, todos los casos de infección aguda de hepatitis B en menores de 41 años correspondieron a población inmigrante. Distintos estudios realizados en España y otros países, han encontrado mayor prevalencia de hepatitis B crónica en población inmigrante procedente de Sureste Asiático, África Subsahariana y Cuenca del Amazonas^{20-23, 27}. Dado que en la provincia de Almería está aumentando la población inmigrante procedente de estas zonas, se considera interesante tener en cuenta esta enfermedad, sobre todo en los grupos de edad que no se hayan beneficiado de programas de vacunaciones y con especial énfasis en mujeres en edad fértil, como se ha indicado por parte de otros autores^{21, 28}.

El mayor número de las serologías fue solicitado en el hospital y un porcentaje elevado no estaba registrado en la historia de atención primaria. Este aspecto corrobora una de las quejas más frecuentes de los profesionales, que es la falta de coordinación e información entre los distintos niveles asistenciales. Probablemente esta coordinación mejorará con el proyecto DIRAYA que se está llevando a cabo en toda la Comunidad Autónoma Andaluza. Dicho proyecto es un sistema de información asistencial para todo el Servicio Andaluz de Salud, que integrará en una historia de salud única todos los episodios asistenciales del ciudadano, registrados tanto por los profesionales de atención primaria, como de atención especializada, que va a permitir la continuidad asistencial y que cualquier profesional pueda conocer la situación del pa-

ciente. En el caso de los centros de drogodependencias y otros que no participen en este proyecto, será necesaria una mayor coordinación entre distintos profesionales mediante documentos de interconsulta.

Al revisar la historia, en un porcentaje elevado se indicó la necesidad de proporcionar consejos sanitarios y de realizar vacunación de los convivientes cuando estaba indicado, en algunos casos no pudo realizarse al no localizarse al paciente, no tener médico asignado o por haber sido éxitus. Se considera muy importante insistir en estos aspectos ya que así está indicado⁴; y en el caso de la hepatitis B además, hay una probabilidad elevada de transmisión entre los contactos más próximos, a través de la vía perinatal, sexual⁵, y por otras vías de transmisión intrafamiliar, como la horizontal de padres a hijos o entre hermanos^{8, 29}.

El estudio ha permitido detectar algunos aspectos a mejorar tanto desde el punto de vista de la Vigilancia Epidemiológica, como la coordinación entre profesionales, la información sobre EDO y la necesidad de realizar las medidas preventivas y de control indicadas para estas enfermedades. No ha permitido, sin embargo, conocer otros datos como prevalencia en población general o en grupos de riesgo, que se consideran interesantes y que necesitarían otros estudios que se podrían plantear para un futuro.

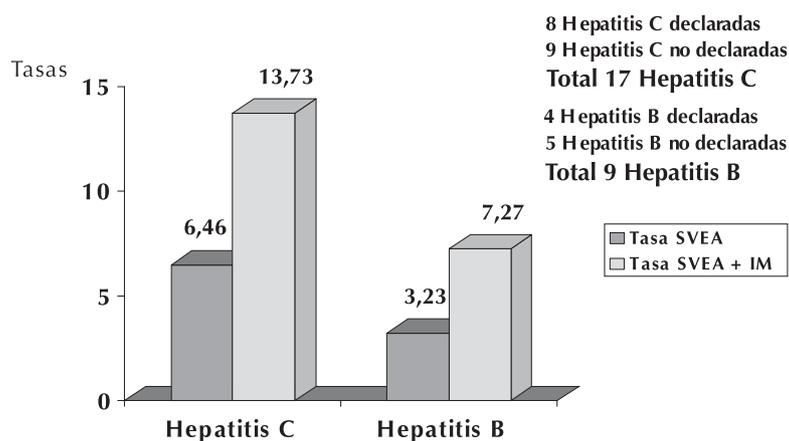
Como conclusión, se podría decir que mediante búsqueda microbiológica se han detectado hepatitis no declaradas, aumentando la incidencia de forma considerable, además de infecciones crónicas que también requerían medidas de prevención y control; y la BDU del SSPA ha permitido conocer el médico de familia asignado a los pacientes para poder indicar las actuaciones necesarias.

Bibliografía

1. Orden de 17 de junio de 2002, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2002; 83: 13133-34.
2. Protocolos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. URL: http://www.isciii.es/publico/drvisapi.dll?Mlval=cw_usr_view_Folder&ID=141. Última actualización: diciembre 2001.
3. Decreto 66/1996 de 19 de marzo, por el que se constituye en la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se determinan normas sobre el mismo. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1996; 35: 2731-34.
4. Viral Hepatitis. URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/>. Última actualización: junio 2005.
5. Maddrey WC. Hepatitis B: An important public health issue. J Med Virol 2000; 61: 362-366.
6. Ching Lung Lai MD, Vlad Ratziu MD, Man-Fung Yuen MD, Thierry Poynard MD. Viral hepatitis B. Lancet 2003; 362: 2089-2094.
7. Amin J, Gidding H, Gilbert G, Backhouse J, Kaldor J, Dore G et al. Hepatitis C prevalence – a nationwide serosurvey. Commun Dis Intell 2004; 28: 517-21.

8. Erol S, Ozkurt Z, Ertek M, Tasyaran MA. Intrafamilial transmission of hepatitis B virus in the eastern Anatolian region of Turkey. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15: 345-349.
9. Van der Eijk AA, Niesters HG, Gotz HM, Janssen HL, Schalm SW, Osterhaus AD, et al. Paired measurements of quantitative hepatitis B virus DNA in saliva and serum of chronic hepatitis B patients: implications for saliva as infectious agent. *J Clin Virol* 2004; 29: 92-94.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Transmission of hepatitis B and C viruses in outpatient settings – New York, Oklahoma, and Nebraska, 2000-2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52: 901-6.
11. Gonzalez-Candelas F, Bracho MA, Moya A. Molecular epidemiology and forensic genetics: application to a hepatitis C virus transmission event at a hemodialysis unit. *J Infect Dis* 2003; 187: 352-8.
12. Dumpis U, Kovalova Z, Jansons J, Cupane L, Sominskaya I, Michailova M et al. An outbreak of HBV and HCV infection in a paediatric oncology ward: epidemiological investigations and prevention of further spread. *J Med Virol* 2003; 69: 331-8.
13. Spada E, Saggiocca L, Sourdis J, Garbuglia AR, Poggi V, De Fusco C et al. Use of the minimum spanning tree model for molecular epidemiological investigation of a nosocomial outbreak of hepatitis C virus infection. *J Clin Microbiol* 2004; 42: 4230-6.
14. Decreto 60/99 de 9 de marzo, que regula la libre elección de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía* 1999; 43: 4338-39.
15. Cortés Blanco M, Larrosa Montañés A, Ladrero Blasco MO, Herrera Guibert D, Martínez Navarro JF. Evaluación de la Vigilancia Epidemiológica de la tuberculosis pulmonar en la provincia de Zaragoza durante el año 1999. *Bol Epidemiol Semanal* 2002;10:17-20.
16. Tejero Encinas S, Asensio Villahoz P, Vaquero Puerta JL. Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis pulmonar atendida en el nivel especializado a partir de dos fuentes de información, Valladolid. *Rev Esp Salud Pública* 2003;77:211-220.
17. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Hepatitis B y C. Andalucía, año 2003. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) 2004; 9.
18. Larghi A, Zuin M, Crosignani A, Ribero ML, Pipia C, Battezzati PM et al. Outcome of an outbreak of acute hepatitis C among healthy volunteers participating in pharmacokinetics studies. *Hepatology* 2002; 36: 993-1000.
19. Halfon P, Roubicek C, Gerolami V, Quentin Y, Khiri H, Pepe G et al. Use of phylogenetic analysis of hepatitis C virus (HCV) hypervariable region 1 sequences to trace an outbreak of HCV in an autodialysis unit. *J Clin Microbiol*. 2002; 40: 1541-5.
20. Vall Mayans M, Arellano E, Armengol P, Escrivá JM, Loureiro E, Saladié P et al. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20: 154-156.
21. Rodríguez C, Castilla J, del Romero J, Lillo A, Puig ME, García S. Prevalencia de infección por el virus de la hepatitis B y necesidades de vacunación en colectivos de alto riesgo. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 697-699.
22. Ramos JM, Pastor C, Masía MM, Cascales E, Royo G, Gutiérrez-Rodero F. Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por el VIH y sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21: 540-542.
23. Ono-Nita SK, Carrilho FJ, Cardoso RA, Nita ME, da Silva LC. Searching for chronic hepatitis B patients in a low prevalence area-role of racial origin. *BMC Fam Pract* 2004; 5: 7.
24. Feldman GM, Sorvillo F, Cole B, Lawrence WA, Mares R. Seroprevalence of hepatitis C among a juvenile detention population. *J Adolesc Health* 2004; 35: 505-8.
25. Qadi AA, Tamim H, Ameen G, Bu-Ali A, Al-Arrayed S, Fawaz NA, Almawi WY. Hepatitis B and hepatitis C virus prevalence among dialysis patients in Bahrain and Saudi Arabia: a survey by serologic and molecular methods. *Am J Infect Control* 2004; 32: 493-5.
26. Van Damme P, Van Herck K, Leuridan E, Vorsters A. Introducing universal hepatitis B vaccination in Europe: differences still remain between countries. *Eurosurveillance* 2004; 9: 67-68.
27. Barroso García P, Lucerna Méndez MA, Adrián Monforte E, Parrón Carreño T. Estudio serológico de agrupación de casos de hepatitis B en seis familias de raza china en Almería. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 701-708.
28. Romea Lecumberri S, Duran Pla E, Cabezos Otón J, Bada Aínsa JL. Situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes. Estrategia de vacunación. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 656-660.
29. Oon CJ, Chen WN, Goo KS, Goh KT. Intra-familial evidence of horizontal transmission of hepatitis B virus surface antigen mutant G145R. *J Infect* 2000; 41: 260-264.

Figura 1. Tasas de incidencia de hepatitis B y C. Año 2003



SVEA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.
 IM: Información Microbiológica

Figura 2. Distribución de hepatitis B y C según centro solicitante y situación en Atención Primaria

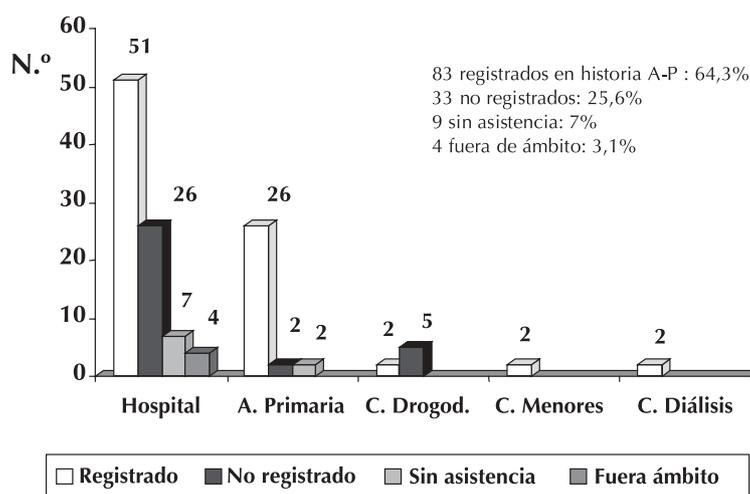


Tabla 1. Interpretación de serologías de hepatitis B (Fuente: CDC ⁴)

Tests	Resultados	Interpretación
HBsAg anti-HBc anti-HBs	negativo negativo negativo	Susceptible
HBsAg anti-HBc anti-HBs	negativo positivo positivo	Inmune debido a infección natural
HBsAg anti-HBc anti-HBs	negativo negativo positivo	Inmune debido a vacuna
HBsAg anti-HBc IgM anti-HBc anti-HBs	positivo positivo positivo negativo	Infección aguda
HBsAg anti-HBc IgM anti-HBc anti-HBs	positivo positivo negativo negativo	Infección crónica
HBsAg anti-HBc anti-HBs	negativo positivo negativo	Cuatro interpretaciones posibles *

- * 1. Reconversión desde una forma aguda de infección HBV.
- 2. Poco inmune y el test no es bastante sensible para detectar niveles muy bajos de anti-HBs en suero.
- 3. Falso positivo de anti-HBc. Susceptible.
- 4. Niveles indetectables de HBsAg en suero. Portador.

Tabla 2. Datos de hepatitis B obtenidos de la información microbiológica y SVEA. Distribución según sexo, edad y tipo de población

Edad (años)	Clasificación de hepatitis B									Totales por edad
	Infección Aguda				Infección Crónica					
	Inmigrante		No inmigrante		Inmigrante			No inmigrante		
	H	M	H	M	H	M	NC	H	M	
0-20		1							2	3
21-30	2	1				2	2	1		8
31-40		1			1		2	9	9	22
41-50			3	1	1	1		5	3	14
51-60								2	1	3
> 60								3	1	4
NC								2		2
Subtotal por sexo	2	3	3	1	2	3	4	22	16	
Subtotal población	5		4		9			38		
Subtotal tipo infección	9				47					
Total	56									

H: Hombre; M: Mujer; NC: No consta.
SVEA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.

Tabla 3. Datos de hepatitis C obtenidos de la información microbiológica y SVEA. Distribución según sexo, edad y tipo de población.

Edad (años)	Clasificación de hepatitis C									Totales por edad
	Infección Aguda				Infección Crónica					
	Inmigrante		No inmigrante		Inmigrante			No inmigrante		
	H	M	H	M	H	M	H	M		
0-20										0
21-30		1		2				2	1	6
31-40			4					14	6	24
41-50				3				7	3	13
51-60			2			1	1	7		11
> 60			3	2				3	7	15
NC								2	2	4
Subtotal por sexo		1	9	7		1	29	26		
Subtotal población	1		16		1			55		
Subtotal tipo infección	17				56					
Total	73									

H: Hombre; M: Mujer; NC: No consta.
SVEA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.

ORIGINAL

Medidas preventivas en pacientes inmovilizados de un Centro de Salud

Fernández Lozano C¹, Berrobiano Cobos E¹, Rodríguez Carrión MT¹, Blanca Barba F¹, Fuertes Ruiz C¹, Mancera Romero J².

¹ Enfermera; ² Médico. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga.

MEDIDAS PREVENTIVAS EN PACIENTES INMOVILIZADOS DE UN CENTRO DE SALUD

Objetivos: Analizar algunas características sociodemográficas de los pacientes inmovilizados del centro de salud y valorar las medidas preventivas que se realizan.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria. Centro de salud urbano.

Población y muestra: Pacientes incluidos en el programa de inmovilizados. Año 2003.

Intervenciones: Variables demográficas, sociales, de estado de salud y de aspectos susceptibles de medidas preventivas. Análisis estadístico: medidas centrales y de dispersión.

Resultados: 235 pacientes. 70% mujeres. Edad media: 78 años. El 42% ha sufrido caídas. 47% con problemas visuales. 30% con problemas auditivos. 50% incontinencia urinaria. 87% vacunados frente a la gripe y 20% contra el tétanos.

Conclusiones: El perfil de nuestros inmovilizados es el de una mujer de edad elevada, que vive habitualmente en el mismo domicilio, casada o viuda, tiene cuidador. Las actividades preventivas se deben integrar en la visita domiciliar habitual. Necesitamos mejorar la cobertura de la vacunación antitetánica.

Palabras clave: actividades preventivas, pacientes inmovilizados.

PREVENTIVE ACTIVITIES FOR IMMOBILIZED PATIENTS IN A HEALTH CENTER

Goals: To analyze some of the social and demographic characteristics of the health center's immobilized patients.

Design: Cross sectional descriptive study.

Setting: Primary care. Urban health care center.

Population and Sample: Persons included in the program for immobilized patients in the year 2003.

Interventions: Information was gathered on demographic and social variables, as well as on state of health and aspects susceptible to preventive actions. Statistical analysis: central and dispersion measures.

Results: 235 patients. 70% women. Average age: 78 years old. 42% had experienced falls. 47% had vision problems. 30% had hearing problems. 50% suffered from urinary incontinence. 87% had received flu vaccines and 20% had been vaccinated against tetanus.

Conclusions: The profile obtained of our immobilized patients was that of an elderly woman, either married or widowed, who usually resided at home with a care-giver. Preventive actions should be integrated into regular home visits. Vaccine coverage against tetanus needs to be improved.

Key Words: preventive activities, immobilized patients

Correspondencia: Catalina Fernández Lozano. Centro de Salud Ciudad Jardín. C/ Sancho Miranda, n.º 9. 29014 Málaga. Teléfonos: 952 652 577-78. E-mail: arcoiris913@hotmail.com

Recibido el 10-02-2005; aceptado para publicación el 28-03-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 2: 19-23

Introducción

El envejecimiento de la población es una realidad evidente en nuestra sociedad¹ y el aumento de la esperanza de vida un objetivo alcanzado por los países más desarrollados². Un hecho asociado al envejecimiento es que el número de personas con dependencia aumenta con la edad³. El paciente anciano inmovilizado va a requerir unos servicios domiciliarios amplios, tanto sanitarios como sociales. Desde el punto de vista sanitario hace ya años que se tomó conciencia del problema y desde la atención primaria de salud se pusieron en marcha programas de atención domiciliaria con el objetivo de dar una respuesta adecuada en tiempo y técnicas a las cuestiones solicitadas. Los programas de atención domiciliaria a los pacientes inmovilizados hacen un abordaje integral al paciente y a su familia desde la óptica biopsicosocial⁴⁻⁸.

La implantación de medidas preventivas y de promoción de salud están creciendo dentro de los equipos de atención primaria debido al progreso de los nuevos conceptos de Atención primaria (AP)⁹. Las recomendaciones sobre actividades preventivas, a realizar en determinados grupos de problemas de salud y sobre ciertas edades, emitidas por organismos y sociedades¹⁰⁻¹³ han permitido disponer de unas guías de actuación útiles y bien aceptadas.

En los ancianos la mayor prevalencia de incapacidades como consecuencia de las enfermedades y la necesidad de un mayor tiempo de recuperación del estado de salud basal justifica la necesidad de cuidados preventivos, progresivos y continuados¹⁴⁻¹⁵. El objetivo de las actividades preventivas en estos pacientes es prevenir el deterioro funcional¹⁶. Los ancianos como grupo, responden positivamente a los consejos sobre prevención y son capaces de modificar sus hábitos incluso después de los 75 años. Se debe decidir la realización de las actividades en función del beneficio individual marcado no tanto por la edad del inmovilizado sino por las expectativas de vida.

La evidencia científica con estudios aleatorios en la población anciana es escasa. Muchas veces la implantación de estas actividades es más por la extrapolación de los resultados obtenidos en otros grupos de edad y por la efectividad obtenida en cuanto a mejoría funcional y de calidad de vida cuando se adoptan dichas medidas en estudios descriptivos^{14, 16}. De manera habitual se recomiendan una serie de actividades de promoción y prevención (primaria y secundaria)¹⁷ que se han demostrado útiles: tabaco, alcohol, nutrición, ejercicio físico, salud bucodental, inmunización contra la gripe y el tétanos, presión arterial, caídas, polifarmacia, agudeza visual, agudeza auditiva, cáncer de mama, cáncer de cérvix, demencia e incontinencia urinaria.

La puesta en marcha de las actividades preventivas precisa potenciar la participación de los profesionales de enfermería de AP¹⁸⁻²¹ en su diseño, puesta en práctica y evaluación, ya que su protagonismo debe ser importante. Este protagonismo se acrecienta en los pacientes inmovilizados, al ser la visita domiciliaria de enfermería la actividad principal de los programas de inmovilizados y en la que deben integrarse las medidas preventivas más relevantes. Existen una serie de trabas que dificultan la puesta en marcha de estas actividades: escaso número de enfermeros, insuficiente coordinación, falta de motivación.

Nuestro objetivo es analizar algunas características socio-demográficas de los pacientes inmovilizados del centro de salud Ciudad Jardín (Málaga) y valorar las medidas preventivas que se realizan.

Sujetos y métodos

Estudio descriptivo transversal

Sujetos: Participan en el estudio los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados de nuestro centro durante el año 2002 completo y el primer semestre del año 2003 (tiempo requerido para la realización de la entrevista personal). Los criterios de inclusión en el programa de inmovilizados del centro de salud comprenden a "toda persona que por ancianidad, padecimiento crónico, invalidante o terminal, no tiene capacidad o independencia suficiente para acudir al centro de salud en demanda de servicios". Cumplían los requisitos temporales para participar en el estudio 342 pacientes, pero a 107 pacientes no se les pudo realizar la entrevista, por lo que finalmente participaron 235 pacientes. La causa principal de las no entrevistas fue por la negativa de algunos enfermeros en participar en el estudio. Para controlar el posible sesgo que suponían las pérdidas se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple (n=12) entre estos pacientes, a los que sí se les hizo la entrevista y los resultados obtenidos en todas las variables fueron similares a los resultados del estudio.

Variables

- Demográficas: sexo (hombre, mujer), edad (en años), estado civil (casados, solteros, viudos, otros).
- Sociales: residencia habitual (mismo domicilio, cambios periódicos de domicilio), compañía (acompañado o solo), cuidador (existencia o no de cuidador principal).
- Estado de salud: grado de incapacidad²² (Moderada limitación de la capacidad funcional: grados 1 y 2 de la escala de incapacidad física de la Cruz Roja y severa limitación de la capacidad funcional: grados 3, 4 y 5 de la misma escala).
- Aspectos susceptibles de actividades preventivas: caídas (valoración por preguntas directas), visión (se valora la visión social —conservada cuando el déficit no impide realizar de manera autónoma las actividades habituales— y en los casos dudosos se usan los optotipos de Snellen), audición (valoración con preguntas directas), incontinencia urinaria (pérdida involuntaria de orina a través de la uretra demostrada objetivamente y se valora por preguntas directas) e inmunizaciones (gripe y tétanos anotadas en la historia clínica)

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

Tiempo: Años 2002-2003.

Fuente de datos: Historia clínica informatizada para las variables demográficas. Entrevista realizada en el domicilio del paciente (al paciente o al cuidador) para conocer el resto de las variables.

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

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

Resultados

Cumplían los criterios de inclusión en el estudio 235 pacientes de los que 165 (70,2%) eran mujeres.

Edad: En la tabla 1 se reflejan los datos de edad diferenciados por sexo. El 92,3% de los pacientes eran mayores de 65 años y el 23,6% eran mayores de 85 años.

Estado civil: 120 (51,1%) viudos, 95 (40,4%) casados, 17 (7,2%) solteros.

Residencia habitual: 20 inmovilizados (8,5%) alternaba su residencia en más de un domicilio (pacientes golondrinas, maletas).

Compañía: 25 pacientes (10,6%) vivían solos.

Cuidadores: 221 pacientes (94,4%) tenían algún tipo de cuidador principal.

Grado de incapacidad: 100 pacientes (42,6%) presentaban severa limitación de la capacidad funcional.

Caídas: Sufrieron alguna caída 100 pacientes (42,6%), con un rango de 1-8.

Visión: Presentaban problemas de visión que le impedían la realización de una vida "normal" 111 pacientes (47,2%).

Audición: Tenían problemas auditivos que interferían en una vida "normal" 71 pacientes (30,2%).

Incontinencia urinaria: 119 pacientes (50,6%).

Inmunización: 205 pacientes (87,2%) estaban inmunizados contra la gripe y 48 (20,4%) lo estaban frente al tétanos.

En el análisis bivariante encontramos relaciones estadísticamente significativas en los siguientes cruces: edad-audición (a mayor edad más problemas de audición $p=0,012$), edad-vacunación antigripal (a mayor edad mayor proporción de vacunados $p=0,04$) y edad-estado civil viudo (a mayor edad hay más viudos $p=0,0001$).

