

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 6, número 3, noviembre 2005

Editorial

- 8 Ejercicio físico: un instrumento terapéutico en el olvido.

El espacio del usuario

- 10 El derecho a la protección de la salud de los enfermos mentales.

Originales

- 12 Medición de parámetros inflamatorios en el seguimiento de pacientes con cardiopatía isquémica.
- 19 Calidad de vida y situación sociosanitaria de los pacientes con EPOC.
- 27 Características sanitarias y toxicológicas en drogodependientes de una prisión.
- 35 Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados.

Artículo especial

- 43 Sobre cuidados paliativos (CP), atención en la agonía, sedación y otros asuntos.

Cartas al director

- 49 Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica.

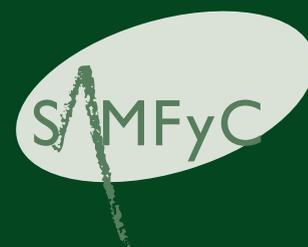
51 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 59 ¿Qué puede enmascarar un dolor costal?

62 Actividades Científicas

64 Información para los autores



Hubo anuncio



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 6, N.º 3, noviembre 2005

Sumario

Editorial

- 8 Ejercicio físico: un instrumento terapéutico en el olvido.

El espacio del usuario

- 10 El derecho a la protección de la salud de los enfermos mentales.

Originales

- 12 Medición de parámetros inflamatorios en el seguimiento de pacientes con cardiopatía isquémica.
19 Calidad de vida y situación sociosanitaria de los pacientes con EPOC.
27 Características sanitarias y toxicológicas en drogodependientes de una prisión.
35 Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados.

Artículo especial

- 43 Sobre cuidados paliativos (CP), atención en la agonía, sedación y otros asuntos.

Cartas al director

- 49 Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica.

51 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 59 ¿Qué puede enmascarar un dolor costal?

62 Actividades Científicas

64 Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 6, N.º 3, november 2005

Contents

Editorial

- 8 Physical Exercise: a Forgotten Therapeutic Tool.

The Reader's Corner

- 10 Mentally Ill Patients' Right to Health Care.

Original Articles

- 12 Measuring inflammation parameters in the follow-up of patients with cardiopathic ischemia.
19 Quality of Life and the social and health situation of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).
27 Health and Toxicological Characteristics of Drug Dependent Inmates.
35 An Evaluation of Home Care for Incapacitated Patients.

Feature Article

- 43 On Palliative Care (PC), Terminal Care, and Other Issues.

Letters to the Director

- 49 Classifying Elderly Persons: a Dynamic Perspective.

51 Publications of Interest

Which is Your Diagnosis?

- 59 What can be Hidden Behind Chest Pain?

62 Scientific Activities

64 Information for Authors

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@teleline.es

Vocal Provincial Jaén:

Justa Zafra Alcántara

e-mail: justazafra@eresmas.com

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 Veguin

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 Villafaña. *Granada.*
Teresa Martínez Cañavate. *Granada.*
Eduardo Mayoral Sánchez. *Sevilla.*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga.*
Gertrudis Odriozola Aranzábal. *Almería.*
M.ª Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Maximiliano Ocete Espinola. *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/revista/portada.html>
<http://www.samfyc.es> e ir a «revista»
e-mail: revista@samfyc.es
samfyc@samfyc.es
Webmaster: Carlos Prados Arredondo

Secretaría Comercial

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

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr. 368/2000

Copyright:

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

Reservados todos los derechos.

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

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

Printed in Spain

Edita: Comares, S.L.

Información para suscripciones

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

Medicina de Familia. Andalucía se distribuirá exclusivamente a profesionales de la medicina.

Los miembros de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria la recibirán de forma gratuita.

Cómo suscribirse a Medicina de Familia. Andalucía

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

EDITORIAL

Ejercicio físico: un instrumento terapéutico en el olvido...

Sánchez Luque J J¹

¹ Médico de Familia. Coordinador Andaluz del Grupo de "Ejercicio Físico" SAMFyC. Unidad de Gestión Clínica "San Andrés-Torcal" Distrito Sanitario "Málaga" S.A.S.

Cuando estamos iniciando un Siglo XXI donde la innovación tecnológica constituye un auténtico paradigma en nuestro quehacer diario, el Médico de Familia debe junto a los avances tecnológicos inmersos en la constelación web, reincorporar en su arsenal terapéutico instrumentos sobre los cuales debe de actualizar sus conocimientos para propiciar eso a veces tan manido y a veces tan olvidado como son los estilos de vida cardiosaludables.

Y en base a esta premisa inicial nos planteamos un interrogante que sirva de reflexión en voz alta, ¿por qué no prescribimos los Médicos de Familia Ejercicio Físico en nuestra actividad asistencial diaria?

Es cierto que la escasez de tiempo en consulta constituye el factor clave y limitante a la hora de priorizar esos minutos que disponemos para cada paciente, pero no debemos olvidar y diríamos más, reconocer que detrás de esa realidad también existen otros factores que actúan a modo de barrera inconsciente que nos impide al igual que recomendamos el fármaco e insistimos en su cumplimiento terapéutico, realizar una correcta prescripción de un Programa de Ejercicio Físico.