Discusión

Los resultados del estudio indican que los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados de nuestro centro de salud eran predominantemente mujeres con una edad elevada (feminización de la ancianidad) y que casi la mitad tenían una severa limitación de la capacidad funcional. Hay tres circunstancias que merecen especial

atención: la existencia de un 8% de pacientes golondrinas, de un 10% de pacientes que viven solos y de un 5% de pacientes que no tienen un cuidador habitual. Estos pacientes requieren una especial atención por tener factores de riesgo asociados a su ya de por sí mermada capacidad funcional.

Casi la mitad de los pacientes han sufrido caídas en alguna ocasión durante el período de estudio, incluso de manera reiterada en algunos casos, lo que nos debe llevar a reforzar las medidas preventivas para evitarlas en lo posible. Se recomienda aconsejar a los ancianos y a sus cuidadores la adopción de medidas para reducir el riesgo de caídas (ejercicio, medidas de seguridad y reducción de los riesgos ambientales, control de los medicamentos) en base a una considerable evidencia de estas medidas reducen la probabilidad de caídas, aunque la efectividad del consejo rutinario a los ancianos no ha sido evaluado adecuadamente.

Tenían alteraciones visuales importantes la mitad de los pacientes por lo que sería recomendable el cribado de los déficit de refracción en los pacientes inmovilizados. El interrogatorio acerca de los déficit visuales puede ayudar en la detección de problemas.

La existencia de un 30% de alteraciones auditivas avala la recomendación de revisar la audición periódicamente en los pacientes inmovilizados mediante historia y, en caso de déficit realizar otoscopia y audiometría.

La presencia de incontinencia en la mitad de los pacientes y la predisposición a complicaciones y al fuerte impacto psico-social que produce nos debe llevar a una detección sistemática de la incontinencia mediante preguntas directas.

La inmunización frente a la gripe es aceptable, sobre todo si tenemos en cuenta que los pacientes no vacunados han sido por contraindicaciones y en algunos casos por negativa. No ocurre lo mismo en la inmunización frente al tétanos, donde el porcentaje es bastante bajo. De manera sistemática deberíamos plantearnos la vacunación anti-tetánica.

El análisis bivariante aporta escasa información suplementaria.

Al comparar con otros estudios observamos total coincidencia en la preponderancia de las mujeres de edad avanzada²³⁻²⁷. También existe similitud en el estado civil²³.

El porcentaje de pacientes inmovilizados que viven solos es similar a otros estudios²³⁻²⁴ pero muy discordante con los resultados de Bilbao Curiel²⁵ en el que no llega al 1% los inmovilizados que viven solos. Coincidimos también en el porcentaje de pacientes golondrinas²⁴⁻²⁵.

De manera general se estima que cada año el 30% de los ancianos que viven en la comunidad y el 50% de los institucionalizados sufren alguna caída²⁸⁻²⁹. Los pacientes

inmovilizados en su domicilio pueden compararse, en cierta medida, con los pacientes ingresados en alguna institución por lo que el porcentaje de caídas es similar a nuestros resultados.

Aunque la definición de alteración visual es imprecisa los diferentes trabajos^{24,30} coinciden en que casi la mitad de los pacientes ancianos presentan importantes alteraciones visuales que le dificultan la realización de las actividades habituales.

Los problemas de audición se incrementan con la edad y afectan al 20-30% de los ancianos^{22,28}. Los problemas de incontinencia son coincidente con otros estudios^{28, 31, 32}.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones. Por una parte existe el riesgo de sesgo de memoria en la variable de las caídas y en la vacunación antitetánica y por otra parte la definición de alteración visual y auditiva no pueden ser todo lo estricta que debiera. El posible sesgo de no respuesta parece estar suficientemente controlado con el muestreo realizado.

Futuros trabajos nos deben llevar a buscar la efectividad de las medidas preventivas y su influencia en la calidad de vida de los pacientes inmovilizados.

Como aplicaciones prácticas de nuestro trabajo encontramos que las actividades preventivas se deben enmarcar de manera habitual en las visitas domiciliarias (tanto programadas como a demanda) y que deben implicarse todos los profesionales.

Las principales conclusiones de nuestro estudio son las siguientes: El perfil de nuestros inmovilizados es el de una mujer de edad elevada, que vive habitualmente en el mismo domicilio, casada o viuda, tiene cuidador. Las actividades preventivas se deben integrar en la visita domiciliaria habitual. Debemos mejorar la cobertura de la vacunación antitetánica.

Agradecimientos

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

Astacio Portillo Nuria, Cano Matías María José, Gallardo Domínguez Esther, Guadix del Pino José Luis, Limón Navarro Francisco, Muñoz Villalba José Carlos, Pérez Juncosa Flores, Rojo Moreno Juan José, Rueda Moreno Luis, Ruiz Ramos Matilde, Sacristán Visquet Elena, Salido Puertas Francisco, Trigueros García Enrique, Vellido González Ángel.

Agradecemos a los correctores el interés mostrado en la lectura de nuestro trabajo y las sugerencias que nos hacen.

Bibliografía

- García Sanz B. El proceso demográfico del envejecimiento y sus características más relevantes. En: Guillén Llera F, Ribera Casado JM,

- coordinadores. Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Editores Médicos; 2000. p. 25-53.
- Kalache A. Active ageing makes the difference. Bull World Health Org 1999; 7: 299.
- Winblad I, Jaaskelainen M, Kivela SL, Hiltunen P, Laippala P. Prevalence of disability in three birth cohorts at old age over time spans of 10 and 20 years. J Clin Epidemiol 2001; 54: 1019-24.
- Hernández Estévez PM, Rubio Santos GA, Navarro Brito E, Benítez Rosario MA, González Freire G. Propuesta de un modelo de organización de atención domiciliaria basada en Atención Primaria. Cuadernos de Gestión 1999; 5: 31-8.
- Gené Badía J, Contel Segura JC. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria [editorial?]. Aten Primaria 1999; 23: 183-6.
- Contel Segura JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida [editorial?]. Aten Primaria 2000; 25: 526-8.
- Espinosa Almendro JM, Benítez del Rosario MA, Pascual López L, Duque Valencia A. Modelos de organización de la atención domiciliaria en Atención Primaria. Documentos semFYC. N.º 15; 2000.
- Aguilera Guzmán M, Grupo de Cartera de Servicios de la Subdirección General de Atención Primaria del Insalud. Aten Primaria 2003; 31: 319-26.
- Martín Zurro A, Gené Badía J, Subías Loren P. Actividades preventivas y de promoción de la salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4.ª ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1999. p. 421-37.
- US Preventive Services Task Force. URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfab.htm>. Última actualización: Febrero 2005.
- Canadian Task Force. URL: <http://www.ctfphc.org>. Última actualización: Enero 2005.
- De Alba Romero C, Baena Diez JM, Hoyos Alonso MC, Gorroñoigoitia Iturbe A, Litiago Gil C, Marín Resende I, Luque Santiago A, coordinadora. Grupo de Trabajo de Actividades preventivas en el anciano del PAPPs. Actividades preventivas en los mayores. Aten Primaria 2003; 32 Suppl 2: 102-20.
- Luque Santiago A. Actividades preventivas en los mayores. En: Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2004. p. 69-77.
- Vaqué Rafart J, Vilardell Tarrés M. Promoción de la salud y estrategias preventivas en las personas mayores. Medicine 1999; 7: 5803-10.
- Golberg TH. Preventive Medicine and Screening in Older Adults: Summary of Recommendations. URL: <http://www.members.aol.com/Tgolberg/prevrecs.htm> Última actualización: Febrero 2003.
- Frame PS. Preventive care for elderly: getting by in the absence of evidence. Am Fam Physician 1999; 59: 1747-50.
- García de Blas F, Regato Pajares P, Álvarez Solaz M, Gorroñoigoitia Iturbe A. Actividades preventivas y de promoción de la salud en ancianos. En: Gorroñoigoitia Iturbe A, Álvarez Solar M, coordinadores-directores. Atención al anciano. Barcelona: semFYC; 1997. p. 49-77.
- Rivas Campos A, Ruiz López C, González Dueñas J. Atención de enfermería al anciano. La visita domiciliaria. En: Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez-Cañavate López-Montes T, Torío Durantez J. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2.ª ed. Madrid: semFYC; 1997. p. 1219-24.
- Espinosa Almendro, coordinador. Programas básicos de salud. Programa del anciano. Valoración geriátrica. Madrid: DOYMA; 2000.
- Frias Osuna A, Prieto Rodríguez MA, Hederle Valero C, Aceijas Gómez ML, Alcalde Palacios A, Vazquez Teja T, et al. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Aten Primaria 2002; 29: 495-501.
- De La Revilla L, Espino Almendros JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Aten Primaria 2003; 31: 587-91.
- Salgado A, Guillén F. Escala de valoración de incapacidad del Servicio de Geriatría del hospital central de la Cruz Roja Española. Rev Esp Gerontol 1972; 4-34.
- Vázquez-Noguerol Méndez R, García Boró S. Condiciones de vida y problemas de salud de las personas mayores e inmovilizadas de un distrito urbano de Madrid. MEDIFAM 1997; 7: 289-98.
- García Bermejo S, Lekube Angulo K, Andikoeitea Agorria A, Solar Barrietabeña M, Olaskoaga Arrate A. Características socioeconómicas,

- problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria* 1997; 20: 230-6.
25. Bilbao Curiel I, Gastaminza Santacoloma AM, García García JA, Quindimil Vázquez JA, López Rivas JL, Huidobro Fernández L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1994; 13: 188-90.
 26. De Francisco Casado MA. Análisis del coste de la visita domiciliaria de enfermería a inmovilizados. Aproximación al estudio de la eficiencia. *Aten Primaria* 1997; 19: 110-6.
 27. Aza Castañón V, Fernández Calzón A, Álvarez López S, Fidalgo Fernández MJ, García del Barrio M, Ordás Iglesias O, et al. Visita domiciliaria a la población incapacitada desde un centro de salud urbano. *Impulso* 2000; 119: 3-6.
 28. Corrales D, Palomo L, Margariño Bravo MJ, Alonso G, Torrico P, Barros A, et al. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Aten Primaria* 2004; 33: 426-33.
 29. Séculi Sánchez E, Brugulat Guiteras P, March Llanes J, Medina Bustos A, Martínez Beneyto V, Tresserras Gaju R. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. *Aten Primaria* 2004; 34: 178-83.
 30. Luque Santiago A. Deterioro de la visión en los mayores. En: Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2004. p. 283-304.
 31. Sánchez González R, Rupérez Cordero O, Delgado Nicolás MA, Mateo Fernández R, Hernando Blázquez MA. Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 421-4.
 32. Espinosa Almendro JM, Portillo Strepell J, Muñoz Cobos F, Martos Palomo JM. Incontinencia urinaria. En: Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2004. p. 215-227.

Tabla 1. Edad y sexo de los pacientes inmovilizados

	Hombres	Mujeres	Total
Media	76,04	79,16	78,22
Mediana	79	80	79
DE ^a	12,02	10,68	11,16
Rango	30-98	36-98	30-98

^a Desviación estándar.

ORIGINAL

Técnicas de grupo nominal para conocer alternativas que prevengan o mejoren el desgaste profesional en los trabajadores de un Centro de Salud

Villagrán Pérez SA¹, Cañas Romano I¹, Rodríguez Ramírez Y¹, Lagares Izquierdo R¹, Lahoz Rallo B², Barros Rubio C².

¹ R3 de MFyC. Centro Salud Loreto-Puntales. Cádiz; ² MF. Unidad Docente provincial de Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz.

TÉCNICAS DE GRUPO NOMINAL PARA CONOCER ALTERNATIVAS QUE PREVENGAN O MEJOREN EL DESGASTE PROFESIONAL EN LOS TRABAJADORES DE UN CENTRO DE SALUD

Objetivos: Valorar el grado de desgaste profesional (DPR) y satisfacción laboral (SL) en los trabajadores del centro de salud Loreto-Puntales y conocer propuestas para mejorar el burnout mediante técnicas de consenso.

Diseño: 1.ª fase: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionarios, y una 2.ª fase de estudio cualitativo por medio de Técnicas del Grupo nominal (GN).

Emplazamiento: Centro de Salud Loreto-Puntales de Cádiz.

Población y muestra: Participaron de 39 profesionales sanitarios y administrativos en la primera fase (81,25%). En la segunda etapa un 33,33% (n =16).

Intervenciones: Primera fase: encuesta de variables sociodemográficas, cuestionario de DPR Maslach Burnout Inventory (MBI) y de SL Font Roja A-P. Segunda fase identificó alternativas para mejorar el desgaste por técnicas de consenso (GN).

Resultados: La edad media de los participantes fue de 42,25 años (desviación típica, dt: 8,1) y fueron varones un 53,8% (n =21).

El mayor desgaste profesional se observó en personal universitario, en los médicos, así como en los profesionales que participaron en el grupo nominal. Presentaron mayor SL aquellos con plaza en propiedad y los solteros. La técnica de grupo nominal priorizó 3 alternativas: realización de actividades lúdicas, reuniones para aclarar problemas del equipo y la reposición de material en las consultas.

Conclusiones: Los profesionales de este centro de salud presentan alto grado de DPR, baja despersonalización, alta realización personal y un nivel medio de SL.

La técnica de consenso es útil para priorizar alternativas de prevención de desgaste profesional.

Palabras Clave: Técnica de grupo Nominal; Burnout; Satisfacción laboral.

Correspondencia: Sergio A. Villagrán Pérez. C/. Barbate, 15, 10.º A. 11012 Cádiz.
Tlf: 956 265 026, 956 265 027, 678 594 189. Fax 956 259 401. E-mail: villagrancaiz@hotmail.com y villagranperez@ono.com

Recibido el 04-04-2005; aceptado para publicación el 23-06-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 2: 24-31

NOMINAL GROUP TECHNIQUE TO IDENTIFY ALTERNATIVES TO PREVENT OR LESSEN PROFESSIONAL BURNOUT AMONG EMPLOYEES IN A HEALTH CENTER

Goals: To assess the degree of professional burnout (PB) and job satisfaction (JS) among employees in the Loreto-Puntales Health Center and to identify proposals aimed at lessening burnout through consensus-building techniques.

Design: Phase 1: Cross sectional descriptive study using questionnaires. Phase 2: Qualitative study using the nominal group technique.

Setting: Loreto-Puntales Health Center, Cadiz.

Population and Sample: 39 health professionals and administrative employees participated in Phase 1 (81.25%). Participation in Phase 2 was 33.33% (n =16).

Interventions: Phase 1: a survey that included demographic variables, DPR Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire, and SL Font Roja for primary care. Phase 2: identification of alternatives to lessen burnout through consensus-building techniques.

Results: The average age of participants was 42.25 years (standard deviation, 8.1). 53.8% of the participants were males (n =21).

The highest degree of professional burnout was found among employees with a university degree, including doctors and other health professionals who participated in the nominal group. Higher levels of JS were found among those who had a permanent contract and among unmarried men. Three alternatives emerged as priorities after applying the nominal group technique: leisure time activities, meetings to help clarify problems affecting the team and replacing material as needed in the doctors' offices.

Conclusions: The professionals from this center had a high degree of DPR, low depersonalization, high self-realization, and an average degree of JS. The consensus technique is useful in establishing priority alternatives to prevent professional burnout.

Key words: Nominal group technique; burnout; job satisfaction.

Introducción

Actualmente se detectan cada vez más casos de síndrome de desgaste profesional¹⁻³.

La profesión sanitaria es una de las ocupaciones más estresantes, lo que influye directamente en la salud de la persona y en sus relaciones sociales¹⁻⁴.

La traducción literal al castellano del término Burnout es "estar quemado" y fue descrito por primera vez por Herbert Freudenberger en 1974^{1, 3-9} aunque Maslach fue en 1976 quien primero empleó públicamente este concepto, desarrollando el primer cuestionario para su valoración³⁻¹⁰.

El síndrome de Burnout aparece por el estrés laboral continuo, y por la ausencia de expectativas de superación del mismo. Se caracteriza por tres componentes: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal o logros (2,8)

El agotamiento emocional se manifiesta como sensación de cansancio físico (cefaleas, mialgias, dolor abdominal, disfunción sexual) y psíquico (ansiedad, fatiga crónica, depresión)¹⁰. La despersonalización o deshumanización consiste en el desarrollo de actitudes negativas como insensibilidad y cinismo hacia los usuarios⁸. Por último la baja realización es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y el deseo de abandono^{2, 9, 10}.

Numerosos estudios demuestran que el grado de calidad y de eficacia prestados por los profesionales del ámbito sanitario está en relación directa con el nivel de satisfacción laboral¹⁰, el cansancio psicológico y la desmotivación de éstos. Todo ello produce claras consecuencias negativas para el profesional, su familia, el usuario y también para la propia empresa¹¹.

Una forma útil de identificar las situaciones o necesidades que ocasionan desgaste profesional es el uso de técnicas de generación de ideas y de consenso (Grupo nominal), que sirven para resolver problemas que no pueden solucionarse por métodos cuantitativos^{11, 12}.

El propósito de este estudio es valorar el grado de desgaste profesional y de satisfacción laboral en el personal de nuestro centro de salud, así mismo conocer propuestas de mejora y prevención del desgaste, utilizando para detectarlas técnicas de consenso.

Sujetos y métodos

Nuestro trabajo fue realizado en el Centro de Salud de Loreto-Puntales, Distrito Bahía de Cádiz, que atiende a una población de 24.860 habitantes con un nivel socio-económico medio-bajo y una media de 1.400 pacientes por cupo. La población de estudio la constituyeron los 48 profesionales de este centro: 30 sanitarios y 18 no sanitarios. Como único criterio de exclusión se consideró el no querer participar en dicho estudio.

En una primera fase se realizó un estudio descriptivo transversal en el mes de mayo. En una segunda etapa se realizó una investigación cualitativa

mediante la técnica de grupo nominal durante los meses de octubre a diciembre de 2004.

En el estudio descriptivo transversal se evaluaron variables sociodemográficas, mediante un cuestionario autoadministrado y anónimo, de elaboración propia, variables relacionadas con el desgaste profesional, recogidas mediante el test de Maslach y variables de satisfacción laboral, mediante cuestionario de Font-Roja (Anexos I, II).

Las variables sociodemográficas recogidas fueron: sexo, estado civil, si trabajaba o no la pareja, si su domicilio estaba en la misma población que el centro, tipo de contrato, profesión, nivel de estudios, si era docente o tutor, si trabajaba en otro centro, realización de guardias (Tabla I).

Las variables relacionadas con el grado de desgaste profesional fueron valoradas mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Esta escala fue validada

por Maslach y Jackson, apareciendo su versión definitiva en 1986. Consta de 22 ítems con siete opciones de respuesta (escala likert de 0 a 6), engloba tres subescalas: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). En la subescala de CE se consideró que puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto grado de Burnout, entre 19 y 26, moderado y menor de 19, bajo grado. En la subescala de DP puntuaciones de 10 o por encima serían nivel alto, de 6 a 9 medio y por debajo de 6 bajo grado de despersonalización. En contrapartida la subescala de RP funciona en sentido inverso, de 0 a 33 baja realización, de 34 a 39 moderada y por encima de 40 alta sensación de logro¹³.

Como instrumento de medición de satisfacción laboral, se utilizó el cuestionario Font Roja (adaptado para atención primaria) que consta de 23 ítems agrupados en 9 factores que permiten explorar todas las dimensiones que intervienen en la satisfacción laboral y que son: 1.º satisfacción en el trabajo, 2.º tensión relacionada con el trabajo, 3.º competencia profesional, 4.º presión en el trabajo, 5.º promoción profesional, 6.º relación interpersonal con sus jefes, 7.º relación interpersonal con sus compañeros, 8.º características extrínsecas de status, 9.º monotonía laboral¹⁰. Cada ítem es valorado mediante una escala de Likert de 1-5, en el sentido de menor a mayor satisfacción. La puntuación obtenida en cada factor equivale a la suma simple de las puntuaciones de los ítems que lo componen, dividida por el número de ítems. La satisfacción global de cada participante se obtuvo a partir de la suma de las puntuaciones de los 23 ítems del cuestionario dividido por 23. A mayor puntuación, más satisfacción laboral^{12, 14}.

Los resultados obtenidos en el análisis del estudio cuantitativo se introdujeron en una base de datos, para su análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 11.00. En el análisis descriptivo de las variables cualitativas se usaron tablas de frecuencias absolutas y relativas, mientras que para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de centralización y de dispersión (media, mediana y desviación típica).

Para el análisis bivalente se utilizaron como estadísticos el test de Chi cuadrado para variables cualitativas (comparación de proporciones) y para comparación de variables cualitativas y cuantitativas, el test de ANOVA y la T de Student (comparación de medias)^{4, 12}.

En la segunda fase realizamos un estudio cualitativo mediante técnicas de consenso (GN), con la que se pretendía identificar alternativas para mejorar o prevenir el desgaste de los profesionales^{11, 12}.

Se convocaron tres grupos, dos homogéneos formado solamente por médicos y un tercero heterogéneo con enfermeros y personal no sanitario.

Esta técnica se inicia formulando una pregunta abierta: ¿Qué actividades consideras necesarias y realizables en nuestro C.S para mejorar o prevenir el desgaste profesional? A continuación una fase de reflexión individual para generar ideas y luego se enuncian de forma ordenada. El siguiente paso es de discusión y evaluación (clarificando, reagrupando, eliminando...), y por último se realiza una priorización mediante votación de los 5 ítems más relevantes.

Resultados

La edad media resultó de 42,25 dt: 8,1, número de hijos de 1,6 dt: 1,44, antigüedad laboral 17,62 dt: 8,91, el número de IT en el último año 1,63 dt: 0,67, el resto de ca-

racterísticas sociodemográficas del trabajador del Centro de Salud de Loreto-Puntales aparecen reflejadas en la tabla I.

La media de puntuación de CE fue de 20,84 dt: 11,56, en despersonalización fue de 5,9 dt: 4,8, la media en RP fue de 37,07 dt: 8,6. En la figura 1 se representan las tres dimensiones categorizadas de DPR en alto, moderado y bajo. En nuestro equipo de trabajo se aprecia un elevado nivel de realización personal 56,4%, (RP), con un cansancio emocional alto en un 41%. Existe una despersonalización baja del 20% (DP).

La SL de forma global y sus dimensiones aparecen en la figura 2: la satisfacción global del profesional es moderada (FR: 3,08 dt: 0,48) existiendo una importante presión y tensión relacionada con el trabajo (D2: 2,53 dt: 0,76; D4: 2,29 dt: 1,06). La relación entre los miembros del equipo es muy buena (D7: 4,2 dt: 0,76).

Los resultados del análisis bivalente de esta 1.ª fase aparecen en las tablas II y III.

Durante la segunda fase del estudio los dos primeros grupos constituidos de forma homogénea realizaron sus propuestas, mientras que el tercer grupo heterogéneo no se llevó a la práctica por falta de asistencia de los participantes.

Los resultados del estudio cualitativo realizado en esta etapa se exponen en la tabla IV.

Discusión

El elevado índice de respuesta obtenido (81,25%) puede ser debido al sistema utilizado de entrega personalizada de los cuestionarios. El 18,75% de no respuesta correspondió a profesionales que no devolvieron la encuesta contestada en el plazo estipulado. Buenos índices de respuesta se obtuvieron también en otros estudios^{12, 13} lo que indica el gran interés de los profesionales por el tema abordado.

Nuestra población en estudio presentó un nivel moderado-alto de burnout, con una puntuación media de 64 en la escala Maslach. Al comparar nuestros resultados con otros estudios, observamos que el nivel de CE fue alto, de un 41%, similar al de otros estudios realizados⁵. Paradójicamente el nivel de RP fue alto (57%) con un bajo grado de despersonalización (20%), probablemente porque nuestra población en estudio se encuentre ubicada en un centro nuevo y equipado, acreditado para la docencia y que constituye una unidad clínica. Todo ello hace que el personal del centro esté más motivado e involucrado en su trabajo. Sin embargo, el exceso de demanda y la necesidad que genera el alcanzar unos objetivos hace que el profesional se vea desbordado y aumente su cansancio emocional.

Nuestros datos reflejaron la pobre relación existente entre variables sociodemográficas y el grado de desgaste profesional, encontrando únicamente diferencias significativas en la categoría profesional y el nivel académico, siendo los médicos y el personal universitario los que presentaban mayor grado de desgaste y a su vez mayor nivel de participación, lo que nos confirma, una vez más, que el desgaste profesional suscita un gran interés debido a las altas repercusiones que pueden ocasionar. No se observó sin embargo diferencias significativas en variables como la edad, el sexo ó el estado civil, no quedando bien definido su asociación en los distintos trabajos publicados, arrojando a veces resultados contradictorios^{4, 10, 12}.

El nivel de satisfacción laboral es muy similar al obtenido en el estudio de Barcelona (F. Roja total de 3,08 frente a 3,02), pero destacamos algunas similitudes y diferencias: en ambos hay una alta presión en el trabajo (2,29 versus 2,26) y una satisfacción por el trabajo media-alta (3,66 sobre 3,79), mientras que la relación con los compañeros fue muy buena en nuestro centro (4,20 frente a 3,9)¹². En cuanto a la relación entre satisfacción y variables sociodemográficas encontramos resultados significativos con el estado civil y el tipo de contrato, existiendo mayor grado de SL en solteros y en aquellos con plaza en propiedad. Comparando con otros estudios, nos llama la atención la disparidad en resultados significativos o no de las variables sociodemográficas con la satisfacción laboral. Así en el estudio realizado en Asturias⁴ influyen tanto la edad como el sexo o la antigüedad laboral, sin embargo no existe relación con el hecho de tener pareja. En otros estudios como el realizado en Barcelona¹², la edad se relacionó con la satisfacción de forma inversa.

Comparando nuestros resultados con otros estudios hemos de destacar que una de las principales limitaciones ha sido el trabajar con un sólo equipo de salud, restando potencia estadística a los resultados y afectando a las conclusiones. De todas formas se obtuvieron los resultados estadísticamente significativos comentados y muy relevantes como que los profesionales médicos eran los más quemados, confirmando lo conocido por otros estudios^{15, 16}.

Como podemos observar no existe un patrón establecido que influya en la SL ni en el desarrollo del desgaste. Coincidimos por tanto con otros estudios^{12, 13}, que la aparición de burnout es un problema multicausal, relacionado directamente con el estrés crónico, donde influyen los rasgos de personalidad y las cargas relacionadas con el trabajo.

La realización de técnicas de consenso mediante grupo nominal nos ayudó a conocer cuales eran las necesidades o principales motivos causantes de desgaste para los

profesionales del centro y a su vez conocer estrategias de prevención tanto en el ámbito individual como en el equipo y a nivel organizativo. Dentro de las propuestas de mejora destacamos la realización de actividades lúdicas en las que se fomenta el compañerismo, el desarrollo de técnicas de autocontrol, reuniones para aclarar problemas de equipo y la reposición de material en las consultas. Las técnicas de consenso han supuesto una forma sencilla y eficaz para conocer qué situaciones producen desgaste en nuestros trabajadores y cuáles son las posibles soluciones¹⁷. Dichas sugerencias podrían ser futuras intervenciones para prevenir ó mejorar el desgaste laboral en nuestro centro de salud^{5, 6, 8, 12}.

Resumiendo el equipo del Centro de Salud de Loreto-Puntales está muy motivado, con una alta realización personal, a base de un importante cansancio emocional que puede conducir a medio plazo a un mayor grado de burnout. Por lo tanto y debido a la importancia del problema es necesario que entre todos intentemos disminuir el estrés crónico aplicando medidas preventivas.

Agradecimientos

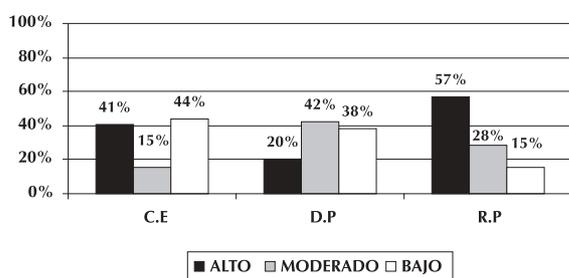
Es obligatorio agradecer la colaboración de todo el equipo del C. S Loreto Puntales. Especial mención al director, Joaquín Quijano Sánchez, por facilitar la realización de nuestro proyecto y al Dr. Guillermo Moratalla Rodríguez como Tutor.

Bibliografía

- Mingote Adán JC, Pérez Corral F. El estrés del médico. Madrid: Díaz Santos; 1999.
- González Corrales R, De la Gandara Martín J, Flores Lozano JA. Síndrome del Burnout ¿Qué podemos hacer? Mesa redonda congreso nacional SEMERGEN. Octubre 2002.

- Serrano Gisbert M F. Estrés laboral en el personal sanitario. *Fisioterapia* 2002; 24: 33-42.
- Oliver Castrillón C, González Morán S, Martínez Suárez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten primaria* 1999; 24: 352-359.
- 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.
- Caballero Martín MA, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten primaria* 2001; 27: 313-317.
- Cuevas Castresana C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. Madrid: Danval S.A; 1996.
- Pablo González R, Suberviola González JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten primaria* 1998; 22: 580-584.
- Mingote Adán JC. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC* 1998; 5: 493-503.
- Lomeña Villalobos JA, Campaña Villegas FM, Nuevo Toro G, Rosas Soria D, Berrocal Gamez A, García Molina F. Burnout y satisfacción laboral en atención primaria. *Medicina de familia. Andalucía* 2004; 5: 147-155.
- Bailey ARJ. Who should set health priorities? *Journal of extension* 1973; Winter: 20-27.
- Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten primaria* 2003; 31: 227-233.
- Cebriá 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.
- Cruz Cañas E, Vázquez Gallego J, Aguirre Trigo V, Fernández San Martín MI, Villagrasa JR, Andradas Aragonés V. Evaluación de la satisfacción del personal de enfermería. *Aten Primaria* 1994; 13: 469-473.
- Michels Philip J, Probst JC, Godenick MT, Palesch Y. Anxiety and among family practice residents: A south Carolina Family practice research consortium study. *Academic Medicine* 2003; 78: 69-79.
- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136:358.
- Saura Lamas J, Leal Hernández M, García Méndez MM, López Piñera M, Ferrer Nora A, De la Biseca Cosgrove S. Motivos de ansiedad en los profesionales de atención primaria. Comparación residentes –tutores. *Aten Primaria* 1997; 20:142-146.

Figura 1. Grado de desgaste profesional del trabajador del Centro de Salud



C.E: Cansancio emocional, **D.P:** Despersonalización, **R.P:** Realización personal

Figura 2. Grado de satisfacción laboral del trabajador del Centro de Salud

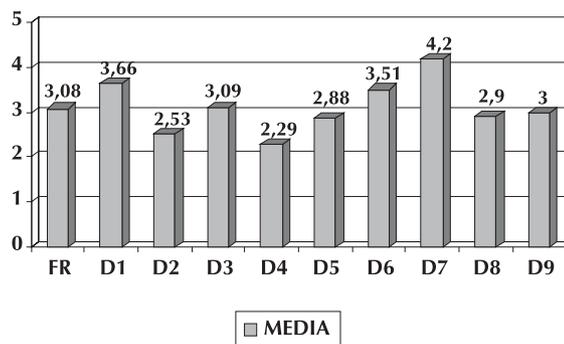


Tabla I. Variables sociodemográficas

Variable cualitativa	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Varón	21	53,8
Mujer	18	46,2
Estado civil		
Casado	28	71,7
Soltero	9	23,1
NS/NC	2	5,2
Trabaja la pareja		
Sí	30	90,9
No	3	9,1
Domicilio		
Cádiz	24	64,9
Fuera de Cádiz	13	35,1
Contrato		
Plaza	24	48,71
Interino	10	28,20
Otro	5	23,09
Trabajador		
Médico	19	61,5
Enfermera	11	25,6
Resto de personal	9	12,9
Nivel de estudios		
Graduado	2	5,1
FP-bachiller	5	12,8
Universitarios	32	82,1
Docente-tutor		
Sí	12	31,6
No	26	68,4
Trabaja en otro centro		
Sí	6	20,7
No	23	79,3
Realiza guardias		
Sí	7	17,9
No	32	82,1

NS/NC : no sabe-no contesta.

Tabla II. Nivel de desgaste profesional (MBI) relacionado con variables sociodemográficas

Variabes	Media	Desviación típica	Nivel significación p
Nivel Académico			
Universitarios	67,1	12,7	p = 0,006
No universitarios	49,3	22,2	
Profesión			
Médicos	72,24	9,8	p = 0,01
Resto del personal	55,9	17	
Grupo Nominal			
Participantes	70,5	12,3	p = 0,02
No participantes	58,7	16,9	
Trabaja la pareja			
Sí	61,7	17,2	p = 0,03
No	79,6	8,3	

Tabla III. Nivel de satisfacción laboral (Font Roja) relacionado con variables sociodemográficas

Variabes	Media	Desviación típica	Nivel significación p
Estado civil			
Soltero	79,4	7,8	p = 0,009
Casado	69,2	10,1	
Situación laboral			
Con plaza	72,4	10,5	p = 0,03
Interino	63,4	10,8	

Tabla IV. Alternativas del grupo nominal

Grupo I: Propuestas	Grupo II: propuestas
1.ª Actividades lúdicas 2.ª Cursos de autocontrol emocional 3.ª Reposición de material en consulta 4.ª Comisión de estamentos 5.ª Reuniones "Espirituales" periódicas de todo el equipo del centro para aclarar aquellas dudas y problemas que surjan en el trabajo día a día	1.ª Agenda lúdica 2.ª Reuniones "Espirituales" 3.ª Reposición de material en consulta 4.ª Formación continuada en horario laboral sin hacer uso del doblaje 5.ª Disminuir el número de reuniones inútiles y transmitir ideas oficiales conflictivas una vez al mes

Anexo I. Cuestionario MASLACH

1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	CE
2.	Me siento agotado al final de la jornada de trabajo.	CE
3.	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.	CE
4.	Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes.	RP
5.	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	DP
6.	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.	CE
7.	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.	RP
8.	Me siento "quemado" por mi trabajo.	CE
9.	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas.	RP
10.	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	DP
11.	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	DP
12.	Me siento muy activo.	RP
13.	Me siento muy frustrado en mi trabajo.	CE
14.	Creo que estoy trabajando demasiado.	CE
15.	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a alguno de mis pacientes.	DP
16.	Trabajar directamente con las personas me produce estrés.	CE
17.	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.	RP
18.	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.	RP
19.	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.	RP
20.	Me siento acabado.	CE
21.	En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma.	RP
22.	Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.	DP

CE: Cansancio emocional
 DP: Despersonalización
 RP: Realización personal.

FRECUENCIA:

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Unas pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Pocas veces a la semana
- 6 Todos los días.

Anexo II. Cuestionario FONT ROJA

1. Mi actual trabajo en el Centro de Salud es el mismo todos los días, no varía nunca (D9)
2. Al final de la jornada de un día de trabajo corriente me suelo encontrar muy cansado (D2)
3. Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del Centro pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo (D2)
4. Muy pocas veces me he visto obligado a emplear “ a tope “ toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo (D2)
5. Muy pocas veces mi trabajo en el Centro perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño (D2)
6. En mi trabajo me encuentro muy satisfecho (D1)
7. Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia (D8)
8. Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas (D5)
9. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo (D1)
10. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena (D1)
11. Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante (D5)
12. La relación con mi jefe/a, es muy cordial (D6)
13. Las relaciones con mis compañero/as son muy cordiales (D7)
14. El sueldo que percibo es muy adecuado (D8)
15. Estoy convencido que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación (D1)
16. Tengo muchas posibilidades de promoción profesional (D5)
17. Con frecuencia tengo ola sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo (D4)
18. Estoy seguro de conocer lo que se espera de mi en el trabajo, por parte de mi jefe/a (D6)
19. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer (D4)
20. Los problemas personales de mis compañeros/as de trabajo, habitualmente me suelen afectar (D9)
21. Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar mi trabajo (D3)
22. Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como desearía (D3)
23. Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás, en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión (D3)

MUY DE ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN DESACUERDO

Puntuación del 1 al 5: Items 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 17, 19, 20, 21, 22, 23
 Puntuación del 5 al 1: Items 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16,18

ORIGINAL

Impacto tras la aplicación del proceso de diabetes mellitus en la calidad de la Atención al Paciente diabético tipo 2 del Centro de Salud La Granja

Benítez de la Corte VM¹, Moreno Santos MA¹, Manzano Guzmán A¹, Gómez León VD¹, Lahoz Rallo B², Barros Rubio C².

¹ Médico de Familia. Centro de Salud La Granja. Jerez de la Frontera (Cádiz); ² Técnico de Salud. Unidad Docente de MFyC de Cádiz.

IMPACTO TRAS LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE DIABETES MELLITUS EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 DEL CENTRO DE SALUD LA GRANJA

Objetivo: Evaluar el grado de registro tanto de indicadores de proceso como de resultado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) y conocer el impacto que la implantación del Proceso DM 2 ha tenido en la mejora de la calidad asistencial a estos pacientes.

Diseño: Estudio transversal antes-después

Emplazamiento: Centro Salud urbano.

Población y muestra: 226 sujetos procedentes de muestreo aleatorio simple sobre total de población diabética.

Intervenciones: Determinación tanto del porcentaje de registro como porcentaje de resultados en HbA1c, colesterol total, LDL y HDL, triglicéridos y microalbuminuria en determinaciones analíticas, y TA, IMC, fondo de ojo y examen de pies como determinaciones en la exploración clínica en los años 2.002 y 2.003.

Resultados: Los porcentajes de registro de forma apareada (02/03) fueron: HbA1c 59/53%, CT 62/58%, LDL 51/48%, HDL 56/52%, TG 54/54%, microalbuminuria 23/37%, TA 79/67, IMC 56/40, fondo de ojo 36/32% y examen de pies 15/9%. Los valores de resultado fueron: HbA1c 6.5/7, CT 214/214, LDL 137/138, HDL 50/50, TG 206/189, microalbuminuria 33/18%, TAS 139/140, TAD 78/78, IMC 32/33, fondo de ojo 52/42% y pie diabético 9/24%.

Conclusiones: Encontramos tan sólo mejoras significativas en el registro de la microalbuminuria y desfavorables en el resultado de la hemoglobina glicosidada.

Palabras clave: Type 2 diabetes (diabetes tipo 2), glycate haemoglobin (hemoglobina glicosidada), risk factors (factores de riesgo).

Correspondencia: Víctor Benítez de la Corte. C/ Sancho Dávila, n.º 1, 6.º C. 11407 Jerez de la Frontera (Cádiz). Teléfono: 609 640 221. E-mail: victorbtez@wanadoo.es

Recibido el 12-07-2004; aceptado para publicación el 28-04-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 2: 32-40

IMPACT ON QUALITY OF CARE AMONG TYPE II DIABETIC PATIENTS IN "LA GRANJA" HEALTH CENTER FOLLOWING APPLICATION OF A DIABETES MELLITUS PROCESS

Goals: To evaluate the degree to which indicators were registered, both for process and results, among patients with Type II diabetes and to find out what impact the implementation of the DMII Process had on improving the quality of health care received by these patients.

Design: Cross sectional before-after study.

Setting: Urban health care center.

Population and Sample: 226 subjects extracted from a simple random sample of the center's diabetic population.

Interventions: Percentages of registration and percentages of results were determined for HgA1c, total cholesterol, LDL and HDL, triglycerides and microalbumine in laboratory analyses. Percentages for TA, IMC, eye exams, and foot exams were determined from clinical explorations done in 2002 and 2003.

Results: The percentages of paired registration (02/03) were: HgA1c, 59/53%, CT 62/58%, LDL 51/48%, HDL 56/52%, TG 54/54%, microalbuminuria 23/37%, TA 79/67%, IMC 56/40%, eye exam 36/32 %, and foot exam 15/9%. Values for results were: HgA1c 6.5/7, CT 214/214, LDL 137/138, HDL 50/50, TG 206/189, microalbuminuria 33/18%, TAS 139/140, TAD 78/78, IMC 32/33, eye exam 52/42, and diabetic foot exam 9/24%.

Conclusions: We only found significant improvements in the registration of microalbuminuria and unfavorable ones in the result of glycosolated hemoglobin testing.

Key Words: Type II diabetes, glycosolated hemoglobin, risk factors.

Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) es un proceso crónico que afecta a gran número de personas, constituyendo un problema de salud pública de enormes proporciones¹⁻¹³. En nuestra población, la DM 2 posee una prevalencia situada en torno al 6% y es causa de morbilidad elevada y mortalidad precoz^{1-4, 6, 7, 9, 12}.

Hoy sabemos que estas tasas de morbi-mortalidad pueden ser mejorables por los avances disponibles y por una mejora en el abordaje de la misma desde el punto de vista preventivo, diagnóstico, terapéutico, de control y seguimiento de los pacientes, siendo éstos clara competencia de los profesionales médicos y de enfermería de los equipos de salud de Atención Primaria.

La reforma sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, de acuerdo al nuevo modelo de atención primaria de salud, ha definido el *Proceso de Diabetes Mellitus tipo 2*, como el seguimiento protocolizado que se le presta a toda persona cuyo proceso patológico pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizado por la hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina, o de ambos^{6, 13}, con el objetivo de describir *el modelo ideal de desarrollo del proceso asistencial integrado de la diabetes, adecuándose a la realidad del Sistema Sanitario Público en Andalucía*.

Uno de esos pilares en los que se fundamenta este proceso, es la evaluación de la aplicación de indicadores o variables de calidad como son la determinación de la hemoglobina glicosilada (HbA1), microalbuminuria, índice de masa corporal y valoración del riesgo cardiovascular, y la aplicación de exploraciones complementarias como realización de fondo de ojo, inspección de pies y toma de tensión arterial entre otras.

Durante el período observacional analizado, se llevo a cabo la implantación del Proceso de Diabetes Mellitus tipo 2 en este centro. Para ello, se procedió a la realización de cursos formativos por parte de la Consejería de Salud y la posterior inclusión en la aplicación informática TASS de la iconografía asociada a dicho proceso con la inclusión de registros en los que figuran el tiempo evolución de la diabetes, valor de hemoglobina glicada, resultado oftalmológico del fondo de ojo así como valoración de la inspección de los pies en dichos pacientes, con objeto de sistematizar y a la vez simplificar la inclusión de registros.

Con todo ello, los objetivos de nuestro trabajo, fue evaluar el grado de registro de estos indicadores y la valoración del resultado de los mismos en la calidad de la atención al paciente DM 2 y conocer el impacto que la implantación del Proceso Diabetes Mellitus 2 ha tenido en la mejora de la calidad asistencial a estos pacientes.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio transversal con dos cortes correspondientes a los años 2002 y 2003 en el C.S. La Granja, que cuenta con una población de 19.671 habitantes con un nivel socioeconómico medio-bajo.

La población de estudio la constituyeron 741 pacientes diabéticos incluidos en cartera de servicio. Se estudio una muestra de 226 sujetos, calculándose el tamaño muestral para una prevalencia esperada de buen control del 60%^{3, 5, 8, 11} con nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. Los pacientes fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple.

Los criterios de exclusión fueron pacientes que no realizaron seguimiento en el C.S. de La Granja durante los años 2002-2003, la población adscrita a consultorios pedáneos por no estar registrados en cartera de servicio en el propio Centro de Salud y los pacientes con DM gestacional, diabetes tipo MODY, diabetes de causa secundaria y demás casos que estuvieran en seguimiento por atención jerarquizada a nivel hospitalario.

Se recogieron en las variables de perfil general la *edad, sexo, años de evolución de su diabetes, hábito tabáquico y tipo de tto. antidiabético*. Las *variables de proceso*, se recogieron como porcentaje de realización de *HbA1, colesterol total (CT), HDL, LDL, triglicéridos (TG) y microalbuminuria* como datos de laboratorio; *índice de masa corporal (IMC), tensión arterial (TA), fondo de ojo y exploración de pies* y realización de *autoanálisis* como exploraciones practicadas. De las variables anteriores obtuvimos las *variables de control* mediante la cuantificación de los resultados de las mismas.

Obtuvimos la prevalencia de patologías crónicas asociadas con la DM tipo 2 como HTA, dislipemia y obesidad y basándonos en la evidencia disponible, valoramos la adecuación al tratamiento de estas patologías con *antihipertensivos, hipolipemiantes y metformina*. También se valoró el tratamiento de la microalbuminuria con *IECAs/ARA II* y patología cardiovascular con antiagregantes.

A partir de las variables de control, calculamos las *variables de resultados intermedios* para analizar el cumplimiento de criterios de calidad en las siguientes situaciones: *buen control metabólico (HbA1 < 7 mg/dl), adecuación de TA (TAS < 130 y/o TAD < 85) y de colesterol LDL (< 130 mg/dl) y la ausencia de obesidad (IMC < 27)*.

Por último, como *variables de resultados finales*, se consideraron la prevalencia del hábito tabáquico, la existencia de complicaciones oculares (*retinopatía no proliferativa-retinopatía proliferativa-ceguera*), complicaciones renales (*microalbuminuria-macroalbuminuria-insuficiencia renal*), complicaciones en pies (*pie diabética-amputación*) y presencia tanto de *complicaciones cardiovasculares globales*, como por órgano afecto: *cardíacas, cerebral y vascular periférica*.

Las variables fueron recogidas de la aplicación informática TASS en dos cortes, uno correspondiente al año 2.002 (previo a la instauración del Proceso) y otro correspondiente al año 2.003 (posterior a la instauración del Proceso).

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v 11.0. Inicialmente realizamos un análisis descriptivo de todas las variables tanto cualitativas (tabla de frecuencias) como cuantitativas (media, mediana, rango y desviación típica) en los años 2.002 y 2.003. En el análisis bivariente se utilizó el test de la Chi-cuadrado para comparación de porcentajes y la t-Student para comparación de medias. Por último, para la comparación de datos apareados se utilizó el test de Mc Nemar para variables cualitativas y la t-Student para muestras relacionadas en la comparación de medias.

Resultados

La edad media de los pacientes fue de 65,12 años (DE 12,5; rango 24 a 96) siendo la distribución por sexos mayoritaria en mujeres con del 58,5% (IC 95% 51,94-64,81). El tiempo medio de evolución de diabetes fue de 7,72 años (DE 7,7; rango 1 a 42). La distribución según tipo de tratamiento correspondería al 23,7 % con dieta sola (IC 95% 18,44-29,56), el 52,2 % con dieta y antidiabéticos orales (IC 95% 45,68-58,72), el 13,8 % con dieta e insu-

lina (IC 95% 9,77-18,84), y el 10,3 % con dieta, insulina y antidiabéticos (IC 95% 6,78-14,77).