Y entre esos motivos de olvidar su recomendación, están también la necesidad de incrementar el trabajo conjunto con el personal de enfermería, la falta de vehemencia en su recomendación basada en la evidencia científica de la utilidad de su prescripción y también el desconocimiento de unas normas básicas de calidad en su manejo práctico.

Cuando hace unos años, nuestra Sociedad nos encomendó a un grupo de profesionales andaluces la elaboración de la "Guía Basada en la Evidencia Científica para el Abordaje del Ejercicio Físico en Medicina Familiar", comprendimos su importancia para el manejo de patologías tan diferentes como pueden ser la cardiovascular, la respiratoria u osteoarticular, pero al mismo tiempo ese entramado de patologías concomitantes que se presentan en los pacientes se sustenta en un núcleo central que es la obesidad, como nexa que desencadena una cascada de patologías y al mismo tiempo de polifarmacia.

Decía Antonio Machado "Caminante, no hay camino, se hace camino al andar"...y esa frase goza probablemente en la recomendación práctica de los estilos de vida cardiosaludables por el Médico de Familia, de un sentido que está en la génesis de una profesión sobre la que nunca debemos perder su esencia y que debemos dignificar entre todos sin renunciar a esa barita mágica que la investidura de nuestra bata blanca nos confería y muchos de nosotros pensamos nos debe seguir confiriendo para desarrollar nuestra actividad y lograr algo a veces tan complicado como es modificar los estilos de vida, desde el respeto bidireccional que la relación médico-paciente debe de contener por definición.

El Médico de Familia debe buscar la "promoción" de los estilos de vida cardiosaludables y entre todos priorizar el marco adecuado para poder desarrollar este tipo de intervenciones comunitarias, de las que nos beneficiaremos todos, porque no cabe duda que su utilización será una medida además de efectiva también eficiente.

La importancia del Ejercicio Físico a contribuir una mejor calidad de vida percibida y medible tiene que sustentarse tanto en lo que se refiere a "prevención primaria" que evite la aparición de la enfermedad, como a "prevención secundaria" que posibilite un tratamiento precoz y a "prevención terciaria" a través de las medidas oportunas de rehabilitación.

El Ejercicio Físico constituye además de un coadyuvante físico también otro psíquico, por ello su recomendación tiene que imbricarse en el contexto comunitario en el que se desarrolla nuestro trabajo y de ahí también como considera la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, la interrelación del Centro de Salud con las estructuras y asociaciones de su entorno tenga que fomentarse y la práctica y recomendación de Ejercicio Físico puede ser un buen ejemplo para ello.

La adopción de protocolos terapéuticos donde se realiza una adecuada valoración pre y post aplicación de un pro-

grama de este tipo, junto a una labor multidisciplinar donde medicina, enfermería y trabajadores sociales se incluyen fundamenta el sustrato necesario para alcanzar una intervención positiva, donde es fundamental para su prescripción diferenciar el concepto de "Actividad Física" que todos en mayor o menor medida realizamos, del concepto de "Ejercicio Físico", entendido como aquella actividad que se realiza de forma intencionada para incrementar el consumo calórico.

El Ejercicio Físico no tiene sentido concebirlo como una práctica aislada de determinado deporte un fin de semana, sino al contrario un estilo de vida que marque el ritmo diario de vida del individuo y donde se introduzca su práctica sin necesidad de ponerse el chándal. Por todo ello, como Médicos de Familia debemos promover los estilos de vida cardiosaludables que posibiliten alcanzar ese concepto de "salud" entendido como completo bienestar físico, psíquico y social.

EL ESPACIO DEL USUARIO

El derecho a la protección de la salud de los enfermos mentales

Ruiz Legido O¹

¹ Responsable del Gabinete Técnico-Jurídico de FACUA

El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía designó el año 2005 como año andaluz de la Salud Mental en una decisión que entendemos pretendía evidenciar el compromiso y la apuesta del Gobierno andaluz con la atención de las personas con enfermedades mentales y partiendo de la premisa de la necesidad de fomentar y potenciar esta atención, en una de las áreas de atención socio sanitaria en la que más desasistido se encuentra hoy el ciudadano. Además de insuficientes, los recursos sanitarios públicos que se destinan hoy por hoy a la salud mental son poco eficaces y provocan en el ciudadano (pacientes y familiares) la sensación, real y objetiva, de que está desasistido.

Existe poca información en general sobre salud mental, sobre los recursos disponibles y también sobre los necesarios en nuestra Comunidad capaces de poder ofrecer una atención más integral al paciente y sus familiares y respecto de patologías que despliegan su radio de acción más allá del paciente, afectando a sus familiares, vecinos y el entorno en el que se desenvuelve.