El análisis descriptivo tanto de las variables de proceso (cualitativas) como variables de control (cuantitativas), queda recogido en las tablas 1 y 2.

El resultado global de la prevalencia de patologías crónicas al final del estudio corresponde al 61,6% para la hipertensión arterial (IC 95% 55,11-67,81), el 39,7% para la dislipemia (IC 95% 33,48-46,25) y el 88,8% para la obesidad (IC 95% 80,89-94,15).

La adecuación terapéutica de las distintas patologías figuran en la (tabla 3)

En el análisis de las variables intermedias, estos quedan reflejados y aclarados en la tabla 4.

En cuanto a los resultados finales de forma global aparecen en la tabla 5 (excepto el hábito tabáquico) y de modo desglosados los porcentajes válidos para cada una de las intervenciones fueron:

– *Hábito tabáquico*: a pesar de haber diferencia significativa desfavorable en el porcentaje de registro del hábito tabáquico (tabla 2), no hubo variación en el tipo de perfil de fumador de un año a otro por lo que exponemos tan sólo los porcentajes finales en el último descriptivo. Estos fueron para los no fumadores del 71,8% (IC 95% 65,17-77,77), exfumadores 19,5% (IC 95% 14,08-25,49) y fumadores actuales el 8,7% (IC 95% 5,33-13,32).

– *Retinopatía diabética*, el 100% para la no proliferativa tanto en el 2.002 como en el 2.003 sin casuística tanto para la retinopatía proliferativa como en la ceguera.

– *Nefropatía diabética*, el 86,7 % (IC 95% 62,48-97,70) en el 2.002 y del 80% (IC 95% 48,05-96,50) en el 2.003 para la microalbuminuria no complicada, el 6,7 % (IC 95% 0,33-28,73) en el 2.002 y del 10% (IC 95% 0,50-40,35) en el 2.003 para la presencia de proteinuria, y por último, idéntica casuística para la insuficiencia renal ya establecida.

– *Pie diabético* los porcentajes validos fueron en la úlcera diabética el 8,8% (IC 95% 2,29-22,16) en el 2.002 y el 23,8% (IC 95% 9,29-45,14) en el 2.003, y en lo referente a la amputación el 2,9 % (IC 95% 0,15-13,66) en el 2.002 y el 4'8 % (IC 95% 0,24-21,32) en el 2.003.

– *Patología cardiovascular*, los resultados quedaron de forma global en el 24,1% en el 2.002 (IC 95% 18,84-30,03) y del 24,6% (IC 95% 19,25-30,51) en el 2.003. De forma específica, derivado de origen cardiaco un 17 % (IC 95% 12,47-22,31) en el 2.002 y del 18,6% (IC 95% 13,65-23,78) en el 2.003, procedencia cerebral un 12,1 % (IC 95% 8,26-16,82) en el 2.002 y del 11,6 % (IC 95% 7,89-16,31) en el 2.003 y de arteriopatía periférica el 3,1 % (IC 95% 1,38-6,08) en el 2.002 y del 2,7 % (IC 95% 1,09-5,49) en el 2.003, todos ellos sin variaciones significativas en el análisis.

Discusión

Las características de la población estudiada, la media de edad, tiempo de evolución y tipo de tratamiento de nuestros diabéticos eran similares a los encontrados por otros autores: 60-70 años, más prevalente en mujeres y tiempo medio de evolución de 5-10 años, siendo más frecuente el tratamiento con antidiabéticos orales que con insulina, dieta o la combinación de ambos^{2, 3, 14}.

Dada la importancia demostrada en otros estudios (UKPDS, Kumamoto) del control de los factores de riesgo en la reducción de episodios y eventos cardiovasculares, recogimos y comparamos la existencia de distintos factores de riesgo cardiovascular como la HTA, dislipemia, obesidad y hábito tabáquico^{3, 6, 15, 16}.

La hemoglobina glicosilada (HbA1) es un factor de predicción muy importante de complicaciones micro y macrovasculares⁷. En nuestra muestra estudiada hubo un aumento de la HbA1 con respecto al año. Aunque este valor sólo sobrepasa ligeramente el máximo aconsejado por el proceso asistencial (< 7 mg/dl), debe ponernos en guardia requiriendo una radical respuesta^{3, 6, 20, 22, 23, 25, 26}, siguiendo precisamente las directrices del proceso, ya que como comentamos antes, este seguimiento repercute directamente en la mejoría de la HbA1²⁴.

En cuanto a los lípidos, no hubo diferencias destacables de un año a otro. Hacer mención a la fracción aterógena o colesterol-LDL, donde ambas determinaciones fueron superiores a 130 mg/dl como indica el proceso, también apreciado en otros estudios²². Más estricto aún, si tenemos en cuenta las recomendaciones de otras guías en las que sugieren alcanzar valores < a 100 mg/dl^{6, 13}. Es fácil inferir que es necesario una potenciación del tratamiento hipolipemiante de nuestros pacientes.

En lo que se refiere al Índice de masa corporal (IMC), como se constata en otros estudios^{20, 22, 25, 26}, el sobrepeso y la obesidad están estrechamente relacionados con la DM tipo 2. En nuestro estudio, apreciamos que la medias de ambos registros estaban en un rango de obesidad (IMC > 30) sin gran diferencia de un año respecto al otro, aunque si resaltar el descenso de su registro de forma significativa al final del estudio. Esto se considera una señal de alarma, con implicaciones y soluciones socio-sanitarias.

En la medición y control de la tensión arterial (TA), resaltar el descenso del registro de la misma de forma significativamente estadística, y la baja consecución de unos buenos controles tensionales en cuanto a la TA sistólica se refiere, también apreciados en otros estudios en nuestro país²⁰⁻²² y fuera de él²⁶. Las medias de la TA sistólica en ambos años superaron los límites aconsejados en nuestro proceso (< 130mm Hg). No ocurriendo así con la TA diastólica que obtuvo unas medias < 85 mm Hg. De-

bemos realizar un esfuerzo por llevar a nuestros diabéticos a unos niveles tensionales adecuados. Con valores inferiores a 130/85 o inferiores 130/80 según otras guías.

Como ha quedado demostrado en varios estudios²⁷⁻³⁰, la hipertensión empeora la función renal, y su manifestación en estadios iniciales sobre todo en pacientes diabéticos, es la excreción renal de proteínas, inicialmente en rango microalbuminúrico. El tratamiento antihipertensivo reduce esa progresión hacia la nefropatía en estos pacientes. Se ha comprobado, que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) y más recientemente los antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA II), previenen de forma más eficaz dicha evolución con cierto efecto renoprotector sobre la función renal (estudios IDNT, RENAAL, LIFE). En otros estudio se demostró como los ARA II, en comparación con dosis máxima de IECA, proporciona mejor renoprotección con dosis menores independientemente de las cifras de tensión previas³⁰. En nuestro estudio, sólo la mitad de los pacientes diabéticos con HTA eran tratados aunque se evidencia una mejoría en el descriptivo final, con lo que demostramos en ese sentido una mejor intervención aunque insuficiente por el momento en estos pacientes. En un primer análisis general, no consideramos ninguna categoría de antihipertensivo concreta. Posteriormente, analizamos conjuntamente, la presencia de microalbuminuria con la toma de antihipertensivos de la familia IECA/ARA. Dado el escaso registro de la presencia de microalbuminuria en nuestro centro, la casuística no aportó ninguna conclusión al respecto. En este sentido, los estudios previos, demuestran como el tratamiento de diabéticos hipertensos con este grupo farmacológico mejora y protegen la función renal, aún en fase prealbuminúrica, por lo que en posteriores estudios, habrá que tener en cuenta esta consideración.

La prevalencia de dislipemia en diabéticos es el doble en comparación con la población general, con una mayor tendencia a la elevación de triglicéridos y colesterol LDL. En un estudio japonés, se constata la disminución de la morbilidad en pacientes diabéticos tras la reducción del riesgo cardiovascular tras el uso de hipolipemiantes³⁴. En una revisión se demostró que el tratamiento con agentes hipolipemiantes reduce el riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos cuando esta reducción se reduce a niveles por debajo de 100 de colesterol LDL³⁵. En otra revisión, recomiendan el uso de estatinas a dosis moderadas, de forma generalizada como prevención primaria en diabéticos tipo 2 con otros factores de riesgo asociados³⁶. En nuestro Centro de Salud, algo menos de la mitad de diabéticos eran dislipémicos y sólo la cuarta parte de ellos estaban tratados.

La obesidad, es considerada el factor más importante para desarrollar una diabetes tipo 2, sobre todo la dura-

ción mayor de 10 años y los incrementos mantenidos de peso. La metformina se establece como el tratamiento de elección en estos pacientes para mejorar el control glucémico una vez descartado previamente contraindicación para su administración⁴¹. En una revisión sistemática reciente, se demuestra los efectos beneficiosos de la metformina en la mejora de las cifras tensionales, colesterol y triglicéridos en pacientes diabéticos⁴². En el estudio UKPDS se demostró la reducción de la mortalidad por causa cardiovascular en paciente tratados con metformina en comparación con sulfonilureas. En otra revisión sistemática, se comprueba los beneficios junto a la dieta hipocalórica y el ejercicio, del uso de metformina a largo plazo en las cifras de mortalidad cardiovascular y con ello disminución de los costes por este motivo⁴³. En otro estudio, el uso de metformina se mostró adecuado para el tratamiento del síndrome metabólico⁴⁴. En nuestro estudio, prácticamente la mayor parte de la población diabética era obesa, y aunque detectamos una leve mejoría con respecto al primer descriptivo, los índices son todavía en torno a la décima parte de este colectivo.

El paciente diabético tipo 2, es un paciente con mayor riesgo aterogénico y presenta mayor factores de riesgo cardiovascular y doble mortalidad que en la población general, y siendo esta la causante del 60-80% de muerte en estos pacientes. En estudios previos, se ha demostrado que la toma de AAS diariamente, reduce el riesgo cardiovascular en un 20% sobre todo en pacientes con síndrome metabólico³¹⁻³³, y en otro estudio se concluyó que asociado además a estatinas, se reduce a un 25-30% la incidencia de infarto de miocardio tanto en prevención primaria como secundaria, siendo esta cardioprotección más favorable en pacientes mayores de 50 años³². Nuestro estudio puso de manifiesto que la cuarta parte de diabéticos tenían patología cardiovascular constatada, siendo dentro de estos la cardiaca la más prevalente. También constatamos con escasamente una décima parte el porcentaje de estos que estaban antiagregados, con incluso peores registros en el segundo descriptivo.

En las variables de resultados finales de nuestro estudio incluimos la prevalencia del hábito tabáquico, complicaciones oculares, renales, cardíacas, cerebrales y vasculares periféricas.

Respecto al hábito tabáquico, los estudios observacionales han demostrado que fumar cigarrillos está asociado con un aumento de las muertes cardiovasculares en personas con diabetes^{3, 15, 16, 45} y por lo tanto, el consejo antitabaco ha de ser una intervención prioritaria en el momento del diagnóstico de la diabetes⁴⁵. En nuestro estudio tenían registrado el hábito tabáquico el 79% de los pacientes diabéticos en el año 2002 y el 67% en el año 2003 de los cuales, la mayoría eran no fumadores (72%).

El descenso obtenido en el registro del hábito tabáquico de un año a otro presentó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) aunque sin variaciones en el patrón de hábito y similar en otros estudios.

La enfermedad vascular es una complicación común de la diabetes, que va a incidir de manera directa en la morbi-mortalidad de la población afectada.

La DM es la causa más frecuente de ceguera bilateral e irreversible en países industrializados (el riesgo de ceguera en los pacientes diabéticos es 25 veces mayor), siendo el 84% de estas cegueras debidas a la retinopatía proliferativa^{2, 49}. Además la retinopatía proliferativa afecta al 40-50% de todos los diabéticos². Esta enfermedad cursa de forma asintomática hasta que se manifiesta la pérdida visual, en estadios avanzados, lo que indica realizar las revisiones periódicas del fondo de ojo. En nuestro estudio tenían registrada la exploración de fondo de ojo en torno a una tercera parte de los pacientes de los cuales aproximadamente la mitad presentaban algún grado de retinopatía. Este es resultado es indudablemente deficiente, ya que la derivación oftalmológica precoz para el control de fondo de ojos está indicada en todos los pacientes diabéticos y realizarse como mínimo bianualmente¹³. Otros autores también encuentran un porcentaje de registros de la exploración de fondo de ojos inferiores a los deseables, aunque superiores a los de nuestro estudio². En nuestro medio debemos aclarar el más que probable sesgo de información que ocurre en la interpretación de los datos del registro, ya que los pacientes son citados desde el hospital para reevaluaciones anuales, olvidando éstos muchas veces pasar por consulta con el informe de la revisión, y así quedar anotado en las historias clínicas.

La nefropatía diabética es una complicación de la Diabetes Mellitus y es la principal causa de enfermedad renal terminal en los países desarrollados. Una tercera parte de los pacientes con Diabetes Mellitus insulino-dependiente sufre nefropatía, acabando en diálisis o trasplante renal^{21, 29, 47}. La manifestación inicial de la nefropatía diabética es la aparición de pérdidas mínimas pero anormales de albúmina definida esta como microalbuminuria²¹. Sin ninguna intervención, la excreción urinaria de albúmina se incrementa progresivamente hasta desembocar en insuficiencia renal terminal. Además, la microalbuminuria es un marcador de riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, siendo su presencia indicación de una intervención más agresiva para reducir todos los factores modificables de riesgo cardiovascular^{5, 21, 26}. En nuestro estudio, se realizó determinación de microalbuminuria en torno a un 22-37% en los años 2002-2003. Dado lo anteriormente expuesto, se observa lo desfavorable de este porcentaje al detectar en el estudio intervalos más prolongados en su recogida y determinación de esta, cuando lo

aconsejable son determinaciones anuales según establece el Proceso de Diabetes Mellitus tipo II¹³. En nuestro estudio, en los pacientes a los que se determinó la microalbuminuria, ésta resultó positiva en un 33% en el año 2002 y un 23,8% en el año 2003, cifras que se aproximan a la prevalencia de nefropatía diabética obtenida por otros autores^{13, 21, 47}.

La prevalencia de la isquemia de extremidades inferiores en la diabetes oscila en los diferentes estudios realizados entre un 12 y un 23%, presentando estos pacientes un riesgo elevado para sufrir una amputación⁴⁶. El pie, en el diabético, es el punto de confluencia de las complicaciones neurológicas, arteriales e infecciosas⁴⁶ y por eso distintos autores recomiendan realizar la exploración de pies anualmente en los pacientes diabéticos¹³. Un ensayo clínico aleatorizado encontró que el cribaje screening y la remisión a una consulta de podología de personas con diabetes que presentan riesgo elevado de presentar úlceras del pie reduce el riesgo de que se produzcan y de que se deban realizar amputaciones mayores¹⁶. En nuestro estudio sólo tuvieron registrada la exploración de pies el 10% de nuestros pacientes. De estos, a reseñar un solo caso de amputación. Estos resultados son muy inferiores a los encontrados por otros autores debido al escaso porcentaje de pacientes a los que se les realizó la exploración de pies. Probablemente la prevalencia de esta patología en nuestro medio sea mucho mayor, como demuestran otros estudios, por ejemplo el realizado por Zafra y cols. en El Puerto de Santa María, en el que la vasculopatía periférica fue la complicación más frecuente de la DM II (31,7%), seguida muy de cerca por la retinopatía (30,6%)³. Es fundamental que quede reflejada una adecuada exploración clínica para que tengamos una buena historia de nuestros pacientes diabéticos^(3,6,20,23,25). En nuestro medio no se superó la media porcentual del 16% con dicha exploración registrada. Parece claro inferir la potenciación necesaria en el entrenamiento y práctica regular de dicha exploración en todo paciente diabético.

De forma global, se puede concluir que no existen diferencias significativas de un año con respecto al otro, teniendo incluso, al contrario de lo que pudiera parecer, mejores indicadores el año 2.002 con respecto al 2.003. Esta contradicción, pudiera deberse al sesgo cronológico que supone analizar los mismos indicadores sobre la misma población con un año más de vida o a la no realización de determinaciones tanto clínicas como analíticas con la periodicidad anual recomendadas y establecidas en el proceso.

Limitaciones del estudio

En este trabajo, se estudiaron las características de los diabéticos tipo 2 atendidos en un centro de salud, y se

analizaron tanto en porcentaje de aplicación como de resultado de distintos indicadores de calidad así como la presentación de distintas complicaciones crónicas. Dentro de las limitaciones del estudio, cabe señalar ciertas carencias en el proceso de DM tipo 2 en su estructura, las cuales las hemos subsanado agregando a nuestro análisis nuevas variables y con ello aumentando la complejidad del mismo. Hemos detectado también distinta sistemática en la inclusión de los distintos registros por parte de los 8 facultativos integrantes de este C.S. a pesar de figurar en la aplicación informática TASS la iconografía y nuevos menús correspondientes al Proceso Diabetes 2. Esto nos ha obligado a revisar exhaustiva y meticulosamente cada una de las historias analizadas y con ello obviar el sesgo de registro personalizado. Por otro lado, nos hemos visto limitados a considerar sólo un año como período observacional, condicionado este hecho a la duración de nuestro período de residencia. Creemos por tanto, que en posteriores estudios antes-después, debería considerarse un período de tiempo más prolongado y permitir así una mejor implantación del proceso analizado.

Conclusiones

Es necesaria la concienciación por parte de los profesionales de la importancia del control de los pacientes diabéticos para la prevención de complicaciones a largo plazo. El Proceso Asistencial de Diabetes Mellitus tipo II de la Junta de Andalucía pretende ser la guía de referencia para los profesionales andaluces en el seguimiento y control de dichos pacientes.

En nuestro período observacional, no hemos obtenido resultados satisfactorios en cuanto al seguimiento de dicho proceso en nuestro medio.

Tan sólo encontramos mejoras significativas en el porcentaje de registro de la microalbuminuria aunque con peores valores en el resultado de esta. En el resto de parámetros, no se aprecia una mejora tanto en los registros de proceso como de resultado, ni en los porcentajes de adecuación terapéutica, ni porcentaje global de resultados intermedios ni finales, constatándose una insuficiente aplicación de intervenciones durante la instauración de dicho proceso.

A pesar de los resultados contradictorios descritos en este estudio, creemos y apoyamos un modelo consensuado y unificado de registro de indicadores de control de esta patología y un trabajo y labor de equipo entre el personal sanitario de los Centros de Salud, como el mismo Proceso Diabetes Mellitus 2 propone. Es por este motivo que auguramos buenas perspectivas en este sentido a corto-medio plazo para la consecución de los objetivos y mejoras propuestas.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración del equipo de Técnicos de Salud pertenecientes a la Coordinadora MIR de Medicina Familiar y Comunitaria de Cádiz por su inestimable colaboración y reiterada supervisión. También nuestro agradecimiento a la dirección del C.S. La Granja por facilitarnos el listado de población diabética del C.S. y el acceso a las historias de los mismos.

Bibliografía

1. Suárez. Validez de los nuevos criterios diagnósticos de la diabetes mellitus tipo 2. Impacto de su aplicación en un área de salud. *Aten Primaria* 2001; 27: 111-15.
2. Antón Sanza MC, Saiz Careaga MT, Tormos Pérez I, Pérez-Torregrosa VT, Sánchez Calsod A. Evaluación del control oftalmológico del paciente diabético en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 30-34.
3. Zafra Mezcuca JA, Méndez Segovia JC, Novalbos Ruiz JP. Complicaciones crónicas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de salud. *Aten Primaria* 2000; 25:29-43.
4. Millán M. Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). *Aten Primaria* 2002; 29:517-21.
5. Fernández Fernández I, Ortega Millán C, Martín Manzano JL, Rodríguez Pappalardo V. Diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria* 2002; 29: 101-8.
6. Gagliardino JJ, De la Hera M, Siri F. Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina. *Rev Panam Salud Pública* 2001; 10: 309-17.
7. Mediavilla Bravo JJ, Méndola J. Principales estudios de intervención (ensayos clínicos) en la diabetes tipo 2: implicaciones en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28:478-83.
8. Navarro Cárdenas JM, Rodríguez Moctezuma R, Mungía Miranda C, Hernández Santiago JL. Nivel de información médica sobre diabetes, actitud de los pacientes hacia la enfermedad y su asociación con el nivel de control glucémico. *Aten Primaria* 2000; 26: 283-86.
9. López Bastida J, Serrano Aguilar P, Duque González B. Los costes socioeconómicos de la diabetes mellitus. *Aten Primaria* 2002; 29: 145-50.
10. Salgado Pineda M, Franch Nadal J, Pallas Ellacuría M, Oriol Zerbe C, Grau Bartomeu J, Castellá García J. Estadísticas y causas de mortalidad en la diabetes tipo 2. *Aten Primaria* 2001; 27: 654-57.
11. Gagliardino JJ, de la Hera M, Siri F. Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina. *Pan Am J Public Health* 2001; 10: 309-17.
12. Hart W, Collazo Herrera M. Costos del diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus en diferentes países del mundo. *Rev Cubana Endocrinol* 1998; 9: 212-20.
13. Diabetes Mellitus tipo 2: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (ES). Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
14. ADA. Clinical practice recommendations 2000. *Diabetes Care* 2002; 25.
15. Al-Delaymi WK, Manson JE, Solomon CG, Kawachi I, Stampfer MJ, Willet WC, et al. Smoking and risk of coronary heart disease among women with type 2 diabetes mellitus. *Arch Inter Med* 2002; 162: 273-79.
16. BMJ. Clinical Evidence: the internacional source of best available evidence for effective health care. 6ª ed. London: BMJ publishing group; 2001. p. 516-38.
17. Velasco JA, Cosin J, Maroto JM, Muniz J, Casanovas JA, Plaza I, et al. Guidelines of the Spanish Society of Cardiology for cardiovascular disease prevention and cardiac rehabilitation. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53:1095-120.
18. Rennert NJ, Charney P. Preventing cardiovascular disease in diabetes and glucose intolerance: evidence and implications for care. *Prim Care*. 2003; 30: 569-92.
19. Silagy C. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD000165.
20. Lafta J, Aragón L, Berraondo Ch, Diez J, García del Río JA, Rodríguez C, et al. Mejora continua de la calidad en proceso asistencial en el control del diabético tipo 2 en Navarra. Estudio GEDAPSNA 1996.
21. García Vallejo O, Vicente Lozano J, Vegazo O, Jiménez Jiménez FJ, Listerri Caro JL, Redón J. Estudio DIAPA. Control of blood pressure in