El informe de situación de Salud Mental realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en octubre de 2002 ponía de relieve una serie de problemas graves que era preciso afrontar para mejorar la atención de estos enfermos y la calidad de vida de sus familiares y allegados y puede decirse sin reparos tres años después que la gran mayoría de estos problemas perviven: la escasez de recursos humanos, las carencias formativas del personal y la escasez en general de recursos estructurales, las deficiencias organizativas, la ausencia de estructuras y de órganos de gestión unificados, las carencias en el espacio socio sanitario (sobre todo en la atención a enfermos mentales crónicos), las deficiencias en la coordinación con otros servicios tales como bienestar social, justicia, educación, atención primaria y con otras instituciones, la inexistencia de carteras de servicios o indefinición de los mismos, la debilidad de los programas específicos en todas las áreas de salud, la falta de protocolos clínicos consensuados, de atención a las conductas adictivas, falta de

una evaluación específica de la calidad de estos servicios, deficiencias en la desinstitucionalización de los enfermos internados en hospitales psiquiátricos, etc.

Estos problemas detectados desde el Observatorio del Sistema Nacional de Salud tras las encuestas y datos recabados del conjunto de Comunidades Autónomas reflejan una realidad que hoy por hoy continua. Buena parte de las debilidades y fallos que este informe señaló coinciden con los denunciados por el Defensor del Pueblo de Andalucía en su informe anual del 2002. Como punto de partida, esta meritada institución destacó que el número de quejas que tuvieron como objeto deficiencias en la atención de la salud mental habían pasado de una media inferior a 10 en la primera mitad de la década de los 90 a estacionarse en una media de 45 quejas en la segunda mitad, permaneciendo esta situación en los comienzos del nuevo milenio.

La situación por tanto es preocupante y pone de manifiesto que las quejas se han cuadruplicado en estos últimos años, continuando las denuncias sobre desamparo de los enfermos mentales por falta de dispositivos residenciales y su consecuencia más inmediata, que deban ser las familias las únicas que deben asumir en exclusividad el cuidado y la atención de estos enfermos, incluidos aquellos que pueden generar situaciones graves de peligrosidad y violencia.

Se define la situación por parte del propio Defensor del Pueblo de Andalucía de desamparo socio sanitario y además ratifica el hecho de cuando hablamos de salud mental aún se está lejos de que el derecho a la salud sea una realidad.

Ante esa situación es preciso plantearse que no sólo basta con declaraciones formales de Año x de la salud mental o con elaborar un Plan de Salud Mental a desarrollar en 5 años si no existe un compromiso decidido, con su correspondiente refrendo presupuestario, de destinar recursos suficientes a mejorar la calidad de la atención de la salud mental y si la gestión de dichos recursos y el de-



bate sobre qué es preciso cambiar y cómo no se abre a la sociedad y a la participación social para desde la corresponsabilidad dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las demandas y necesidades de los ciudadanos de los pacientes, de sus familiares, de los profesionales sanitarios, y de la sociedad en su conjunto? ¿Qué se pueda hacer para dar respuesta a estas necesidades y qué debe priorizarse?

Resulta patente que los servicios de salud mental actualmente se muestran insuficientes para responder adecuadamente a las necesidades que demanda la población,

una sociedad en la que los problemas de salud mental crecen más deprisa que la capacidad de los servicios públicos para responder a los mimos. Así se calcula, según datos de la Asociación de Enfermería en Salud Mental que entre un 20% y un 40% de los pacientes que acuden al médico de familia presentan algún tipo de patología relacionada con la salud mental.

Ante esta situación resulta prioritario potenciar la toma de conciencia de toda la sociedad y una mayor implicación de los poderes públicos sobre la salud mental, mucho más allá de las declaraciones de principios.

ORIGINAL

Medición de parámetros inflamatorios en el seguimiento de pacientes con cardiopatía isquémica

Rodríguez González MJ¹, Benítez Rodríguez E², García González L³, Morales Ponce F⁴, Oneto Otero J⁴, Lorenzo Peñuelas A⁵

¹ Médica de Familia. Centro de Salud de La Longuera (Cádiz); ² Especialista en Medicina Preventiva. Salud Pública. Servicio de Medicina Preventiva. H. U. Puerta del Mar (Cádiz); ³ Médica de Familia. Servicio de Admisión. H. de Jerez de la Frontera (Cádiz); ⁴ Cardiólogo. Servicio de Cardiología. H. U. Puerto Real (Cádiz); ⁵ Oncólogo. Servicio de Oncología. H. U. Puerto Real (Cádiz).

MEDICIÓN DE PARÁMETROS INFLAMATORIOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Objetivo: Analizar los niveles basales y de seguimiento de la proteína C reactiva (PCR) y del fibrinógeno en pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica y sometidos a ACTP/Stent.

Diseño: Estudio observacional prospectivo para el análisis de los marcadores inflamatorios, PCR y fibrinógeno, en pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica y sometidos a ACTP/Stent.

Emplazamiento: Pacientes atendidos en el servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Puerto Real, durante el periodo comprendido entre septiembre de 1999 y septiembre de 2000.

Población y muestra: Se incluyeron los pacientes con cardiopatía isquémica, con clínica de angor ó de infarto agudo de miocardio (IAM) sometidos a cateterismo cardiaco, excluyendo a aquellos que presentaran alguna enfermedad de características inflamatorias.