- diabetic patients in primary care setting. DIAPA study. *Med Clin (Barc)* 2003; 19:120,529-34.
22. Benito López P, García Mayor R, Puig Domingo M, Mesa Manteca J, Pallardo Sánchez Faure Nogueras E, Ravella Mateu R, et al. Pathological characteristics of patients with diabetes mellitus type 2, in Spanish Primary Care. *Rev Clin Esp* 2004; 204:1-2.
 23. Mata Casses M, Mroset Gamisans, Badia Llach X, Antoñanzas Villar F, Ragel Alcázar J. Impacto de la diabetes Mellitus en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de Atención Primaria en España. *Aten Primaria* 2003; 8: 493-99.
 24. Segovia Pérez C, Main Pérez A, Corral Cuevas L, González E, Raquero Grado MA, Martín Tomero E, et al. Control metabólico de la diabetes mellitus en relación con la calidad de las historias clínicas. Gerencia de Atención Primaria y Centros de Salud de Rioza, Nava de la Asunción, Villacastín y Sepúlveda. Segovia.
 25. Fernández Suarez F, Trueba A, Ferrus JA, Oloqui J, Lorente N, Leoz A. The effect of a program of care for the diabetic on control of the disease. *Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Logroño.*
 26. Fernández Fernández I, Ortega Millán JL, Martín Manzano JL, Rodríguez Pappalardo V. Diabetes Mellitus tipo 2. *Aten Primaria* 2002; 29: 101-108.
 27. Deferrari G, Ravera M, Berruti V, Leoncini G, Deferrari L. Optimizing therapy in the diabetic patient with renal disease: antihypertensive treatment. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15:1: S6-S11.
 28. Amann B, Tinzmann R, Angelkort B. ACE inhibitors improve diabetic nephropathy through suppression of renal MCP-1. *Diabetes Care* 2003; 26: 2421-25.
 29. Lasaridis AN, Sarafidis PA. Diabetic nephropathy and antihypertensive treatment: what are the lessons from clinical trials? *Am J Hypertens* 2003; 16: 689-97.
 30. Rossing K, Jacobsen P, Pietraszek L, Parving HH. Renoprotective effects of adding angiotensin II receptor blocker to maximal recommended doses of ACE inhibitor in diabetic nephropathy: a randomized double-blind crossover trial. *Diabetes Care* 2003; 26: 2268-74.
 31. Khosla N, Hart P, Bakris GL. Management of hypertension in the cardiometabolic syndrome and diabetes. *Curr Diab Rep* 2004; 4: 199-205.
 32. Martin-Du Pan RC. Prevention of cardiovascular and degenerative diseases: I. Aspirin, statins, or vitamins? *Rev Med Suisse Romande* 2003 ; 123:175-81.
 33. Mudaliar S. Intense management of diabetes mellitus: role of glucose control and antiplatelet agents. *J Clin Pharmacol* 2004; 44: 414-22.
 34. Yokota C. Prevention of cardiovascular disease in type 2 diabetic patients. *Nippon Rinsho* 2003; 61: 1161-66.
 35. Vijan S, Hayward RA; American College of Physicians. Pharmacologic lipid-lowering therapy in type 2 diabetes mellitus: background paper for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2004; 140: 650-58.
 36. Snow V, Aronson MD, Hornbake ER, Mottur-Pilson C, Weiss KB. Lipid control in the management of type 2 diabetes mellitus: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2004; 140: 644-49.
 37. Varroud-Vial M, Simon D, Attali J, Durand-Zaleski I, Bera L, Attali C, et al. Improving glycaemic control of patients with type 2 diabetes in a primary care setting: a French application of Set Staged Diabetes Management Program. *Diabet Med* 2004; 21: 592-98.
 38. McElduff P, Lyratzopoulos G, Edwards R, Heller RF, Shekelle P, Roland M. Will changes in primary care improve health outcomes? Modelling the impact of financial incentives introduced to improve quality of care in the UK. *Diabetes Care* 2004; 27: 1349-57.
 39. Natali A, Baldeweg S, Toschi E, Capaldo B, Barbaro D, Gastaldelli A, et al. Vascular effects of improving metabolic control with metformin or rosiglitazone in type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2004; 27:1349-57.
 40. Dotevall A, Johansson S, Wilhelmsen L, Rosengren A. Increased levels of triglycerides, BMI and blood pressure and low physical activity increase the risk of diabetes in Swedish women. A prospective 18-year follow-up of the BEDA study. *Diabet Med* 2004; 21: 615-22.
 41. Wulffele MG, Kooy A, Zeeuw D, Stehouwer CD, Gansevoort RT. The effect of metformin on blood pressure, plasma cholesterol and triglycerides in type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *J Intern Med* 2004; 256: 1-14.
 42. Avenell A, Broom J, Brown TJ, Poobalan A, Aucott L, Stearns SC, et al. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Technol Assess* 2004; 8:1-182.
 43. Mogul HR, Peterson SJ, Weinstein BI, Li J, Southren AL. Long-term (2-4 year) weight reduction with metformin plus carbohydrate-modified diet in euglycemic, hyperinsulinemic, midlife women (Syndrome W). *Heart Dis* 2003; 5: 384-92.
 44. Garber AJ. Metformin and vascular protection: a diabetologist's view. *Diabetes Metab* 2003; 29: 6S117-20.
 45. Grupo de Estudio de la Diabetes en la Atención Primaria de Salud (GEDAPS). Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la Atención Primaria. 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2000.
 46. Chena JA. Diabetes Mellitus. Aspectos para educadores. *Novonordisk* 2001 XII
 47. Yamamoto Y, Kato I, Doi T, Yonekura H, Ohashi S, Takeuchi M, et al. Development of prevention of advanced diabetic nephropathy in RAGE-overexpressing mice. *J Clin Invest* 2001; 108: 268-70.

Tabla 1. Porcentaje de registro de variables de proceso

	2.002	2.003	
	%	%	<i>Significación test</i>
			<i>Mac Nemar</i>
HbA1	59,4 %	52,7 %	–
Colesterol total	62,1 %	58 %	–
Colesterol LDL	51,3 %	48,2 %	–
Colesterol HDL	56,3 %	52,2 %	–
Triglicéridos	53,6 %	54 %	–
Determinación de microalbuminuria	22,8 %	36,6 %	< 0,001
IMC	56,3 %	39,7 %	< 0,001
Medición de T.A.	79 %	67 %	< 0,001
Fondo de ojo	35,7 %	32,1 %	–
Examen de pies	15,2 %	9,4 %	–
Determinación hábito tabáquico	79 %	67 %	< 0,001
Determinación autoanálisis	37,9 %	42 %	–

HbA1: hemoglobina glicosidada; LDL: lipoproteína de baja densidad; HDL: lipoproteína de alta densidad; IMC: índice de masa corporal; T.A.: tensión arterial

Tabla 2. Resultado determinación de medias en variables de control

	2.002	2.003		
	M ± DE	M ± DE	t	<i>Significación test</i>
				<i>t- Student</i>
HbA1	6,50 ± 1,36	7,03 ± 1,52	- 3,50	< 0,001
Colesterol total	213,55 ± 42,96	214,29 ± 37,55	- 0,16	–
Colesterol LDL	137,42 ± 30,61	137,93 ± 33,39	- 0,12	–
Colesterol HDL	50,50 ± 13,14	49,84 ± 10,65	0,55	–
Triglicéridos	205,93 ± 215,56	188,75 ± 111,42	0,89	–
IMC	31,99 ± 4,85	32,74 ± 5,95	- 1,46	–
T.A.S.	139,83 ± 13,23	140,83 ± 15,39	- 0,76	–
T.A.D.	78,76 ± 9,29	77,81 ± 9,52	1,26	–

HbA1: hemoglobina glicosidada; LDL: lipoproteína de baja densidad; HDL: lipoproteína de alta densidad; IMC: índice de masa corporal; T.A.S.: tensión arterial sistólica; T.A.D.: tensión arterial diastólica

Tabla 3. Porcentaje de adecuación terapéutica de patologías crónicas asociadas

	2.002	2.003	
	% (N)	% (N)	<i>Significación test Mac Nemar</i>
HTA/Antihipertensivos	49,6 % (111)	54,5% (122)	< 0,01
Microalbuminuria/IECAs- ARA II	2,2 % (3)	1,5 % (2)	–
Dislipemia/Hipolipemiantes	23,7 % (53)	23,2 % (52)	–
Obesidad/Metformina	7,5 % (13)	9,8 % (17)	–
Patología C.V./Antiagregantes	19,2 % (43)	8,9 % (20)	< 0,001

HTA: hipertensión arterial; IECAs: inhibidores enzima convertidota Angiotensina; ARA II: antagonista receptores Angiotensina II C.V.: cardiovascular

Tabla 4. Porcentaje global de resultados intermedios

	2.002	2.003	
	% (N)	% (N)	<i>Significación test Mac Nemar</i>
Adecuado control metabólico (HbA1 < 7 mg/dl)	65,9% (58)	52,3% (46)	< 0.05
Adecuado nivel de T.A. (T.A.S. < 130 y/o T.A.D. < 85)	83,1% (147)	83,1% (147)	–
Adecuado nivel de LDL (LDL < 130 mg/dl)	38,4% (28)	41,1% (30)	–

HbA1: hemoglobina glicosidada; T.A.: tensión arterial; T.A.S.: tensión arterial sistólica; T.A.D.: tensión arterial diastólica
LDL: lipoproteína de baja

Tabla 5. Porcentaje global de resultados finales

	2.002	2.003	
	% (N)	% (N)	<i>Significación test Mac Nemar</i>
Presencia retinopatía	52,2% (24)	41,8% (23)	–
Presencia microalbuminuria	33,3% (15)	17,6% (12)	–
Presencia pie diabético	8,8% (3)	23,8% (5)	–
Complicaciones cardiovasculares	24,1% (54)	24,6% (55)	–

ARTÍCULO ESPECIAL

Malaria: una enfermedad olvidada

CAME (Campaña de acceso a Medicamentos Esenciales) de MSF (Médicos sin Fronteras)

“Esta es un arma de destrucción masiva que no interesa a nadie”

“La malaria mata a casi dos millones de africanos al año, pero existe un medicamento contra esta catástrofe”

MSF declara: “Contra la malaria, es hora de actuar”

La malaria en cifras

Poco conocida en España, la malaria o paludismo es una de las afecciones humanas más mortíferas, que cada año acaba con la vida de entre 1,5 y 2,4 millones de personas, la mitad de las cuales son niños menores de cinco años. Cada día, en África, MSF (Médicos Sin Fronteras) proporciona asistencia a una media de 3.000 enfermos de malaria.

2,300 millones de personas se ven expuestas al riesgo de infección, **es decir, un 40% de la población mundial. Se calcula que la malaria afecta entre 300 y 500 millones de personas cada año y causa entre 1,5 y 2,4 millones de muertes al año.**

• 9 de cada 10 casos se producen en África, y afecta sobre todo a los niños.—El paludismo afecta a más de 100 países, pero un 90% de los casos tiene lugar en el África subsahariana.

La malaria es la causa de entre un 30 y un 50% de los ingresos hospitalarios en el continente africano (fuente: OMS) y la primera causa de muerte entre la población infantil en África. **Se calcula que un niño muere de malaria cada treinta segundos.**

Accesos repetidos de paludismo, frecuentes en las zonas palúdicas, provocan en los niños anemia crónica, desnutrición, retrasos del crecimiento y vulnerabilidad a otras infecciones.

• La primera patología en la lista de las enfermedades que MSF trata en África.—Cada día, en África, MSF tra-

ta una media de 3.000 enfermos de paludismo (cerca de 1.100.000 casos al año). Se calcula que cerca de un 30% de pacientes tratados en nuestros proyectos en este continente están afectados por esta enfermedad, que es moneda corriente en las consultas en África y una emergencia a la que nuestros equipos deben hacer frente a diario.

Actualmente, el número de casos de malaria se ha cuadruplicado y el número de muertes triplicado respecto a los índices registrados en los años 70.

• Un coste económico y social considerable.—Se estima que la malaria provoca la pérdida de 12 mil millones de dólares americanos en el continente negro, así como un punto de crecimiento económico menos por año¹. «Como consecuencia del efecto acumulativo a lo largo de treinta y cinco años, el producto interior bruto de los países africanos es hoy un 32% inferior al que hubieran tenido sin el paludismo», declaraba la OMS durante la Cumbre africana en Abuja, Nigeria, el de 25 abril de 2000, con motivo del lanzamiento de la campaña “Hacer retroceder a la malaria”. Una familia pobre africana puede verse obligada a destinar una cuarta parte de sus ingresos anuales a la prevención y al tratamiento de la malaria.

El África subsahariana, particularmente afectada

Desde hace unos veinte años, el paludismo se ha recrudecido en el África subsahariana. Entre 1982 y 1997, la media anual de casos declarados fue cuatro veces superior respecto al periodo entre 1962 y 1981. Los pocos éxitos conseguidos anteriormente se redujeron a cero por el surgimiento de resistencias a los medicamentos e insecticidas en las zonas de alta transmisión y por la degradación de las infraestructuras sanitarias.

En consecuencia, las muertes se han multiplicado. Aunque desde el año 1900 y hasta principios de los 80 la tasa

Correspondencia: Esperanza Morales Nevado (Médica de MFyC. Miembro del Grupo de Apoyo a Médicos sin Fronteras de Sevilla). Avda. de la Libertad, 58. 41700 Dos Hermanas (Sevilla). Telf: 669 607428. E-mail: familiamm@terra.es

Recibido el 27-10-2004; aceptado para publicación el 04-07-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 2: 41-45



La malaria en el mundo

El paludismo en el mundo. Fuente: OMS

- Blanco: Zonas donde el paludismo ha desaparecido o ha sido erradicado o no ha existido jamás
- Gris claro: Zonas donde el riesgo es limitado
- Gris más oscuro: Zonas de transmisión palúdica

El paludismo en el mundo. El paludismo es endémico en regiones tropicales y subtropicales

de mortalidad se había ido reduciendo de forma regular, en África ésta ha ido aumentando de forma espectacular en el transcurso de las dos últimas décadas.

Con el lanzamiento de su primer día de la malaria en el año 2001, la OMS deseaba que desde entonces hasta año 2005, "un 60% de las personas afectadas de paludismo tuvieran acceso inmediato a un tratamiento adecuado, que un 60% de las mujeres embarazadas tuvieran acceso a un tratamiento preventivo y que un 60% de la población de riesgo utilizase mosquiteras".

La cepa del paludismo más mortal, el *P. falciparum* se ha extendido hoy a nuevas regiones. A finales de 2000 hubo un brote epidémico en las colinas de Burundi, una región africana elevada en la zona de los Grandes Lagos hasta entonces libre de malaria. Se calcula que hubo más de 3,4 millones de casos entre una población de 6,5 millones de habitantes. Nuestros equipos médicos trataron a 700.000 personas. Se estima que el número de muertes ascendió a más de 10.000 durante esta epidemia.

En el Este de África cada estación de lluvias marca el regreso de una punta estacional de paludismo. A finales de

2003 se produjo una nueva epidemia, esta vez en el Sur de Sudán y en Etiopía: en Sudán, en las aldeas más aisladas, nuestros equipos médicos trataron un total de 71.000 personas. En Etiopía, MSF asistió a 29.000 enfermos en East Wollega.

Los problemas en la lucha contra la malaria

Si una cantidad tan elevada de personas resultan infectadas y reinfectadas por la enfermedad, se debe a que los medicamentos que eran eficaces hace treinta años hoy han dejado de serlo. Sin embargo, éstos se utilizan todavía de forma masiva. La investigación acerca del paludismo recibe de 1.000 a 10.000 veces menos financiación que los trabajos de investigación sobre el SIDA.

La gravedad de estas epidemias revela un problema mayor:

- los parásitos responsables del paludismo han desarrollado resistencias a los medicamentos utilizados con más frecuencia;
- numerosos insecticidas resultan ineficaces ante los mosquitos, cada vez más resistentes;

- las medidas preventivas son insuficientes e incluso inaccesibles para la gran mayoría de países afectados;
- respecto a la vacuna, parece que aún queda mucho para que pueda ser utilizada.

Pérdida de eficacia de la cloroquina: desde los años 50, la cloroquina (Nivaquina[®], primer antipalúdico) fue un arma muy eficaz. Pero su uso sin ningún tipo de control ha favorecido la emergencia de cepas resistentes al parásito. Según la OMS, un tratamiento es eficaz si la tasa de fracaso es inferior al 5%. Si sobrepasa el 25%, hay que cambiar de protocolo. Hoy, ésta es precisamente la tasa alcanzada por la gran mayoría de países africanos afectados por el paludismo en lo que se refiere a la cloroquina. Y sin embargo, continúa recetándose la cloroquina aunque se haya comprobado que ya no funciona en un 80% de los casos: *“Por lo menos 200 estudios muestran la ineficacia de la cloroquina”*, afirmaba Bernard Pécoul, director de la Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales, MSF en el informe *“Actuar Ahora”* publicado por MSF en abril de 2003.

Los otros antipalúdicos habitualmente prescritos. En muchos de los países donde se utilizan, el Fansidar[®] y la amodiaquina también topan con resistencias. La sulfadoxina-pirimetamina (SP Fansidar[®]) ha sido utilizada para contrarrestar las resistencias a la cloroquina, y resultó eficaz durante cinco años justo cuando surgió una resistencia a la SP.

Las mosquiteras impregnadas han suscitado entusiasmo durante años, hoy en día mitigado por problemas de coste (a razón de 3 a 4 dólares, las mosquiteras impregnadas de insecticida se encuentran fuera del alcance de la mayoría de africanos). Son además difíciles de colocar desde un punto de vista logístico y han aparecido también resistencias a los insecticidas. En estos momentos, las mosquiteras impregnadas son utilizadas por menos de un 5% de las personas en “riesgo” (mujeres embarazadas y niños menores de cinco años en el África subsahariana). Además, todas las estrategias de control del paludismo basadas en la prevención están condenadas al fracaso si no parten de un tratamiento eficaz y medidas de erradicación del vector y del parásito.

Actualmente, no existe una vacuna contra la malaria. Desde 1998, unas cuarenta vacunas han sido objeto de investigaciones y en la actualidad más de doce prototipos de vacunas están siendo estudiadas y algunas de ellas incluso han llegado a su fase de ensayo clínico: las vacunas a partir de antígenos del parásito susceptibles de implicar una inmunidad humoral (los anticuerpos) y vacunas a partir del ADN del parásito. Si al descifrar el genoma completo del parásito y del mosquito se abren

nuevas vías, los investigadores estiman que los resultados serán difícilmente implementados antes de unos quince años. Hay pues que continuar arreglándoselas sin ellas, siendo en el tratamiento donde reside el principal desafío.

ACT: El tratamiento más eficaz en la actualidad

Sin embargo, ante el paludismo no estamos desarmados. *“Las madres africanas ignoran que sus hijos mueren de una enfermedad curable y que los donantes podrían elegir financiar un tratamiento eficaz que podría salvarles”*, ha declarado Nick White². Este tratamiento, ACT, *Artemisinin-based combination therapy* (o TCA, combinaciones a base de artemisinina) es el único que actualmente resulta eficaz contra la malaria en muchas regiones de África.

La eficacia de la artemisinina, originaria de una planta china, ha sido ampliamente probada en otros continentes como Asia. Estudios efectuados en numerosos países endémicos (2 millones de casos tratados) demuestran su eficacia, su fácil administración (inyectable o por vía oral en una sola dosis diaria), y la ausencia de efectos secundarios y de resistencias. Elimina con gran rapidez los parásitos presentes en la sangre y es, por lo tanto, una garantía de éxito en fase epidémica pues “rompe” la cadena de transmisión epidémica.

Para aumentar su efecto, pero también para retardar la aparición de resistencias, se administra en asociación con otra molécula, SP, amodiaquina o mefloquina: son las ACT, combinaciones terapéuticas. La débil parasitemia restante, gracias al efecto de la artemisinina, es eliminada por el segundo antipalúdico de acción más prolongada.

Para limitar la aparición de resistencias, y también para reducir costes, resulta indispensable mejorar el diagnóstico del paludismo, procediendo a análisis de laboratorio: su uso permite un diagnóstico preciso y, por tanto, tratar únicamente a personas afectadas por la malaria, lo que disminuye en casi un 50% el número de casos que necesitan tratamiento. Por regla general, hoy el diagnóstico se realiza sobre todo basándose en signos clínicos (fiebre, cansancio, vómitos) demasiado imprecisos, lo que hace que se administren antipalúdicos a personas que no padecen de malaria.

Un tratamiento recomendado por la OMS

En 2002, la OMS publicó una recomendación clara sobre la necesidad de utilizar las ACT en los países afectados por las resistencias a los antipalúdicos tradicionales. *“La OMS, siguiendo el consejo de expertos internacionales, recomienda la introducción de politerapias para sustituir las monoterapias en el tratamiento del paludismo... La OMS preconiza en par-*

ricular el recurso a combinaciones de medicamentos que contengan derivados de la artemisinina – ACT³.

Un medicamento todavía caro

Producido en pequeñas cantidades, este medicamento es más caro que la cloroquina. Un tratamiento de primera línea, cloroquina o SP, cuesta actualmente entre 0,2 y 0,5 dólares mientras que un tratamiento ACT oscila entre 1,2 y 2,4 dólares (para MSF: 1 dólar + 0,5 centavos de dólar para el análisis rápido), es decir, de cinco a seis veces más caro que los tratamientos tradicionales pero... obsoletos. Para muchos pacientes, esta diferencia es el precio entre la vida y la muerte. Y un precio que, por desgracia, muy pocas personas en África pueden pagar. Sólo una fabricación a gran escala podrá hacer que los precios se reduzcan de forma significativa.

El compromiso de MSF para pasar a la ACT

A fin de garantizar el tratamiento adecuado en contextos en los que se han desarrollado resistencias a tratamientos arcaicos, MSF decidió en el año 2001 introducir sistemáticamente las ACT como tratamiento de primera línea para todos los enfermos afectados de malaria. Este cambio de política reside en la constatación de las farmacoresistencias en África y en la experiencia adquirida respecto al uso de las ACT en los países asiáticos (Tailandia, Camboya, Birmania, Pakistán, Afganistán).

MSF ofrece su apoyo a los países africanos que quieran aplicar las ACT, como es el caso de Burundi y de Liberia.

La Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales (CAME) lucha para que los países africanos elijan medicamentos eficaces y los incluyan en sus protocolos nacionales, para que los donadores financien estos tratamientos y para que las industrias farmacéuticas aumenten la producción, reduzcan los precios de los tratamientos y desarrollen nuevas moléculas. Con los medicamentos en estudio, es muy probable que no haya ninguna nueva molécula disponible en los países con elevada prevalencia en los próximos diez años. El apoyo político y económico a la I+D para nuevos antipalúdicos resulta por lo tanto fundamental.

Además, MSF aporta su apoyo a la DNDi (Iniciativa para medicamentos para enfermedades olvidadas, por sus siglas en inglés) que estimula la investigación de combinaciones de artesunato + amodiaquina.

Conflictos con las autoridades sanitarias

En numerosos países, sin embargo, los equipos de MSF tienen dificultad para ofrecer a sus pacientes tratamien-

tos eficaces. Algunas autoridades sanitarias se resisten a introducir tratamientos más caros, producidos en cantidades insuficientes, como protocolo de tratamiento de primera línea en las estructuras de salud pública o incluso a utilizarlos cuando se producen epidemias, mientras todos los enfermos no tengan acceso a ellos. Las terapias oficiales favorecen soluciones menos caras, a expensas de la eficacia. Superando un imperativo ético-médico, nuestros médicos a menudo se ven obligados a importar y prescribir estos medicamentos fuera del marco legal nacional, porque en los países donde trabajan no se les autoriza a ello. ¡Una solución absurda, que nos obliga a pelear para poder tratar a nuestros pacientes!

Los países que han adoptado las ACT

En los países asiáticos donde se han adoptado las ACT, la malaria ha experimentado ya un espectacular retroceso. Entre los países africanos, Malawi, Kenia, Botswana, Zambia, la provincia de Kwazulu-Natal en Sudáfrica, Burundi y Zanzíbar en Tanzania han adoptado las ACT. Liberia acaba de cambiar su protocolo a favor de la ACT, al igual que Sierra Leona. Asimismo, se han decidido a ello otros países como Camerún, Ghana, Sao Tomé, las Comores y Guinea Ecuatorial.

En otros países, el tema ya se ha puesto sobre la mesa, entre ellos Sudán y Etiopía, donde hubo epidemias en el año 2003, Senegal y Mozambique.