Intervenciones: A través de la historia clínica se recogieron las variables edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes personales de cardiopatía isquémica y presencia de otras patologías asociadas. Todos los pacientes fueron seguidos durante un periodo mínimo de 12 meses. Las variables analíticas, PCR y fibrinógeno, se midieron en el momento basal, al 1º, 3º y 6º mes, recogiendo también información de cambios clínicos y evolución del paciente. Se consideró buena evolución cuando el paciente permaneció asintomático a lo largo del seguimiento, y malo si presentó algún evento cardiovascular. Entendiendo por evento cardiovascular: muerte cardiovascular, infarto no fatal, revascularización del vaso culpable (reestenosis) y aparición de nuevas lesiones.

Resultados: Se estudiaron 96 pacientes, de los cuales 16 presentaron mala evolución (16,7%). La edad media de los individuos fue de 62 años (DE: 11 años). El 74% fueron varones. Los pacientes con buena evolución clínica, mostraron una disminución significativa de los niveles plasmáticos de la PCR ($p < 0,001$) y del fibrinógeno ($p = 0,004$). En aquellos pacientes con mala evolución (presencia de reestenosis), presentaron un incremento significativo de los niveles de PCR ($p = 0,001$) y de fibrinógeno ($p = 0,001$), ante la presencia de reestenosis.

Conclusiones: En los pacientes con cardiopatía isquémica los niveles de los marcadores inflamatorios, PCR y fibrinógeno, durante la presencia de clínica de angor o IAM están más elevados al inicio y descienden a lo largo del seguimiento en los pacientes con buena evolución clínica, presentando una elevación en el caso de aparición de un evento cardiovascular (reestenosis).

Palabras clave: cardiopatía isquémica, proteína C-reativa, fibrinógeno.

Correspondencia: Dra. M.ª José Rodríguez González. Centro de Salud de La Longuera. C/ La Longuera, s/n. 11.130 Chiclana (Cádiz).

E-mail: encarnacion.benitez@uca.es. Teléfono: 956 00 61 40 / Fax: 956 00 61 15.

Recibido el 8-03-2005; aceptado para publicación el 04-07-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 3: 129-135

MEASURING INFLAMMATION PARAMETERS IN THE FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH CARDIOPATHIC ISCHEMIA

Goal: To analyze basal and follow-up levels of the C-Reactive Protein (CRP) and fibrinogen in patients diagnosed with cardiopathic ischemia and who have been treated with a PTCA/Stent.

Design: Observational prospective study to analyze inflammation markers, CRP, and fibrinogen, in patients diagnosed with cardiopathic ischemia and who have been treated with a PTCA/Stent.

Setting: Patients treated in the cardiology department of the *Puerto Real* University Hospital from September 1999 to September 2000.

Population and sample: The study included patients with cardiopathic ischemia with symptoms of angor or acute myocardial infarct (AMI) who had undergone a cardiac catheterization. It excluded those who showed signs of any illness characterized by inflammation.

Interventions: The patient's clinical history was used to gather variables on age, sex, cardiovascular risk factors, prior personal history of cardiopathic ischemia and the presence of other related pathologies. All patients were followed during a minimum period of 12 months. The variables used for analysis – CRP and fibrinogen – were measured during the basal moment and then at the end of the first, third and sixth month, while also gathering information on the patient's progress and any clinical changes. It was considered to be good progress when the patient remained asymptomatic throughout the follow-up phase and poor progress if the patient had suffered any cardiovascular event during that phase. The term "cardiovascular event" includes: cardiovascular death, a non-fatal heart attack, revascularization of the blood vessel involved (reestenosis) and the appearance of new lesions.

Results: 96 patients were included in the study and 16 of them showed poor progress (16.7%). The average individual's age was 62 (SD: 11 years). 74% were males. Patients with good progress showed a significant decrease of CRP levels in plasma ($p < 0.001$) and of fibrinogen ($p = 0.004$). Patients with poor progress (presence of reestenosis) showed a significant increase in CRP levels ($p = 0.001$) and of fibrinogen ($p = 0.001$) in the presence of reestenosis.

Conclusions: In patients with cardiopathic ischemia who experienced angor or an AMI, the levels of inflammation markers (CRP and fibrinogen) were more elevated at the beginning and descended during the follow-up period among those who made good progress. Levels rose when a cardiovascular event (reestenosis) occurred.

Key words: cardiopathic ischemia, C-reactive protein, fibrinogen.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares, incluyendo la cardiopatía isquémica, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) representan la primera causa de muerte en los países industrializados, provocando la muerte de unos 17 millones de personas al año, lo que representa casi una tercera parte de todas las defunciones del mundo^{1,2}. En 2020 serán la principal causa de defunción y discapacidad en todo el mundo². En España también representa la primera causa de muerte, suponiendo más del 40% del total de muertes³. Los principales grupos dentro de las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad vascular cerebral y la cardiopatía isquémica, producen cerca del 60% de la mortalidad cardiovascular total. La enfermedad isquémica del corazón ocasiona el 29% de todas las muertes cardiocirculatorias (SESPAS 1999)⁴.

En el Pooling Project⁵ quedaron bien establecidos, como principales factores de riesgo modificables de la enfermedad cardiovascular, el exceso de colesterol en sangre, las cifras altas de presión arterial y el consumo de cigarrillos. En la actualidad se añaden las cifras bajas de colesterol HDL, la diabetes y las cifras elevadas de fibrinógeno⁶. Hay una relación estrecha entre cada uno ellos, encontrándose que la obesidad⁷ y los fumadores tiene cifras de fibrinógeno más altas. A sí mismo tabaco y fibrinógeno se relacionan con los factores favorecedores de la trombosis, la complicación más importante de la placa de ateroma⁶. De todo lo referido anteriormente, llegamos al estudio de Asenjo y colaboradores sobre la utilidad de promover un método de cálculo del riesgo cardiovascular en atención Primaria.

El método recomendado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria es el de Framingham⁸. En el reciente informe del CEIP (Comité Español Interdisciplinario para la prevención cardiovascular) así como en la adaptación española de la guía europea de prevención cardiovascular que sirve de base, recomiendan la utilización del método SCORE para el cálculo del riesgo cardiovascular^{9,10}.

Inflamación y arteriosclerosis:

En el proceso inflamatorio se describen una gran cantidad de alteraciones provocadas por la liberación de citoquinas, tanto locales como sistémicas. Entre los cambios sistémicos destaca la alteración en las concentraciones de un grupo de proteínas séricas de síntesis hepática denominadas "reactantes de fase aguda", entre las que se encuentran la proteína C reactiva (PCR) y el fibrinógeno, con un aumento en sus cifras plasmáticas^{11,12}. En el caso de la patología cardiovascular dicha elevación parece estar determinada por la inestabilidad subclínica persistente de las placas de ateroma^{13,14}.

Diferentes datos clínicos sostienen el papel de la disfunción endotelial en pacientes con síndrome coronario agudo y demuestran una relación con la elevación en los niveles de PCR, pudiendo esto servir como un marcador del estrés impuesto por los factores de riesgo en la pared arterial. Además puede suministrar información sobre el diagnóstico y el pronóstico de pacientes con riesgo de enfermedad coronaria¹⁵.

Según los estudios, tanto PCR como fibrinógeno se muestran más elevados en pacientes con cardiopatía isquémica. Y entre pacientes con cardiopatía isquémica los niveles de estos marcadores están más elevados en aquellos con mayor tendencia a presentar un nuevo evento cardiovascular^{16,17}.

Se ha podido establecer que existe un aumento del riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM) en aquellos pacientes sanos desde el punto de vista clínico cuyos niveles de PCR se hallaban más elevados¹³. Si la PCR se encuentra elevada en el enfermo con angina inestable en el momento del alta, después de un IAM, o incluso antes de una operación de by-pass o de una angioplastia, existen más posibilidades de presentar riesgo de episodios cardiovasculares. Si además existe hipercolesterolemia asociada, el riesgo aumenta todavía más¹⁸.

Estudios más recientes apuntan la posibilidad de utilizar dichos marcadores en la identificación de pacientes de alto riesgo respecto aquello que tienen un riesgo moderado de padecer dichos episodios^{16,17}.

Con respecto al fibrinógeno ya se demostró hace unos años que altos niveles de fibrinógeno podrían ser predictores de IAM¹⁹, y algunos estudios lo consideran, cuando está elevado, como un factor de riesgo independiente para la enfermedad coronaria²⁰.

Objetivo:

El objetivo del estudio es analizar los niveles basales y de seguimiento de la proteína C reactiva (PCR) y del fibrinógeno en pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica y sometidos a ACTP/Stent.

Sujetos y métodos

Estudio observacional prospectivo, que se ha llevado a cabo en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz), hospital que abarca una población de unos 290.000 habitantes. El periodo de reclutamiento de los pacientes fue desde septiembre de 1999 a septiembre de 2000.

A todos los pacientes se les siguió hasta finalizar el estudio o hasta la aparición de un evento cardiovascular, garantizándose un seguimiento mínimo de 12 meses.

Se han incluido 96 pacientes con cardiopatía isquémica, con clínica de angor o de infarto agudo de miocardio (IAM), sometidos a cateterismo cardiaco y con presencia de estenosis coronaria severa ($\geq 70\%$ de estenosis luminal), a los que se le realiza revascularización percutánea. Se excluyen del estudio aquellos con alguna enfermedad de carácter inflamatorio crónico (ej. Artritis reumatoide) que pudiera alterar los resultados. En aquellos pacien-

tes con procesos agudos (ej. Gripe) se les citaba cuando ya hubiese cesado el cuadro clínico.

Se han medido variables clínicas y analíticas.

A partir de la historia clínica del enfermo se recogieron las variables edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), antecedentes personales de cardiopatía isquémica y patologías asociadas.

Las variables analíticas medidas fueron la determinación de PCR y Fibrinógeno a los 0, 1, 3 y 6 meses, y también ante la aparición de un evento cardiovascular (en concreto, ante la presencia de reestenosis), coincidiendo con las revisiones realizadas a los pacientes.

En las revisiones se recogían, además, los cambios clínicos y la evolución del paciente. Se definió buena evolución clínica aquella en la que el paciente permaneció asintomático, y mala si presentó algún evento cardiovascular. Entendiendo por tal, la aparición de muerte cardiovascular, IAM no fatal, revascularización (presencia de reestenosis) y presencia de nuevas lesiones.