Acabar con los obstáculos políticos y económicos

Normalmente se arguye la necesidad de más fondos como excusa para justificar las reticencias a pasar a las ACT. Mientras que en realidad se trata de una falta de voluntad política: una producción insuficiente, la falta de presión sobre las industrias farmacéuticas para que aumenten la producción, lo que haría bajar los precios, y la resistencia por parte de los gobiernos africanos a eliminar medicamentos ineficaces pero baratos de sus protocolos de tratamiento nacionales.

Los donantes deben estimular y apoyar a estos países para que pongan en marcha nuevos protocolos y puedan así asegurar el coste añadido: el Fondo Global, creado por las Naciones Unidas para luchar contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, ha declarado recientemente que de ahora en adelante no va a financiar medicamentos inútiles. El coste global de estos cambios debe medirse en comparación con el coste global de la malaria en términos de vidas humanas y socio-económicas. Como lo demostraba un alto funcionario de salud de KwaZulu Natal⁴ *“Si el tratamiento de la malaria resulta más caro, el coste suplementario debe ponerse en una balanza con el aumento de los costes so-*



ciales. Si no hubiésemos cambiado nuestra política, nos habiéramos visto atrapados en un círculo vicioso: el paludismo se hubiera agravado, hubiera causado más víctimas, los medios de comunicación hubieran hablado de ello, el turismo hubiera sufrido las consecuencias y hubiera habido menos dinero en el sistema y menos dinero disponible para los servicios de salud”.

El ejemplo de Burundi

Un estudio realizado en enero de 2002 por MSF⁵ mostraba que el cambio de protocolo a favor de las ACT se cifraba en 1,6 millones de dólares al año, sobre la base de 2 millones de casos al año en el país. 1,6 millones de dólares a los que hay que añadir el coste de los análisis de diagnóstico rápido (0,50 dólares unidad).

El ejemplo de Kwazulu-Natal (Sudáfrica)

La introducción de las TCA en la provincia de Kwazulu-Natal en Sudáfrica desde febrero de 2001, junto con el refuerzo de la lucha antivectorial ha conllevado un retroceso espectacular de la enfermedad: de 41.786 casos en 2000 a 9.443 en 2001 (es decir que se ha reducido más de un 78%). Los ingresos en los hospitales por paludismo han disminuido en un 82% así como el número de muertes en un 87% en este mismo periodo.

Recomendaciones

- Hay que convencer a los países africanos para que autoricen a los equipos médicos in situ a que adopten la TCA para tratar correctamente a los enfermos.
- Hay que convencerles para que cambien su protocolo de tratamiento,
- Hay que conseguir reducir los precios de estos tratamientos y ponerlos al alcance de los países pobres
- Hay que convencer a los donantes públicos para que financien estos tratamientos.

En la actualidad, son los donantes privados quienes nos permiten proporcionar tratamientos eficaces a los 3.000 enfermos que tratamos cada día. Hoy, debido a la falta de voluntad política para pasar a la ACT, el paludismo acaba con la vida de dos millones de personas cada año.

Notas

- 1 Fuente OMS, *Communicable diseases* 2002, p. 176.
- 2 Nick White, presidente del Wellcome Trust Southern Asian Tropical Medicine Research Units y profesor de medicina tropical – Universidad de Oxford
- 3 OMS, comunicado, febrero 2002
- 4 Informe de evaluación de la terapia antipalúdica combinada en el sudeste africano, febrero de 2002.
- 5 Nuevos protocolos nacionales para el tratamiento del paludismo en África – estudios de caso: Burundi, Kenia, Ruanda, Tanzania y Uganda. MSF, enero de 2002.

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de septiembre a 31 de diciembre de 2004)

Alonso Morales F, Álvarez Rico F, Gálvez Alcaraz L, Guerrero García FJ, Manteca González A.

Médicos de familia

Los artículos, publicados entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2004, 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.

Reig B, Bisbal E, Sanfelix J, Pereiro I, Esparza MJ, Martín RM. Evaluación de la calidad del documento de interconsulta. ¿Influye la adecuada cumplimentación del médico de familia en la respuesta que obtiene del especialista? *Aten Primaria* 2004; 34: 300-305 [T,I]

Phillips WR. Questioning the Future of Family Medicine. *Fam Med* 2004; 36: 664-665 [AO,I]

Wilson E, Grumbach K, Huebner J, Agrawal J, Bindman AB. Medical student, physician, and public perceptions of health care disparities. *Fam Med* 2004; 36: 715-721 [T,I]

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

Ornstein S, Jenkins R, Nietert P, Feifer C, Roylance L, Nemeth L, et al. A multimethod quality improvement intervention to improve preven-

tive cardiovascular care. A cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2004; 141: 523-532 [EC,I]

DeBusk R, Houston N, Parker K, Bandura A, Kraemer H, Cher D, et al. Care management for low-risk patients with heart failure. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004; 141: 606-613 [EC,I]

Lee V, Rhew D, Dylan M, Badamgarav E, Braunstein G, Weingarten S. Meta-analysis: angiotensin-receptor blockers in chronic heart failure and high-risk acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 2004; 141: 693-704 [M,I]

Wei L, MacDonald T, Walker B. Taking glucocorticoids by prescription is associated with subsequent cardiovascular disease. *Ann Intern Med* 2004; 141: 764-770 [S,I]

García-Lizana FR, Sarria-Santamera A, Gol-Freixa J. Anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular crónica: ¿cuándo indicarla? *Aten Primaria* 2004; 34: 374-378 [R,III]

Lobos JM, Brotons C. Nuevas estrategias en la prevención cardiovascular: la importancia del consenso. *Aten Primaria* 2004; 34: 389-391 [AO,I]

Clua JL, Dalmau MR, Aguilar C. Características del tratamiento anticoagulante oral en la fibrilación auricular crónica de alto riesgo. *Aten Primaria* 2004; 34: 414-419 [T,I]

Brotons C, Royo-Bordonada MA, Álvarez-Sala L, Armario P, Artigao R, Conthe P, et al. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. *Aten Primaria* 2004; 34: 427-432 [R,III]

De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Tercer Grupo de Trabajo de las Sociedades Europeas y otras Sociedades Sobre la Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica (y II) *Aten Primaria* 2004; 34: 484-492 [R,III]

Mantilla T, Alonso R, Mata P. Diagnóstico y tratamiento de las hiperlipemias familiares. *Aten Primaria* 2004; 34: 557-564 [R,II]

Ogilvie D, Egan M, Hamilton V, Petticrew M. Promoting walking and cycling as an alternative to using cars: systematic review. *BMJ* 2004; 329: 763-767 [M,I]

Strippoli H, Craig M, Deeks J, Schena F, Craig J. Effects of angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor antagonists on mortality and renal outcomes in diabetic nephropathy: systematic review. *BMJ* 2004; 329: 828-831 [M,I]

Tsuchiya M, Suzuki E, Egawa K, Nishio Y, Maegawa H, Inoue S, et al. Stiffness and impaired blood flow in lower-leg arteries are associated with severity of coronary artery calcification among asymptomatic type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 2004; 27: 2409-2415 [T,I]

Tapsell LC, Gillen LJ, Patch CS, Batterham M, Owen A, Bare M, et al. Including walnuts in a low-fat/modified-fat diet improves HDL cho-

- lesterol-to-total cholesterol ratios in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 2777-2783 [EC,I]
- Leibson CL, Ransom JE, Olson W, Zimmerman BR, O'fallon WM, Palumbo PJ. Peripheral arterial disease, diabetes, and mortality. *Diabetes Care* 2004; 27: 2843-2849 [S,II]
- Juutilainen A, Kortelainen S, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Gender difference in the impact of type 2 diabetes on coronary heart disease risk. *Diabetes Care* 2004; 27: 2898-2904 [S,II]
- Kuchulakanti P, Waksman R. Therapeutic potential of oral antiproliferative agents in the prevention of coronary restenosis. *Drugs* 2004; 64: 2379-2388 [R,I]
- Unger T, McInnes GT, Neutel JM, Bohm M. The role of olmesartan medoxomil in the management of hypertension. *Drugs* 2004; 64: 2731-2739 [R,I]
- Boriani G, Diemberger I, Biffi M, Martignani C, Branzi A. Pharmacological cardioversion of atrial fibrillation: current management and treatment options. *Drugs* 2004; 64: 2741-2762 [R,II]
- Diaz VA, Mainous AG 3rd, Koopman RJ, Geesey ME. Undiagnosed obesity: implications for undiagnosed hypertension, diabetes, and hypercholesterolemia. *Fam Med* 2004; 36: 639-644 [T,I]
- Mihalynuk TV, Knopp RH, Scott CS, Coombs JB. Physician informational needs in providing nutritional guidance to patients. *Fam Med* 2004; 36: 722-726 [T,I]
- Sabés R. Análisis de la relación coste-efectividad de la acarbose en el tratamiento de pacientes con intolerancia a la glucosa. *Gac Sanit* 2004; 18: 431-439 [T,I]
- López MJ, Nebot M, Salles J, Serrahima E, Centrich F, Juárez O, et al. Medición de la exposición al humo ambiental de tabaco en centros de enseñanza, centros sanitarios, medios de transporte y lugares de ocio. *Gac Sanit* 2004; 18: 451-457 [T,I]
- Daviglus ML, Stamler J, Pirzada A, Yan LL, Garside DB, Liu K, et al. Favorable cardiovascular risk profile in young women and long-term risk of cardiovascular and all-cause mortality. *JAMA* 2004; 292: 1588-1592 [S,I]
- Tran H, and Anand SS. Oral antiplatelet therapy in cerebrovascular disease, coronary artery disease, and peripheral arterial disease. *JAMA* 2004; 292: 1867-1874 [M,II]
- Nissen SE, Tuzcu EM, Libby P, Thompson PD, Ghali M, Garza D, et al. Effect of antihypertensive agents on cardiovascular events in patients with coronary disease and normal blood pressure: the CAMLOT study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 2217-2225 [EC,I]
- Bakris GL, Fonseca V, Katholi RE, McGill JB, Messerli FH, Phillips RA, et al. Metabolic effects of carvedilol vs metoprolol in patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 2227-2236 [EC,I]
- Okin PM, Devereux RB, Jern S, Kjeldsen SE, Julius S, Nieminen MS, et al. Regression of electrocardiographic left ventricular hypertrophy during antihypertensive treatment and the prediction of major cardiovascular events. *JAMA* 2004; 292: 2343-2349 [EC,II]
- Devereux RB, Wachtell K, Gerds E, Boman K, Nieminen MS, Papademetriou V, et al. Prognostic significance of left ventricular mass change during treatment of hypertension. *JAMA* 2004; 292: 2350-2356 [S,I]
- Wang TJ, Parise H, Levy D, D'Agostino RB Sr, Wolf PA, Vasan RS, Benjamin EJ. Obesity and the risk of new-onset atrial fibrillation. *JAMA* 2004; 292: 2471-2477 [S,II]
- Pereira MA, Swain J, Goldfine AB, Rifai N, and Ludwig DS. Effects of a low-glycemic load diet on resting energy expenditure and heart disease risk factors during weight loss. *JAMA* 2004; 292: 2482-2490 [EC,I]
- Huxley R, Owen CG, Whincup PH, Cook DG, Colman S, and Collins R. Birth weight and subsequent cholesterol levels: exploration of the "fetal origins" hypothesis. *JAMA* 2004; 292: 2755-2764 [M,II]
- Wassertheil-Smoller S, Psaty B, Greenland P, Oberman A, Kotchen T, Mouton C, et al. Association between cardiovascular outcomes and antihypertensive drug treatment in older women. *JAMA* 2004; 292: 2849-2859 [S,I]
- Gollapudi RR, Teirstein PS, Stevenson DD, Simon RA. Aspirin sensitivity: implications for patients with coronary artery disease. *JAMA* 2004; 292: 3017-3023 [M,II]
- Agusti A, Danes I. Modificación del efecto antiagregante del ácido acetilsalicílico por los fármacos antiinflamatorios no esteroideos. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 433-435 [R,I]
- Rodilla E, García L, Merino C, Costa JA, Gonzalez C, Pascual JM. Importancia del síndrome metabólico en el control de la presión arterial y de la dislipemia. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 601-605 [T,II]
- Gualar-Castillon P, Santa-Olalla P, Banegas JR, López E, Rodríguez-Artalejo F. Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 606-610 [T,II]
- Barruco M, Jiménez C, Palomo L, Torrecilla M, Romero P, Riesco JA. Abstinencia puntual y continuada con el tratamiento farmacológico del tabaquismo en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 652-656 [S,I]
- Maiques A, Anton F, Franch M, Albert X, Aleixandre E, Collado A. Riesgo cardiovascular del SCORE comparado con el de Framingham. Consecuencias del cambio propuesto por las Sociedades Europeas. *Med Clin (Barc)* 2004; 1123: 681-685 [T,II]
- Aranceta J, Pérez C, Foz M, Mantilla T, Serra L, Moreno B, et al. Grupo Colaborativo para el estudio DORICA fase 2. Tablas de evaluación del riesgo coronario adaptadas a la población española. Estudio DORICA. *Med Clin (Barc)* 2004; 1123: 686-691 [T,II]
- Martín-Castillo F, Ayuga A, Perulero N, Barea N. Estudio PRELOVAS. Adherencia al tratamiento con lovastatina en la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. Estudio PRELOVAS. *Med Clin (Barc)* 2004; 1123: 692-696 [S,I]
- Masana Marín L. Cálculo del riesgo cardiovascular global. ¿Una utopía? *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 702-703 [AO,II]
- Luque M, Martell N. Hipertensión arterial y síndrome metabólico. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 707-711 [R,II]
- Benet M, Apollinaire JJ. Hiperreactividad cardiovascular en pacientes con antecedentes familiares de hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 726-730 [T,II]
- Gómez E, Sierra C, Coca A, Pare JC, De la Sierra A. Hipertrofia ventricular izquierda y variabilidad de la presión arterial en la hipertensión arterial esencial. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 731-734 [T,II]
- Peters A, Von Klot S, Heier M, Trentinaglia I, Hörmann A, Wichmann HE, et al. Exposure to traffic and the onset of myocardial infarction. *N Engl J Med* 2004; 351: 1721-1730 [CC,I]
- Pai JK, Pischon T, Ma J, Manson JE, Hankinson SE, Joshipura K, et al. Inflammatory markers and the risk of coronary heart disease in men and women. *N Engl J Med* 2004; 351: 2599-2610 [S,II]
- Smeeth L, Thomas SL, Hall AJ, Hubbard R, Farrington P, Vallance P. Risk of myocardial infarction and stroke after acute infection or vaccination. *N Engl J Med* 2004; 351: 2611-2618 [CC,II]
- Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Boucharde C, Carlsson B, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004; 351: 2683-2693 [CC,S,I]
- Hu FB, Willett WC, Li T, Stampfer MJ, Colditz GA, Manson JE. Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among women. *N Engl J Med* 2004; 351: 2694-2703 [S,I]

Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. A descriptive epidemiological study. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 202-208 [T,I]

Bog-Hansen E, Merlo J, Gullberg B, Melander A, Rastam L, Lindblad U. Survival in patients with hypertension treated in primary care. A population-based follow-up study in the Skaraborg Hypertension and Diabetes Project. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 222-227 [CC,I]

DIABETES.

Hollander PA, Blonde L, Rowe R, Mehta AE, Milburn JL, Hershon KS, et al. Efficacy and safety of inhaled insulin (exubera) compared with subcutaneous insulin therapy in patients with type 2 diabetes: results of a 6-month, randomized, comparative trial. *Diabetes Care* 2004; 27: 2356-2362 [EC,I]

Tsuchiya M, Suzuki E, Egawa K, Nishio Y, Maegawa H, Inoue S, et al. Stiffness and impaired blood flow in lower-leg arteries are associated with severity of coronary artery calcification among asymptomatic type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 2004; 27: 2409-2415 [T,I]

Padwal R, Mamdani M, Alter DA, Hux JE, Rothwell DM, Tu K, et al. Antihypertensive therapy and incidence of type 2 diabetes in an elderly cohort. *Diabetes Care* 2004; 27: 2458-2463 [S,I]

Piche ME, Arcand-Bosse JF, Despres JP, Perusse L, Lemieux S, Weisnagel SJ. What is a normal glucose value? Differences in indexes of plasma glucose homeostasis in subjects with normal fasting glucose. *Diabetes Care* 2004; 27: 2470-2477 [T,I]

Oliva J, Lobo F, Molina B, Monereo S. Direct health care costs of diabetic patients in Spain. *Diabetes Care* 2004; 27: 2616-2621 [T,II]

Quattrin T, Belanger A, Bohannon NJ, Schwartz SL. Exubera Phase III Study Group. Efficacy and safety of inhaled insulin (Exubera) compared with subcutaneous insulin therapy in patients with type 1 diabetes: results of a 6-month, randomized, comparative trial. *Diabetes Care* 2004; 27: 2622-2627 [EC,II]

Wasen E, Isoaho R, Mattila K, Vahlberg T, Kivela SL, Irljala K. Renal impairment associated with diabetes in the elderly. *Diabetes Care* 2004; 27: 2648-2653 [T,I]

Tapsell LC, Gillen LJ, Patch CS, Batterham M, Owen A, Bare M, et al. Including walnuts in a low-fat/modified-fat diet improves HDL cholesterol-to-total cholesterol ratios in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 2777-2783 [EC,I]

Tan HH, McAlpine RR, James P, Thompson P, McMurdo ME, Morris AD, et al. Diagnosis of type 2 diabetes at an older age: effect on mortality in men and women. *Diabetes Care* 2004; 27: 2797-2799. [S,II]

Lepercq J, Coste J, Theau A, Dubois-Laforgue D, Timsit J. Factors associated with preterm delivery in women with type 1 diabetes: a cohort study. *Diabetes Care* 2004; 27: 2824-2828 [S,I]

Leibson CL, Ransom JE, Olson W, Zimmerman BR, O'fallon WM, Palumbo PJ. Peripheral arterial disease, diabetes, and mortality. *Diabetes Care* 2004; 27: 2843-2849 [S,II]

Juutilainen A, Kortelainen S, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Gender difference in the impact of type 2 diabetes on coronary heart disease risk. *Diabetes Care* 2004; 27: 2898-2904 [S,II]

Low PA, Benrud-Larson LM, Sletten DM, Opfer-Gehrking TL, Weigand SD, O'Brien PC, et al. Autonomic symptoms and diabetic neuropathy: a population-based study. *Diabetes Care* 2004; 27: 2942-2947 [CC,I]

Scheen AJ. Prevention of type 2 diabetes mellitus through inhibition of the Renin-Angiotensin system. *Drugs* 2004; 64: 2537-2565 [R,II]

Basu A, Ryder RE. New treatment options for erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus. *Drugs* 2004; 64: 2667-2688 [R,I]

Diaz VA, Mainous AG 3rd, Koopman RJ, Geesey ME. Undiagnosed obesity: implications for undiagnosed hypertension, diabetes, and hypercholesterolemia. *Fam Med* 2004; 36: 639-644 [T,I]

Sabes R. Análisis de la relación coste-efectividad de la acarbose en el tratamiento de pacientes con intolerancia a la glucosa. *Gac Sanit* 2004; 18: 431-439 [T,I]

Fox CS, Coady S, Sorlie PD, Levy D, Meigs JB, D'Agostino RB Sr, et al. Trends in cardiovascular complications of diabetes. *JAMA* 2004; 292: 2495-2499 [S,II]

Ruggenenti P, Fassi A, Ilieva AP, Bruno S, Iliev IP, Brusegan V, et al. Preventing microalbuminuria in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2004; 351: 1941-1951 [EC,II]

Barnett AH, Bain SC, Bouter P, Karlberg B, Madsbad S, Jervell J, et al. Angiotensin-receptor blockade versus converting-enzyme inhibition in type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med* 2004; 351: 1952-1961 [EC,II]

Hofman PL, Regan F, Jackson WE, Jefferies C, Knight DB, Robinson EM, et al. Premature birth and later insulin resistance. *N Engl J Med* 2004; 351: 2179-2186. A correction has been published: *N Engl J Med* 2004; 351: 2888 [S,II]

Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. A descriptive epidemiological study. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 202-208 [T,I]

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

Stulberg DL, Crandell B, Fawcett RS. Diagnosis and treatment of basal cell and squamous cell carcinomas. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1481-1488 [R,II]

Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, Friedman RJ, McCarthy WH, Osman I, et al. Early diagnosis of cutaneous melanoma: revisiting the ABCD criteria. *JAMA*. 2004; 292: 2771-2776 [M,I]

De Kraker J, Graf N, Tinteren H, Pein F, Sandstedt B, Godzinski J, et al. Reduction of postoperative chemotherapy in children with stage I intermediate-risk and anaplastic Wilms' tumour (SIOP 93-01 trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 1229-1235 [EC,II]

Homs MYV, Steyerberg EW, Eijkenboom WMH, Tilanus HW, Stalpers LJA, Bartelsman JFWM, et al. Single-dose brachytherapy versus metal stent placement for the palliation of dysphagia from oesophageal cancer: multicentre randomised trial. *Lancet* 2004; 364: 1497-1504 [EC,I]

Smeets NWJ, Krekels GAM, Ostertag JU, Essers BAB, Dirksen CD, Nieman FHM, et al. Surgical excision vs Mohs' micrographic surgery for basal-cell carcinoma of the face: randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 1766-1772 [EC,I]

Steliarova-Foucher E, Stiller C, Kaatsch P, Berrino F, Coebergh JW, Lacour B, et al. Geographical patterns and time trends of cancer incidence and survival among children and adolescents in Europe since the 1970s (the ACCIS project): an epidemiological study. *Lancet* 2004; 364: 2097-2105 [T,II]

Tannock IF, De Wit R, Berry WR, Horti J, Pluzanska A, Chi KN, et al. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. *N Engl J Med* 2004; 351:1502-1512 [EC,I].

Petrylak DP, Tangen CM, Hussain MHA, Lara PN, Jones JA, Taplin ME, et al. Docetaxel and estramustine compared with mitoxantrone and prednisone for advanced refractory prostate cancer. *N Engl J Med* 2004; 351: 1513-1520 [EC,I].