La determinación de la proteína C reactiva se realizó mediante un método inmunoturbidimétrico cuantitativo. Y la determinación de fibrinógeno mediante el método coagulométrico de Clauss.

Se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y media, mediana y desviación estándar para las variables cuantitativas. Para el análisis de la evolución de los parámetros inflamatorios a lo largo del seguimiento y ante la aparición de un evento cardiovascular se utilizó el test no paramétrico de Friedman.

El almacenamiento de los datos se realizó con la hoja de cálculo Excel de Microsoft y el análisis con el paquete estadístico SPSS 10.0.

Resultados

Se estudiaron 96 pacientes. La edad media fue de 62 años (DE 11 años). El 74% eran varones. Entre los factores de riesgo cardiovascular destacan el tabaquismo (65%), seguido de la hipercolesterolemia (57%), la diabetes mellitus (54%) y la hipertensión arterial (48%). Entre los antecedentes personales destaca que el 35% habían tenido un infarto agudo de miocardio previo. Como patologías asociadas destaca que 3 pacientes habían sufrido ACV (3,1%).

16 pacientes (16,7%) presentaron mala evolución clínica. De ellos 10 (62,5%) requirió nueva revascularización (reestenosis), 2 (12,5%) presentó IAM no mortal, 2 (12,5%) fallecieron por evento cardiovascular y 2 (12,5%) presentaron nuevas lesiones.

En el grupo con mala evolución (reestenosis) la edad media fue de 64 años (DE 10 años), el 68,8% eran varones. La distribución de los factores de riesgo fue la siguiente: 62,5% eran fumadores, el 56,3% presentaban hipercolesterolemia, el 43,8% eran diabéticos y el 37,5% con hipertensión arterial. La frecuencia de estos factores de riesgo en los pacientes con buena evolución fue: 65% fumadores, 57,5% hipercolesterolemia, 38,8% diabéticos, 50% hipertensos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En cuanto a los valores de los marcadores inflamatorios, en el estudio, observamos que los pacientes con buena evolución presentaron un descenso significativo de las

concentraciones plasmáticas de PCR ($p < 0,001$) y de fibrinógeno ($p = 0,004$) a lo largo del seguimiento, siendo más acusado durante el 1º mes de evolución, a partir de este 1º mes las concentraciones siguieron disminuyendo pero de forma menos pronunciada (Tabla 1. Figuras 1 y 2).

En aquellos con mala evolución, ante la presencia de una reestenosis, apareció un ascenso significativo de los valores analíticos de la PCR ($p = 0,001$) y el fibrinógeno ($p = 0,001$) en el momento de la aparición de este evento (Tabla 2. Figuras 3 y 4). Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas cuando se incluyó el grupo completo de mala evolución clínica.

Discusión

Los parámetros inflamatorios medidos en el estudio, PCR y fibrinógeno, son marcadores con elevada sensibilidad pero con poca especificidad, porque pueden aumentar ante muchas otras circunstancias, como por ejemplo cualquier proceso inflamatorio y aunque se han excluido aquellos pacientes con patologías que pudieran interferir en los niveles de los mismos, sus valores no podrían aislarse exclusivamente a los procesos cardiovasculares. Sobre las concentraciones de PCR y de fibrinógeno influyen numerosas variables, que habría que considerar al hacer el estudio, como la edad, tabaquismo, obesidad, menopausia, infecciones crónicas, etc. Otro de los parámetros que influyen es la medicación, y este es un punto importante en la cardiopatía isquémica. La medicación con antiagregantes y con fibrinolíticos, tan frecuente en la cardiopatía isquémica, afectan directamente a las concentraciones plasmáticas de PCR y fibrinógeno⁷, lo cual dificulta notablemente el estudio y hace que tengamos que tomar los resultados del estudio con cautela.

La inflamación es un componente de las placas ateroscleróticas, pero también es un posible factor patológico del evento coronario agudo responsable de la inestabilidad coronaria. Los marcadores inflamatorios son considerados como factores de riesgo para la aterosclerosis. Entre estos se encuentra la PCR, que es el que encontramos más frecuentemente en pacientes con IAM. Además valores altos de marcadores inflamatorios indican un peor pronóstico después del IAM²¹.

En nuestro estudio los niveles de PCR, ante la clínica de angor ó de IAM, se encuentran elevados al inicio del seguimiento, incrementándose ante la presencia de un nuevo evento cardiovascular.

En este sentido el estudio de Apetrei y colaboradores resalta el papel de la inflamación como paso crucial en la patogénesis del síndrome coronario agudo (SCA), llegan a la conclusión de que la inflamación mediada por PCR parece estar asociada con un significativo estado pro-

trombótico y una disfunción endotelial en pacientes con SCA sin elevación de ST²². Otros trabajos también estudian la PCR como indicador de la severidad de IAM con segmento ST elevado. Este también es un indicador de complicaciones durante la hospitalización, esto fue lo que Dedobbeleer y colaboradores demostraron en el estudio de la elevación de PCR en el IAM²³. Anderson y colaboradores encontraron que los niveles de PCR eran significativamente más altos en los pacientes con enfermedad de arteria coronaria y que había una correlación inversa entre los niveles de la PCR y una vasodilatación patológica "endotelio dependiente"²⁴.