- Sauer R, Becker H, Hohenberger W, Rödel C, Wittekind C, Fietkau R, et al. Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *N Engl J Med* 2004; 351: 1731-1740 [EC,I].
- Dave SS, Wright G, Tan B, Rosenwald A, Gascoyne RD, Chan WC, et al. Prediction of survival in follicular lymphoma based on molecular features of tumor-infiltrating immune cells. *N Engl J Med* 2004; 351: 2159-2169 [S,I].
- Rose PG, Nerenstone S, Brady MF, Clarke-Pearson D, Olt G, Rubin SC, et al. Secondary surgical cytoreduction for advanced ovarian carcinoma. *N Engl J Med* 2004; 351: 2489-2497 [EC,I].
- Paik S, Shak S, Tang G, Kim C, Baker J, Cronin M, et al. A multigene assay to predict recurrence of tamoxifen-treated, node-negative breast cancer. *N Engl J Med* 2004; 351: 2817-2826 [S,I].
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Ebell MH. Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1279-1287 [R,II].
- Furman CD, Rayner AV, Tobin EP. Pneumonia in older residents of long-term care facilities. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1495-1500 [R,II].
- Scheid DC, Hamm RM. Acute bacterial rhinosinusitis in adults: Part I. Evaluation. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1685-1692 [R,II].
- Scheid DC, Hamm RM. Acute bacterial rhinosinusitis in adults: Part II. Treatment. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1697-1704 [R,II].
- Lynch DM. Cranberry for prevention of urinary tract infections. *Am Fam Physician* 2004; 70:2175-2177 [R,I].
- Keating GM, Scott LJ. Moxifloxacin: a review of its use in the management of bacterial infections. *Drugs* 2004; 64: 2347-2377 [R,I].
- Martín JC. Infecciones urinarias complicadas: revisión y tratamiento. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 137-144 [R,I].
- Laheij RJ, Sturkenboom MC, Hassing RJ, Dieleman J, Stricker BH, Jansen JB. Risk of community-acquired pneumonia and use of gastric acid-suppressive drugs. *JAMA* 2004; 292: 1955-1960 [CC,II].
- Voordouw AC, Sturkenboom MC, Dieleman JP, Stijnen T, Smith DJ, Van Der Lei J, et al. Annual revaccination against influenza and mortality risk in community-dwelling elderly persons. *JAMA* 2004; 292: 2089-2095 [S,I].
- Haber P, DeStefano F, Angulo FJ, Iskander J, Shadomy SV, Weintraub E, et al. Guillain-Barre syndrome following influenza vaccination. *JAMA* 2004; 292: 2478-2481 [T,II].
- De Wals P, Deceuninck G, Boulianne N, De Serres G. Effectiveness of a mass immunization campaign using serogroup C meningococcal conjugate vaccine. *JAMA* 2004; 292: 2491-2494 [S,II].
- Jindani A, Nunn AJ, Enarson DA. Two 8-month regimens of chemotherapy for treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis: international multicentre randomised trial. *Lancet* 2004; 364: 1244-1251 [EC,I].
- Alonso PL, Sacarlal J, Aponte JJ, Leach A, Macete E, Milman J, et al. Efficacy of the RTS,S/AS02A vaccine against Plasmodium falciparum infection and disease in young African children: randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 1411-1420 [EC,II].
- Harper DM, Franco EL, Wheeler C, Ferris DG, Jenkins D, Schuid A, et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 1757-1765 [EC,I].
- Staedke SG, Mpimbaza A, Kanya MR, Nzarubara BK, Dorsey G, Rosenthal PJ. Combination treatments for uncomplicated falciparum malaria in Kampala, Uganda: randomised clinical trial. *Lancet* 2004; 364: 1950-1957 [EC,I].
- Ozolins M, Eady EA, Avery AJ, Cunliffe WJ, Li Wan Po A, O'Neill C, et al. Comparison of five antimicrobial regimens for treatment of mild to moderate inflammatory facial acne vulgaris in the community: randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 2188-2195 [EC,II].
- Liebeschuetz S, Bamber S, Ewer K, Deeks J, Pathan AA, Lalvani A. Diagnosis of tuberculosis in South African children with a T-cell-based assay: a prospective cohort study. *Lancet* 2004; 364: 2196-2203 [S,I].
- Breiman RF, Streatfield PK, Phelan M, Shifa N, Rashid M, Yunus M. Effect of infant immunisation on childhood mortality in rural Bangladesh: analysis of health and demographic surveillance data. *Lancet* 2004; 364: 2204-2211 [S,I].
- Thwaites GE, Bang ND, Dung NH, Quy HT, Oanh DTT, Thoa NTC, et al. Dexamethasone for the treatment of tuberculous meningitis in adolescents and adults. *N Engl J Med* 2004; 351: 1741-1751 [EC,II].
- Van de Beek D, De Gans J, Spanjaard L, Weisfelt M, Reitsma J, Vermeulen M. Clinical features and prognostic factors in adults with bacterial meningitis. *N Engl J Med* 2004; 351:1849-1859. A correction has been published: *N Engl J Med* 2005; 352: 950 [S,II].
- Solomon AW, Holland MJ, Alexander NDE, Massae PA, Aguirre A, Natividad-Sancho A, et al. Mass treatment with single-dose azithromycin for trachoma. *N Engl J Med* 2004; 351: 1962-1971 [S,I].
- Belshe RB, Newman FK, Cannon J, Duane C, Treanor J, Van Hoecke C, et al. Serum antibody responses after intradermal vaccination against influenza. *N Engl J Med* 2004; 351: 2286-2294 [QE,I].
- ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA.**
- Molina J. Espirometría en atención primaria. Una necesidad inexcusable. *Aten Primaria* 2004; 34: 333-335 [AO,II].
- Grupo de Trabajo-Conferencia de Consenso sobre EPOC. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Aten Primaria* 2004; 34: 366-367 [R,II].
- Israel E, Chinchilli VM, Ford JG, Boushey HA, Cherniack R, Craig TJ, et al. Use of regularly scheduled albuterol treatment in asthma: genotype-stratified, randomised, placebo-controlled cross-over trial. *Lancet* 2004; 364: 1505-1512 [EC,I].
- SALUD MENTAL.** Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).
- Ward RK. Assessment and management of personality disorders. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1505-1512 [R,II].
- Vinkers D, Gussekloo J, Stek M, Westendorp R, Mast R. Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: prospective population based study. *BMJ* 2004; 329: 881-883 [S,I].
- McKenzie K, Patel V, Araya R. Learning from low income countries: mental health. *BMJ* 2004; 329: 1138-1140 [AO,I].
- Man W, Polkey M, Donaldson N, Gray B, Moxham J. Community pulmonary rehabilitation after hospitalisation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: randomised controlled study. *BMJ* 2004; 329: 1209-1211 [EC,I].
- Van Ameringen M, Mancini C, Pipe B, Bennett M. Antiepileptic drugs in the treatment of anxiety disorders: role in therapy. *Drugs* 2004; 64: 2199-2220 [R,I].
- McCormack PL, Wiseman LR. Olanzapine: a review of its use in the management of bipolar I disorder. *Drugs* 2004; 64: 2709-2726 [R,I].
- Yaffe K, Kanaya A, Lindquist K, Simonsick EM, Harris T, Shorr RI, et al. The metabolic syndrome, inflammation, and risk of cognitive decline. *JAMA* 2004; 292: 2237-2242 [S,II].
- Gussekloo J, van Exel E, de Craen AJ, Meinders AE, Frolich M, Westendorp RG. Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. *JAMA* 2004; 292: 2591-2599 [S,I].

Langa KM, Foster NL, Larson EB. Mixed dementia: emerging concepts and therapeutic implications. *JAMA* 2004; 292: 2901-2908 [M,I]

Raymont V, Bingley W, Buchanan A, David AS, Hayward P, Wessely S, et al. Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross-sectional study. *Lancet* 2004; 364: 1421-1427 [T,I]

Brugal MT, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ, De la Fuente L, Regidor E. Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 775-777 [T,I]

Emre M, Aarsland D, Albanese A, Byrne EJ, Deuschl G, De Deyn PP, et al. Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2004; 351: 2509-2518 [EC,I]

SALUD LABORAL.

López MJ, Nebot M, Salles J, Serrahima E, Centrich F, Juárez O. Medición de la exposición al humo ambiental de tabaco en centros de enseñanza, centros sanitarios, medios de transporte y lugares de ocio. *Gac Sanit* 2004; 18: 451-457 [T,I]

Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004; 292: 2880-2889 [R,I]

Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, Cade BE, Lee CJ, Landrigan CP, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004; 351: 1829-1837 [S,II]

Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004; 351: 1838-1848 [S,II]

ENFERMEDADES/PROBLEMAS PREVALENTES.

Snively CS, Gutierrez C. Chronic kidney disease: Prevention and treatment of common complications. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1921-1928 [R,I]

Quillen DM, Wuchner M, Hatch RL. Acute shoulder injuries. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1947-1954 [R,II]

Dosh SA. Diagnosis of heart failure in adults. *Am Fam Physician* 2004; 70: 2145-2152 [R,II]

Maizels M. The patient with daily headaches. *Am Fam Physician* 2004; 70: 2299-2306 [R,II]

Yardley L, Donovan-Hall M, Smith H, Walsh B, Mullee M, Bronstein A. Effectiveness of primary care-based vestibular rehabilitation for chronic dizziness. *Ann Intern Med* 2004; 141: 598-605 [EC,I]

Berman B, Lao L, Langenberg P, Lee W, Gilpin A, Hochberg M. Effectiveness of acupuncture as adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004; 141: 901-910 [EC,I]

Bjordal J, Ljunggren A, Klovning A, Slørdal L. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, including cyclo-oxygenase-2 inhibitors, in osteoarthritic knee pain: meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *BMJ* 2004; 329: 1317-13226 [M,II]

Colman I, Brown M, Innes G, Grafstein E, Roberts T, Rowe B. Parenteral metoclopramide for acute migraine: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2004; 329: 1369-1373 [M,II]

UK BEAM Trial Team. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ* 2004; 329: 1377-1380 [EC,I]

Dreno B. Topical antibacterial therapy for acne vulgaris. *Drugs* 2004; 64: 2389-2397 [R,II]

Smith TR, Stoneman J. Medication overuse headache from antimigraine therapy: clinical features, pathogenesis and management. *Drugs* 2004;64:2503-2514 [R,I]

Curran MP, Scott LJ. Orlistat: a review of its use in the management of patients with obesity. *Drugs* 2004; 64: 2845-2864 [R,I]

Diaz VA, Mainous AG, Koopman RJ, Geesey ME. Undiagnosed obesity: implications for undiagnosed hypertension, diabetes, and hypercholesterolemia. *Fam Med* 2004; 36: 639-644 [T,I]

Sabés R. Análisis de la relación coste-efectividad de la acarbosa en el tratamiento de pacientes con intolerancia a la glucosa. *Gac Sanit* 2004; 18: 431-439 [T,I]

Isasi C, Alcaraz M, Sanz J. Fármacos de acción lenta para el tratamiento de la artrosis. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 145-150 [R,II]

Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004; 292: 2388-2395 [M,III]

Rugg-Gunn FJ, Simister RJ, Squirrell M, Holdright DR, Duncan JS. Cardiac arrhythmias in focal epilepsy: a prospective long-term study. *Lancet* 2004; 364: 2212-2219 [S,I]

Ahumada M, Vioque J. Prevalencia de varices en adultos y factores asociados. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 647-651 [T,I]

Piérard LA, Lancellotti P. The role of ischemic mitral regurgitation in the pathogenesis of acute pulmonary edema. *N Engl J Med* 2004; 351: 1627-1634 [S,II]

Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. A descriptive epidemiological study. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 202-208 [T,I]

ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA.

McCullough L, Arora S. Diagnosis and treatment of hypothermia. *Am Fam Physician* 2004; 70: 2325-2332 [R,I]

Dorman SE, Picard C, Lammas D, Heyne K, van Dissel JT, Baretto R, et al. Clinical features of dominant and recessive interferon receptor 1 deficiencies. *Lancet* 2004; 364: 2113-2121 [S,I]

MEDIOS DIAGNÓSTICOS.

Onusko E. Tympanometry. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1713-1720 [R,I]

Calabresi PA. Diagnosis and management of multiple sclerosis. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1935-1944 [R,I]

Kidwell CS, Chalela JA, Saver JL, Starkman S, Hill MD, Demchuk AM, et al. Comparison of MRI and CT for detection of acute intracerebral hemorrhage. *JAMA* 2004; 292: 1823-1830 [S,I]

Seim A, Talseth T, Haukeland H, Høye K, Berg N, Bergeland T. Validation of a simple patient questionnaire to assist self-detection of overactive bladder. A study in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 217-221 [EC,I]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

As-Sanie S, Gantt A, Rosenthal M. Pregnancy prevention in adolescents. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1517-1524 [R,II]

Lyznicki JM, Mccaffree MA, Robinowitz CB. Childhood bullying: Implications for physicians. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1723-1728 [AO,I]

Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. A practical guide to infant oral health. *Am Fam Physician* 2004; 70: 2113-2120 [R,II]

Steer P, Little M, Kold-Jensen T, Chapple J, Elliott P. Maternal blood pressure in pregnancy, birth weight, and perinatal mortality in first births: prospective study. *BMJ* 2004; 329: 1312-1316 [S,I]

Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment

- Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 1969-1976 [EC,II]
- Davis PG, Tan A, O'Donnell CPF, Schulze A. Resuscitation of newborn infants with 100% oxygen or air: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2004; 364: 1329-1333 [M,I]
- Lux AL, Edwards SW, Hancock E, Johnson AL, Kennedy CR, Newton RW, et al. The United Kingdom Infantile Spasms Study comparing vigabatrin with prednisolone or tetracosactide at 14 days: a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 1773-1778 [EC,I]
- MUJER Y SALUD.** Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina.
- Grossman NB. Blunt trauma in pregnancy. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1303-1310 [R,I]
- Apgar BS, Brotzman G. Management of cervical cytologic abnormalities. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1905-1916 [R,III]
- Owen MK, Clenney TL. Management of vaginitis. *Am Fam Physician* 2004; 70: 2125-2132 [R,II]
- Wagner LK. Diagnosis and management of preeclampsia. *Am Fam Physician* 2004; 70: 2317-2324 [R,II]
- Kodner CM, Nasraty S. Management of genital warts. *Am Fam Physician* 2004; 70: 2335-2342 [R,I]
- Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) Aten Primaria 2004; 34: 286 - 292 [T,II]
- Arribas L, Duarte S, Saavedra A. Indicación de un método anticonceptivo a una adolescente: implante subcutáneo de gestágeno. *Aten Primaria* 2004; 34: 499-503 [R,I]
- Seamark C, Lings P. Positive experiences of teenage motherhood: a qualitative study. *B J Gen Pract* 2004; 54: 813-818 [C,I]
- Hannestad Y, Lie R, Rortveit G, Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *BMJ* 2004; 329: 889-891 [T,I]
- Steer P, Little M, Kold-Jensen T, Chapple J, Elliott P. Maternal blood pressure in pregnancy, birth weight, and perinatal mortality in first births: prospective study. *BMJ* 2004; 329: 1312-1316 [S,I]
- Lepercq J, Coste J, Theau A, Dubois-Laforge D, Timsit J. Factors associated with preterm delivery in women with type 1 diabetes: a cohort study. *Diabetes Care* 2004; 27: 2824-2828 [S,I]
- Wiegartz I, Kuhl H. Long-cycle treatment with oral contraceptives. *Drugs* 2004; 64: 2447-2462 [R,I]
- ANCIANOS.**
- Zizic TM. Pharmacologic prevention of osteoporotic fractures. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1293-1300 [R,II]
- Tan HH, McAlpine RR, James P, Thompson P, McMurdo ME, Morris AD, et al. Diagnosis of type 2 diabetes at an older age: effect on mortality in men and women. *Diabetes Care* 2004; 27: 2797-2799 [S,II]
- Cushman M, Kuller LH, Prentice R, Rodabough RJ, Psaty BM, Stafford RS, et al. Estrogen plus progestin and risk of venous thrombosis. *JAMA* 2004; 292: 1573-1580 [EC,II]
- Smith NL, Heckbert SR, Lemaitre RN, Reiner AP, Lumley T, Weiss NS, et al. Esterified estrogens and conjugated equine estrogens and the risk of venous thrombosis. *JAMA* 2004; 292: 1581-1587 [CC,II]
- Gill TM, Allore HG, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *JAMA* 2004; 292: 2115-2124 [S,I]
- Green AD, Colon-Emeric CS, Bastian L, Drake MT, Lyles KW. Does this woman have osteoporosis? *JAMA* 2004; 292: 2890-28900 [M,I]
- Weiss G, Skurnick JH, Goldsmith LT, Santoro NF, Park SJ. Menopause and hypothalamic-pituitary sensitivity to estrogen. *JAMA* 2004; 292: 2991-2996. Erratum in: *JAMA* 2005; 293: 163.
- Donnez J, Dolmans MM, Demylle D, Jadoul P, Pirard C, Squifflet J, et al. Livebirth after orthotopic transplantation of cryopreserved ovarian tissue. *Lancet* 2004; 364: 1405-1410 [S,I]
- Venn A, Bruinsma F, Werther G, Pyett P, Baird D, Jones P, et al. Oestrogen treatment to reduce the adult height of tall girls: long-term effects on fertility. *Lancet* 2004; 364: 1513-1518 [S,I]
- Fletcher AE, Price GM, Edmond SWNg, Stirling SL, Bulpitt CJ, Breeze E, et al. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. *Lancet* 2004; 364: 1667-1677 [QE,II]
- Moscicki AB, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EN, et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. *Lancet* 2004; 364: 1678-1683 [S,II]
- Newnham JP, Doherty DA, Kendall GE, Zubrick SR, Landau LL, Stanley FJ. Effects of repeated prenatal ultrasound examinations on childhood outcome up to 8 years of age: follow-up of a randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 2038-2044 [EC,I]
- Ahlgren M, Melbye M, Wohlfahrt J, Sørensen T. Growth patterns and the risk of breast cancer in women. *N Engl J Med* 2004; 351: 1619-1626 [S,I]
- Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004; 351: 2581-2589 [S,I]
- Teunissen D, Lagro-Janssen T. Urinary incontinence in community dwelling elderly: are there sex differences in help-seeking behaviour? *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 209-216 [T,I]
- URGENCIAS Y EMERGENCIAS.**
- Kucic C, Clenney T, Phelan J. Management of acute nasal fractures. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1315-1320 [R,I]
- Sastre MJ, García LM, Bordel F, López-Herce J, Carrillo A, Benítez MT. Equipo de Prevención de Accidentes del Centro Municipal de Salud de Chamberí. Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en población general. *Aten Primaria* 2004; 34: 408-413 [T,II]
- Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Roether J, Misselwitz B,owitzsch K, Heidrich J, et al. Predictors of in-hospital mortality in patients with acute ischemic stroke treated with thrombolytic therapy. *JAMA* 2004; 292: 1831-1838 [S,I]
- Saposnik G, Young B, Silver B, Di Legge S, Webster F, Beletsky V, et al. Lack of improvement in patients with acute stroke after treatment with thrombolytic therapy: predictors and association with outcome. *JAMA* 2004; 292: 1839-1844 [S,I]
- Roberts I, Yates D, Sandercock P, Farrell B, Wasserberg J, Lomas G, et al. Effect of intravenous corticosteroids on death within 14 days in 10 008 adults with clinically significant head injury (MRC CRASH trial): randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 1321-1328 [EC,II]
- Fernández-Cotrino JM, García-Ruiz AJ, Márquez-Castilla M, Jiménez-Guerrero O, Reina-Caballero E, Bocanegra-Pérez A, et al. Acuerdo diagnóstico entre equipos de emergencias y servicios hospitalarios. *Gac Sanit* 2004; 18: 458-463 [T,I]
- Sánchez M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 619-620 [AO,I]
- TERAPÉUTICA:** Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.

- Bellin M, McCarthy S, Drevlow L, Pierach C. Medical students' exposure to pharmaceutical industry marketing: a survey at one U.S. medical school. *Acad Med.* 2004; 79: 1041-1045 [T,I]
- McConaghy JR, Smith SR. Outpatient treatment of systolic heart failure. *Am Fam Physician* 2004; 70: 2157-2164 [R,II]
- Yardley L, Donovan-Hall M, Smith H, Walsh B, Mullee M, Bronstein A. Effectiveness of primary care-based vestibular rehabilitation for chronic dizziness. *Ann Intern Med* 2004; 141: 598-605 [EC,I]
- Berman B, Lao L, Langenberg P, Lee W, Gilpin A, Hochberg M. Effectiveness of acupuncture as adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004; 141: 901-910 [EC,I]
- Lee V, Rhew D, Dylan M, Badamgarav E, Braunstein G, Weingarten S. Meta-analysis: angiotensin-receptor blockers in chronic heart failure and high-risk acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 2004; 141: 693-704 [M,I]
- Wei L, MacDonald T, Walker B. Taking glucocorticoids by prescription is associated with subsequent cardiovascular disease. *Ann Intern Med* 2004; 141: 764-770 [S,I]
- Sánchez R, Yáñez M, Cabrera A, Ferrer García-Borrás JM, Álvarez R, Barrera E. Adaptación transcultural de un cuestionario para medir la calidad de vida de los pacientes con Anticoagulación oral. *Aten Primaria* 2004; 34: 353-359 [T,II]
- García-Lizana FR, Sarria-Santamera A, Gol-Freixa J. Anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular crónica: ¿cuándo indicarla? *Aten Primaria* 2004; 34: 374-378 [R,III]
- Clua JL, Dalmau MR, Aguilar C. Características del tratamiento anticoagulante oral en la fibrilación auricular crónica de alto riesgo. *Aten Primaria* 2004; 34: 414-419 [T,I]
- Dorey G, Speakman M, Feneley R, Swinkels A, Dunn C, Ewings P. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle exercises and manometric biofeedback for erectile dysfunction. *B J Gen Pract* 2004; 54: 819-825 [EC,I]
- McKinley R, Stokes T, Exley C, Field D. Care of people dying with malignant and cardiorespiratory disease in general practice. *B J Gen Pract* 2004; 54: 909-913 [T,I]
- Nitzan U, Lichtenberg P. Questionnaire survey on use of placebo. *BMJ* 2004; 329: 944-946 [T,I]
- Hooper L, Brown T, Elliott R, Payne K, Roberts C, Symmons D. The effectiveness of five strategies for the prevention of gastrointestinal toxicity induced by non-steroidal anti-inflammatory drugs: systematic review. *BMJ* 2004; 329: 948-952 [M,II]
- Man W, Polkey M, Donaldson N, Gray B, Moxham J. Community pulmonary rehabilitation after hospitalisation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: randomised controlled study. *BMJ* 2004; 329: 1209-1211 [EC,I]
- Bjordal J, Ljunggren A, Klovning A, Slørdal L. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, including cyclo-oxygenase-2 inhibitors, in osteoarthritic knee pain: meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *BMJ* 2004; 329: 1317-13226 [M,II]
- Colman I, Brown M, Innes G, Grafstein E, Roberts T, Rowe B. Parenteral metoclopramide for acute migraine: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2004; 329: 1369-1373 [M,II]
- UK BEAM Trial Team. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ* 2004; 329: 1377-1380 [EC,I]
- Quattrin T, Belanger A, Bohannon NJ, Schwartz SL. Exubera Phase III Study Group. Efficacy and safety of inhaled insulin (Exubera) compared with subcutaneous insulin therapy in patients with type 1 diabetes: results of a 6-month, randomized, comparative trial. *Diabetes Care* 2004; 27: 2622-2627 [EC,II]
- Van Ameringen M, Mancini C, Pipe B, Bennett M. Antiepileptic drugs in the treatment of anxiety disorders: role in therapy. *Drugs* 2004; 64: 2199-2220 [R,I]
- Haddad PM, Wieck A. Antipsychotic-induced hyperprolactinemia: mechanisms, clinical features and management. *Drugs* 2004; 64: 2291-2314 [R,I]
- Hedner T, Samulesson O, Wahrborg P, Wadenvik H, Ung KA, Ekblom A. Nabumetone: therapeutic use and safety profile in the management of osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Drugs* 2004; 64: 2315-2343 [R,I]
- Keating GM, Scott LJ. Moxifloxacin: a review of its use in the management of bacterial infections. *Drugs* 2004; 64: 2347-2377 [R,I]
- Kuchulakanti P, Waksman R. Therapeutic potential of oral antiproliferative agents in the prevention of coronary restenosis. *Drugs* 2004; 64: 2379-2388 [R,I]
- Dreno B. Topical antibacterial therapy for acne vulgaris. *Drugs* 2004; 64: 2389-2397 [R,II]
- Schlesinger N. Management of acute and chronic gouty arthritis: present state-of-the-art. *Drugs* 2004; 64: 2399-2416 [R,II]
- Hamad AM, Sutcliffe AM, Knox AJ. Aspirin-induced asthma: clinical aspects, pathogenesis and management. *Drugs* 2004; 64: 2417-2432 [R,I]
- Mihalynuk TV, Smith TR, Stoneman J. Physician informational needs in providing nutritional guidance to patients. Medication overuse headache from antimigraine therapy: clinical features, pathogenesis and management. *Drugs* 2004; 64: 2503-2514 [R,I]
- Kozel MM, Sabroe RA. Chronic urticaria: aetiology, management and current and future treatment options. *Drugs* 2004; 64: 2515-2536 [R,I]
- Onder G, Pellicciotti F, Gambassi G, Bernabei R. NSAID-related psychiatric adverse events: who is at risk? *Drugs* 2004; 64: 2619-2627 [R,II]
- Skaer TL. Practice guidelines for transdermal opioids in malignant pain. *Drugs* 2004; 64: 2629-2638 [R,II]
- Roos TC, Geuer S, Roos S, Brost H. Recent advances in treatment strategies for atopic dermatitis. *Drugs* 2004; 64: 2639-2666 [R,I]
- Basu A, Ryder RE. New treatment options for erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus. *Drugs* 2004; 64: 2667-2688 [R,I]
- McCormack PL, Wiseman LR. Olanzapine: a review of its use in the management of bipolar I disorder. *Drugs* 2004; 64: 2709-2726 [R,I]
- Unger T, McInnes GT, Neutel JM, Böhm M. The role of olmesartan medoxomil in the management of hypertension. *Drugs* 2004; 64: 2731-2739 [R,I]
- Boriani G, Diemberger I, Biffi M, Martignani C, Branzi A. Pharmacological cardioversion of atrial fibrillation: current management and treatment options. *Drugs* 2004; 64: 2741-2762 [R,II]
- Curran MP, Scott LJ. Orlistat: a review of its use in the management of patients with obesity. *Drugs* 2004; 64: 2845-2864 [R,I]
- Knopp RH, Scott CS, Coombs JB. *Fam Med* 2004; 36: 722-726 [T,I]
- Sabés R. Análisis de la relación coste-efectividad de la acarbose en el tratamiento de pacientes con intolerancia a la glucosa. *Gac Sanit* 2004; 18: 431-439 [T,I]
- Isasi C, Alcaraz M, Sanz J. Fármacos de acción lenta para el tratamiento de la artrosis. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 145-150 [R,II]
- Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, Schoelles K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004; 292: 1724-1737 [M,II]
- Graham DJ, Staffa JA, Shatin D, Andrade SE, Schech SD, La Grenade L, et al. Incidence of hospitalized rhabdomyolysis in patients treated with lipid-lowering drugs. *JAMA* 2004; 292: 2585-2590. *Epub* 2004 Nov 22 [S,I]