Saigo y colaboradores, en cambio, midieron la PCR en pacientes jóvenes en el curso de un IAM y lo compararon con un grupo control sano, resultando que los niveles plasmáticos de PCR eran significativamente más altos en los pacientes que en los controles²⁵.

Otros autores han demostrado que una elevación de la PCR en suero estaba asociada con una alta incidencia de trombos en ventrículo izquierdo después del IAM, sugiriendo un importante papel de la respuesta inflamatoria en la formación de trombo mural²⁶.

También observamos que los niveles de PCR, ante la clínica de angor ó de IAM, estaban elevados al inicio, descendiendo a lo largo del seguimiento en aquellos pacientes con buena evolución clínica.

Otros autores plantean el caso de diferente forma, así Pudil y colaboradores, demostraron que ante una revascularización exitosa de la arteria coronaria, los niveles plasmáticos de PCR y del factor de necrosis tumoral disminuyeron significativamente²⁷.

En nuestro trabajo encontramos que los niveles plasmáticos de fibrinógeno, ante la clínica de angor ó de IAM, están descendidos a lo largo del seguimiento en aquellos con buena evolución, incrementándose ante la presencia de un nuevo evento cardiovascular. En el estudio de Lisowski y colaboradores vieron el papel del fibrinógeno y de otros factores hemostáticos como factores de riesgo independientes de la enfermedad cardiovascular²⁸.

Auci y colaboradores en su estudio encontraron que había una asociación entre reestenosis y hemoglobina, hematocrito, recuento de células rojas, recuento de células blancas, recuento de plaquetas y niveles plasmáticos de fibrinógeno²⁹.

La historia familiar de infarto de miocardio (IM) es un factor de riesgo conocido para la enfermedad coronaria, así Robinson y colaboradores concluyeron que los niveles plasmáticos de fibrinógeno pueden indicar un riesgo para la enfermedad de arteria coronaria en sujetos con una fuerte historia familiar de IAM³⁰.

Conclusiones

En los pacientes con cardiopatía isquémica los niveles de los marcadores inflamatorios, PCR y fibrinógeno, durante la presencia de clínica de angor o IAM están más elevados al inicio y descienden a lo largo del seguimiento en pacientes con buena evolución clínica, presentándose una elevación en el caso de aparición de un evento cardiovascular (reestenosis).

Nota:

Por último resaltar que este estudio forma parte de un trabajo más amplio donde también estudiamos otros parámetros, como la importancia de los vasodilatadores endógenos prostaciclina (PGI₂) y Óxido Nítrico en el seguimiento de los pacientes diagnosticados, mediante cateterismo cardiaco, de cardiopatía isquémica³¹.

Bibliografía

1. De la Mata I, López Bescós L, Heras M, Banegas JR, Marrugat J, Villar F et al. Cardiopatía isquémica en España. Análisis de la situación 2001. Sociedad española de Cardiología.
2. Mackay J, Mensah G. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Ginebra: OMS; 2004.
3. Aviles FF, De la Fuente L. Cardiopatía isquémica (I). El médico 2001; 785:29-52.
4. Informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria). Objetivo 9: Reducir las enfermedades cardiovasculares. Coordinadores: Villar F, Benegas JR. Sevilla 1999.
5. Dawler Th R. Relationship of blood pressure, serum colesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities. Final Report of the Pooling Project. J Chronic Dis 1978; 31: 201-306.
6. Abadal, TL. Concepto y revisión histórica de los factores de riesgo coronario. En: Plaza, I. Cardiología preventiva: Libro de la Sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación. Barcelona: Ediciones Doyma; 2000.
7. Divison JA, Sanchis C, Artigao LM, Garcia Gosalvez F, Lopez Abril J, Naharro Rodríguez Panos B, et al. Prevalence of obesity and its relationship with cardiovascular risk in general population of Albacete. Aten Primaria 1998; 21: 205-212.
8. Asenjo Vázquez C, Espinola Rodríguez A, Figueras Camós F, Val Jiménez A. Cálculo del riesgo cardiovascular. ¿Qué método utilizar? Aten Primaria 1999; 23: 176-177.
9. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J 2003; 24: 987-1003.
10. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Guía Europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Tercer Grupo de Trabajo de las Sociedades europeas y otras sociedades sobre prevención cardiovascular en la práctica clínica. Eur Heart J 2003; 24: 1601-1610.
11. Ross R. The pathogenesis of atherosclerosis: a perspective from the 1990s. Nature 1993; 362: 801-809.
12. Van der Wal AC, Becker AE, Van der Loos CM, Das PK. Site of intimal rupture or erosion of thrombosed coronary atherosclerotic plaques is characterized by an inflammatory process irrespective of the dominant plaque morphology. Circulation 1994; 89: 36-44.
13. Ridker PM, Cushman M, Stampfer MJ, Tracy RP, Hennekens CH. Inflammation, aspirin and the risk of cardiovascular disease in apparently healthy men. N Engl J Med 1997; 336: 973-979.
14. Bazzino O. Valor pronóstico de la determinación de la proteína C reactiva en la angina inestable. Rev Esp Cardiol 2001; 54:1-6.
15. Schachinger V, Zeiher AM. Atherosclerosis-associated endothelial dysfunction. Z Kardiol 2000; 89 Suppl 9: 70-74.
16. Kannel WB, Wolf PA, Castelli WP, D'Agostino RB. Fibrinogen and risk of cardiovascular disease. J Am Med Assoc 1987; 258: 1183-1186.