- Desai AS, Fang JC, Maisel WH, Baughman KL. Implantable defibrillators for the prevention of mortality in patients with nonischemic cardiomyopathy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2004; 292: 2874-2879 [M,II]
- Filippi M, Rovaris M, Inglese M, Barkhof F, De Stefano N, Smith S, et al. Interferon beta-1a for brain tissue loss in patients at presentation with syndromes suggestive of multiple sclerosis: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 1489-1496 [EC,II]
- Carlberg B, Samuelsson O, Lindholm LH. Atenolol in hypertension: is it a wise choice? *Lancet* 2004; 364: 1684-1689 [M,II]
- Sanz J. La sedación en el final de la vida. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 423-426 [AO,I]
- Agusti A, Danes I. Modificación del efecto antiagregante del ácido acetilsalicílico por los fármacos antiinflamatorios no esteroideos. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 433-435 [R,I]
- Martín-Castillo F, Ayuga A, Perulero N, Barea N; Estudio PRELOVAS. Adherencia al tratamiento con lovastatina en la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. Estudio PRELOVAS. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 692 - 696 [S,I]
- Liaw YF, Sung JY, Chow WC, Farrell G, Lee CZ, Yuen H, et al. Lamivudine for patients with chronic hepatitis B and advanced liver disease. *N Engl J Med* 2004; 351: 1521-1531 [EC,I]
- Taylor AL, Ziesche S, Yancy C, Carson P, D'Agostino R Jr, Ferdinand K, et al. Combination of isosorbide dinitrate and hydralazine in blacks with heart failure. *N Engl J Med* 2004; 351:2049-2057. A correction has been published: *N Engl J Med* 2005; 352: 1276 [EC,I]
- Braunwald E, Domanski MJ, Fowler SE, Geller NL, Gersh BJ, Hsia J, et al. Angiotensin-converting-enzyme inhibition in stable coronary artery disease. *N Engl J Med* 2004; 351: 2058-2068 [EC,II]
- Mannon PJ, Fuss IJ, Mayer L, Elson CO, Sandborn WJ, Present D, et al. Anti-interleukin-12 antibody for active Crohn's disease. *N Engl J Med* 2004; 351:2069-2079. A correction has been published: *N Engl J Med* 2005; 352: 1276 [EC,I]
- Alexandrov AV, Molina CA, Grotta JC, Garami Z, Ford SR, Álvarez-Sabin, J et al. Ultrasound-enhanced systemic thrombolysis for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2004; 351: 2170-2178 [EC,II]
- Hsu LF, Jais P, Sanders P, Garrigue S, Hocini M, Sacher F, et al. Catheter ablation for atrial fibrillation in congestive heart failure. *N Engl J Med* 2004; 351: 2373-2383 [CC,I]
- Alboni P, Botto GL, Baldi N, Luzi M, Russo V, Gianfranchi L, et al. Out-patient treatment of recent-onset atrial fibrillation with the "pill-in-the-pocket" approach. *N Engl J Med* 2004; 351: 2384-2391 [S,I]
- Hohnloser SH, Kuck KH, Dorian P, Roberts RS, Hampton JR, Hatala R, et al. Prophylactic use of an implantable cardioverter-defibrillator after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2004; 351: 2481-2488 [EC,I]
- Fahn S, Oakes D, Shoulson I, Kieburtz K, Rudolph A, Lang A, et al. Levodopa and the progression of Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2004; 351: 2498-2508 [EC,I]
- ACTIVIDADES COMUNITARIAS.** Incluye: encuestas de satisfacción, todo lo relacionado con los usuarios.
- López MJ, Nebot M, Salles J, Serrahima E, Centrich F, Juárez O, et al. Medición de la exposición al humo ambiental de tabaco en centros de enseñanza, centros sanitarios, medios de transporte y lugares de ocio. *Gac Sanit* 2004; 18: 451-457 [T,I]
- Crawford MJ, Patton R, Touquet R, Drummond C, Byford S, Barrett B, et al. Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 1334-1339 [EC,I]
- DOCENCIA.** Incluye: pregrado, postgrado, formación médica continuada, metodología docente.
- Lang TA. The value of systematic reviews as research activities in medical education. *Acad Med*. 2004; 79: 1067-1072 [AO,II]
- Bellin M, McCarthy S, Drevlow L, Pierach C. Medical students' exposure to pharmaceutical industry marketing: a survey at one U.S. medical school. *Acad Med* 2004; 79: 1041-1045 [T,I]
- Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ* 2004; 329: 770-773 [C,I]
- Wilson E, Grumbach K, Huebner J, Agrawal J, Bindman AB. Medical student, physician, and public perceptions of health care disparities. *Fam Med* 2004; 36: 715-721 [T,I]
- Pulido M. El médico en las reuniones científicas : cómo hablar en público para tener éxito. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 664-668 [AO,II]
- INVESTIGACIÓN.** Incluye: investigación cualitativa, estadística.
- Ioannidis J, Evans S, Gotzsche P, O'Neill T, Altman D, Schulz K, et al. Better reporting of harms in randomized trials: an extension of the CONSORT statement. *Ann Intern Med* 2004; 141: 781-788 [AO,II]
- Pedraza V. Investigación en atención primaria de salud. Premisas básicas. *Aten Primaria* 2004; 34: 318-322 [AO,II]
- Pocock S, Collier T, Dandreo K, Stavola B, Goldman M, Kalish L, et al. Issues in the reporting of epidemiological studies: a survey of recent practice. *BMJ* 2004; 329: 883-886 [R,I]
- Rothman RL, DeWalt DA, Malone R, Bryant B, Shintani A, Crigler B, et al. Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program. *JAMA* 2004; 292: 1711-1716 [EC,II]
- Regidor E, De la Fuente L, de Mateo S. Restricción al uso de datos personales en la práctica y en la investigación sanitarias: a propósito de una sentencia sobre el registro de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 624-626 [R,II]
- Dal-Re R, Morejon E, Ortega R. Tipo y magnitud de los cambios requeridos por los Comités Éticos de Investigación Clínica en las hojas de información para el paciente en los ensayos clínicos multicéntricos internacionales. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 770-774 [S,I]
- Aleixandre R, Valderrama JC, Castellano M, Simo R, Navarro C. Factor de impacto de las revistas médicas españolas. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 697-701 [T,II]
- Carne X. Registro (de ensayos clínicos) sin fronteras. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 735 - 736 [AO,I]
- Seim A, Talseth T, Haukeland H, Hoye K, Berg N, Bergeland T. Validation of a simple patient questionnaire to assist self-detection of overactive bladder. A study in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:217-221 [EC,I]
- PREVENCIÓN.**
- Saper RB, Eisenberg DM, Phillips RS. Common dietary supplements for weight loss. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1731-1738 [R,I]
- Hooper L, Brown T, Elliott R, Payne K, Roberts C, Symmons D. The effectiveness of five strategies for the prevention of gastrointestinal toxicity induced by non-steroidal anti-inflammatory drugs: systematic review. *BMJ* 2004; 329: 948-952 [M,II]
- Scheen AJ. Prevention of type 2 diabetes mellitus through inhibition of the Renin-Angiotensin system. *Drugs* 2004; 64: 2537-2565 [R,II]
- Bjelakovic G, Nikolova D, Simonetti RG, Glud C. Antioxidant supplements for prevention of gastrointestinal cancers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2004; 364: 1219-1228 [M,II]

Guallar-Castillon P, Santa-Olalla P, Banegas JR, López E, Rodríguez-Artalejo F. Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 606-610 [T,I]

Imperiale TF, Ransohoff DF, Itzkowitz SH, Turnbull BA, Ross ME. Fecal DNA versus fecal occult blood for colorectal-cancer screening in an average-risk population. *N Engl J Med* 2004; 351: 2704-2714 [S,I]

EVALUACION/GARANTÍA DE CALIDAD.

Fernández-Cotrina JM, García-Ruiz AJ, Márquez-Castilla M, Jiménez-Guerrero O, Reina-Caballero E, Bocanegra-Pérez A, et al. Acuerdo diagnóstico entre equipos de emergencias y servicios hospitalarios. *Gac Sanit* 2004; 18: 458-463 [T,I]

BIOÉTICA.

Flory J, Emanuel E. Interventions to improve research participants' understanding in informed consent for research: a systematic review. *JAMA* 2004; 292: 1593-1601 [M,II]

Jüni P, Nartey L, Reichenbach S, Sterchi R, Dieppe PA, Egger M. Risk of cardiovascular events and rofecoxib: cumulative meta-analysis. *Lancet* 2004; 364: 2021-2029 [M,II]

Regidor E, de la Fuente L, de Mateo S. Restricción al uso de datos personales en la práctica y en la investigación sanitarias: a propósito de una sentencia sobre el registro de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 624-626 [R,II]

Dal-Re R, Morejon E, Ortega R. Tipo y magnitud de los cambios requeridos por los Comités Éticos de Investigación Clínica en las hojas de información para el paciente en los ensayos clínicos multicéntricos internacionales. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 770-774 [S,I]

PLANIFICACION/GESTIÓN.

Oliva J, Lobo F, Molina B, Monereo S. Direct health care costs of diabetic patients in Spain. *Diabetes Care* 2004;27:2616-2621 [T,II]

Simo J, Gervas J, Segui M, Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicenta europea. *Aten Primaria* 2004; 34: 472-481 [T,II]

Daviglus ML, Liu K, Yan LL, Pirzada A, Manheim L, Manning W, et al. Relation of body mass index in young adulthood and middle age to Medicare expenditures in older age. *JAMA* 2004; 292: 2743-2749 [T,I]

Fischer MA, Schneeweiss S, Avorn J, Solomon DH. Medicaid prior-authorization programs and the use of cyclooxygenase-2 inhibitors *N Engl J Med* 2004; 351: 2187-2194 [S,II]

Kenney RT, Frech SA, Muenz LR, Villar CP, Glenn GM. Dose sparing with intradermal injection of influenza vaccine. *N Engl J Med* 2004; 351: 2295-2301 [QE,I]

INFORMÁTICA.

Dexter PR, Perkins SM, Maharry KS, Jones K, McDonald CJ. Inpatient computer-based standing orders vs physician reminders to increase influenza and pneumococcal vaccination rates: a randomized trial. *JAMA* 2004; 292: 2366-2371 [EC,I]

OTRAS.

Kozel MM, Sabroe RA. Chronic urticaria: aetiology, management and current and future treatment options. *Drugs* 2004; 64: 2515-2536 [R,I]

Prieto JM, Lema M, Dapena MD. Diagnóstico y tratamiento de la esclerosis múltiple. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 743-748 [R,I]

Mujer con dolor precordial agudo de largo tiempo de evolución

Hortal Carmona J¹, García Puga JM², Hernández Morillas MD³, Monico Castillo E⁴

¹ Médico Residente de Familia. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada; ² Pediatra. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada; ³ Pediatra. Centro de Salud La Zubia. Granada; ⁴ Médica de Familia. Adjunta de Urgencias. Hospital Fundación Cieza (Murcia).

Mujer de 79 años de edad, en cuyos antecedentes familiares refiere: padre hipertensión, tres hermanos hombres, exitus por infarto de miocardio a las edades de 55, 59 y 60 años, hipertensión arterial.

Entre los antecedentes personales: hipertensión arterial e hipercolesterolemia en tratamiento. Hace 20 años en estudio por angor le es diagnosticada una hernia hiatal y dada de alta hace 15 años.

Desde hace 7 años, presenta un cuadro que se ha repetido de forma manifiesta en cinco ocasiones, coincidente siempre con emociones / viajes y caracterizado por: dolor lancinante precordial que irradia a epigastrio, hipocondrio izquierdo y escápula izquierda, y cuya duración ha variado entre 6 y 24 horas seguido de un cortejo vegetativo con palidez, sudoración profusa y mal estado general, náuseas y vómitos, acompañándose en las dos últimas ocasiones con hematemesis.

Tras el segundo episodio, se realizó un estudio analítico (hipercolesterolemia) y de imagen: Ecografía abdominal detectándose dos quistes en riñón derecho, y siendo el estudio biliar normal. Enema opaco: poliposis intestinal.

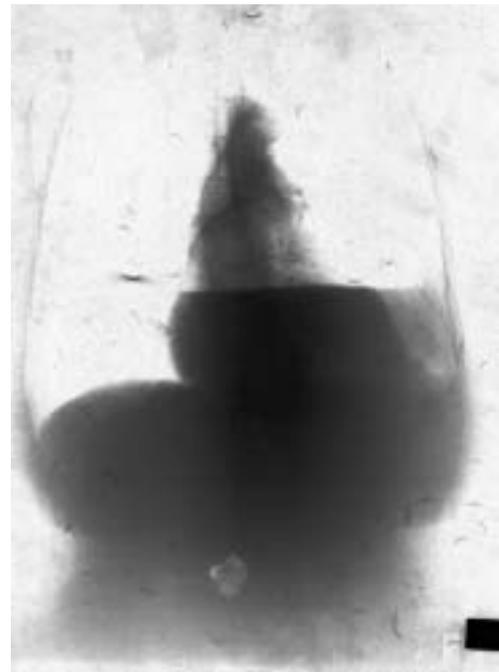
Coincidente con el cuarto episodio es ingresada (al no ceder a espasmolíticos al igual que anteriores ocasiones), informándose la esofagogoscopia de: "hemorragia digestiva leve, gran hernia hiatal que no permite explorar la cavidad gástrica".

En el quinto y último episodio el de mayor duración (estado de preshock), los exámenes complementarios realizados fueron: ECG normal, hemograma y bioquímica sin alteraciones reseñables y radiografía simple de tórax (Imagen 1).

Se administran espasmolíticos, antieméticos y solo tras casi 24 horas cede. En el transcurso del episodio se intenta sondaje nasogástrico lo que no es posible.

¿Por qué diagnóstico te inclinarías?

- Síndrome coronario agudo.
- Endocarditis infecciosa.
- Bullas enfisematosas.
- Vólvulo gástrico.
- Quiste broncogénico.



(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. 6, núm. 1)

(Medicina de Familia (And) 2005; 6: 53)

Respuesta correcta: c) Tâche-noir o mancha negra.

En muchas ocasiones, el Médico de Familia se encuentra en su práctica clínica diaria con motivos de consulta que generan una incertidumbre diagnóstica (más aún si nos encontramos ante el inicio del cuadro clínico) y con el handicap añadido de estar en Urgencias, donde los medios diagnósticos son muy limitados. Vaya como ejemplo de esta situación este caso clínico donde únicamente un buen diagnóstico diferencial y la continuidad asistencial nos puede llevar a su diagnóstico final.

Así, con la sospecha de mancha negra (o tâche-noir) se realizó estudio analítico, serología para *Rickettsia conorii* (cuyo resultado final se envió a su Médico de Familia de Atención Primaria), iniciándose tratamiento sintomático (Paracetamol 1 gramo cada 6-8 horas) y empírico con Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 10 días.

Dado el buen estado general del paciente, se procedió al alta de nuestro servicio, con informe para su Médico de Atención Primaria a fin de asegurar la continuidad asistencial. Realizado un seguimiento posterior del caso, la serología confirmó el diagnóstico de presunción.

La fiebre botonosa se da fundamentalmente en países del sur de Europa, África y Oriente Medio. Es una rickettsiosis, producida por una bacteria (*Rickettsia conorii*), transmitida por la garrapata del perro (*Rhipicephalus sanguineus*). Tras la inoculación por la garrapata, las rickettsias invaden las células endoteliales de los capilares, arteriolas y vénulas, provocando un fenómeno de vasculitis con trombosis y formación de nódulos perivasculares. Esta vasculitis se traduce en un aumento de la permeabilidad vascular y en la aparición de hemorragias focales. Por ello, las infecciones por rickettsias se consideran enfermedades sistémicas y presentan manifestaciones generales.

El periodo de incubación varía entre 3 y 15 días. Lo primero en aparecer es la fiebre (39-40°C) con escalofríos, conjuntivitis, mialgias y artralgias. El exantema suele aparecer a partir del quinto día después de la fiebre, y aparece en forma de lesiones maculopapulares lenticulares, que comienza por los tobillos o muñecas, y posteriormente se va extendiendo rápidamente al resto del cuerpo. Además, puede encontrarse una lesión negruzca en el lugar de la picadura (es la mancha negra —tâche noir—, de los autores franceses). La mancha negra puede ser tan pequeña como una cabeza de alfiler o del tamaño de una lenteja. Esta lesión se ulcera y forma una escara negra, acompañándose frecuentemente de una linfadenopatía regional. La fiebre suele ser remitente y persiste durante 10-20 días, y el exantema durante 5 a 10 días.

El diagnóstico mediante aislamiento es dificultoso porque esta bacteria requiere células para multiplicarse. Por ello, lo que se realiza es serología para detección de anticuerpos, recomendándose tomar una muestra inicial y otra posterior transcurridas 1 ó 2 semanas para confirmar la seroconversión.

El tratamiento de elección son las tetraciclinas (doxiciclina) 200 mg/día durante 4 a 7 días después de desaparecer la fiebre. Existen experiencias in vitro que demuestran que las fluoroquinolonas son activas, así como también la josamicina, lo que tiene interés para aquellos casos en los que no pueda utilizarse la terapéutica de elección. No existen vacunas para prevenir esta infección y la única medida profiláctica es la prevención de la picadura por garrapatas.

Para finalizar, nuestro paciente evolucionó de forma satisfactoria quedando asintomático a los 10 días de nuestra valoración.

Actividades Científicas

❑ WONCA EUROPE 2005

Kos Island (Grecia), 3-7 de Septiembre, 2005
<http://www.woncaeurope2005.org/>

❑ IV JORNADAS DE CARDIOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Granada, 24 de Septiembre, 2005.
Información: secretaría SAMFyC
Tel. y Fax: 958 804 201/02
E-mail: samfyc@samfyc.es

❑ JORNADAS DE FORMACIÓN CONTINUADA semFYC – SAMFyC

Sevilla, 29-30 de Septiembre, 2005.
Secretaría técnica: semFYC Congresos. C/ Del Pi, n.º 11, Pta. 2.ª, of. 13. 08002 Barcelona.
Tel.: 933 170 333 • Fax: 933 186 902
e-mail: congresos@semfyc.es

❑ III CONGRESO IBEROAMERICANO DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. ORGANIZADO POR LA ACADEMIA IBEROAMERICANA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. INSTITUTO DAMIÁN BAYÓN.

Palacio de Congresos de Granada, 12-15 de Octubre, 2005.
Secretaría técnica: Arrayanes Viajes y Congresos, S.L.
e-mail: v_arrayanes@infonegocio.com

❑ XXV CONGRESO semFYC

Santiago de Compostela, 23-26 de Noviembre, 2005.
Secretaría técnica: semFYC Congresos. C/ Del Pi, n.º 11, Pta. 2.ª, of. 13. 08002 Barcelona.
Tel.: 933 170 333 • Fax: 933 186 902
e-mail: congresos@semfyc.es
<http://www.semfyc.es/santiago2005/inicio.htm>

❑ XVI CONGRESO SAMFyC

Almería, 8-10 de Junio, 2006.
Secretaría técnica: Fase20. Avda. Constitución, 19 – 18014 Granada.
Tel.: 902 430 960 • Fax: 902 430 959
E-mail: info@fase20.com
<http://www.samfycalmeria2006.com>

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

Málaga, (fecha pendiente de confirmación), 2005.

Información: secretaría SAMFyC

Tel. y Fax: 958 804 201/02

E-mail: samfyc@samfyc.es

❑ **DIPLOMA EN FORMACIÓN CONTINUA (138 HORAS). SAMFyC – UNIVERSIDAD DE GRANADA (A PARTIR DE NOVIEMBRE)**

Información: secretaría SAMFyC

Tel. y fax: 958 804 201/02

E-mail: samfyc@samfyc.es

❑ **VII TALLERES INTERACTIVOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Organiza: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Colaboran: Ayuntamiento de Lanjarón y Balneario de Lanjarón.

Patrocina: SERVIER, S. A.

Lanjarón (Granada), (fecha pendiente de confirmación), 2005.

Información: secretaría SAMFyC

Tel. y Fax: 958 804 201/02

E-mail: samfyc@samfyc.es

❑ **V JORNADAS SAMFyC PARA R3 DE MFyC**

Granada, 2-3 de febrero, 2006.

Lugar pendiente de confirmación.

Información: secretaría SAMFyC

Tel. y Fax: 958 804 201/02

E-mail: samfyc@samfyc.es

Mejoremos la salud a todas las edades

Premiado por la Asociación Médica Británica en la categoría de salud pública



«Este manual, que sugiere formas de mejorar la salud dentro de nuestra “villa global”, merece ser examinado cuidadosamente por todo aquel preocupado por temas de salud, sean clínicos o de salud pública. En resumen, esta publicación es recomendada a todo lector, desde estudiantes universitarios hasta profesionales».

CHOICE

Usted también puede enviar su pedido y pago en dólares estadounidenses a:

PAHO Sales and Distribution Center P.O. Box 27, Annapolis Junction,
MD 20701-0027, USA

Fax (301) 206-9789

e-mail: sales@paho.org

<http://publications.paho.org>