17. Reunanen A, Knekt P, Aaran R-K. Serum ceruloplasmin and the risk of myocardial infarction and stroke. *Am J Epidemiol* 1992; 136: 1082-1090.
18. Fuster V. Activación y estabilización de la placa aterosclerótica. En : Achenbach S, Antman EM, Fuster V et al. IX Simposio internacional de Cardiopatía isquémica. Barcelona: Ediciones Mayo; 2000. p. 1-10.
19. Teger-Nilsson AC, Larsson PT, Hjerdahl P, Olsson G. Fibrinogen and plasminogen activator inhibitor-1 levels in hypertension and coronary heart disease. Potential effects of beta-blockade. *Circulation*, 1991; 84(6): V172-177. Review.
20. Tedeschi-Reiner E, Reiner Z. Estrogens and risks for onset of atherosclerosis. *Lijec Vjesn* 2001; 123: 135-141.
21. Mirat J, Raguz M, Romić Z, Bergovec M, Raos V, Sikic-Vagic J et al. Inflammation markers in acute coronary syndrome. *Acta Med Croatica* 2004; 58:115-117.
22. Apetrei E, Ciobanu-Jurcut R, Rugina M, Gavrilă A, Uscatescu V.C-reactive protein, prothrombotic imbalance and endothelial dysfunction in acute coronary syndromes without ST elevation. *Rom J Intern Med* 2004; 42: 95-102.
23. Dedobbeleer C, Melot C, Renard M. C-reactive protein increase in acute myocardial infarction. *Acta Cardiol* 2004; 59: 291-296.
24. Anderson R, Dart AM, Starr J, Shaw J, Chin-Dusting JP. Plasma C-reactive protein, but not protein S, VCAM-1, von Willebrand factor or P-selectin, is associated with endothelium dysfunction in coronary artery disease. *Atherosclerosis* 2004; 172: 345-351.
25. Saigo M, Waters DD, Abe S, Biro S, Minagoe S, Maruyama I et al. Soluble fibrin, C-reactive protein, fibrinogen, factor VII, antithrombin, proteins C and S, tissue factor, D-dimer, and prothrombin fragment? In men with acute myocardial infarction <= 45 years of age. *Am J Cardiol* 2004; 94: 1410-1413.
26. Anzai T, Yoshikawa T, Kaneko H, Maekawa Y, Iwanaga S, Asakura Y et al. Association between serum C-reactive protein elevation and left ventricular thrombus formation after first anterior myocardial infarction. *Chest* 2004; 125: 384-389.
27. Pudil R, Pidman V, Krejek J, Gregor J, Tichý M, Andrys C et al. The effect of reperfusion on plasma tumor necrosis factor alpha and reactive protein levels in the course of acute myocardial infarction. *Acta Medica (Hradec Kralove)* 1996; 39: 149-153.
28. Lisowski P, Malyszko J, Lisowska A, Czech B, Mysliwiec M, Jackowski R et al. Role of the hemostasis in atherosclerosis-main cause of ischemic heart disease. *Pol Merkuriusz Lek* 2004; 16:465-467.
29. Avci A, Boyaci A, Cagli K, Cosgun A, Gokce V, Duru et al. Influence of haematological parameters before coronary angioplasty on subsequent restenosis. *Acta Cardiol* 2004; 59: 263-268.
30. Robinson DM, Schwahn C, Alte D, John U, Feliz SB, Volzle H. Plasma fibrinogen levels are associated with a strong family history myocardial infarction. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2004; 15(6): 497-502.
31. Rodríguez González MJ. Niveles de Prostaciclina y Óxido Nítrico como posibles Marcadores de Reestenosis Coronaria. [Tesis doctoral]. Universidad de Cádiz, 2002.

Tabla 1. Marcadores inflamatorios, PCR y fibrinógeno, en pacientes con buena evolución clínica

Marcador	Media (DE)	Mediana	p (test Fridman)
PCR			
0 Mes	2,11(3,5)	0,95	<0,001
1	0,98(0,6)	0,64	
3	0,67(0,5)	0,50	
6	0,59(0,4)	0,44	
Fibrinógeno			
0 Mes	440,62 (123,48)	426,5	0,004
1	368,04(99,67)	354	
3	366,4 (91,51)	365	
6	365,91(86,35)	359	

Tabla 2. Marcadores inflamatorios, PCR y fibrinógeno, en pacientes con mala evolución clínica

Marcador	Media (DE)	Mediana	p (test Fridman)
PCR			
0 Mes	1,6(1,6)	1,2	0,001
1	1,01(0,63)	0,77	
3	0,74(0,48)	0,67	
6	0,58(0,4)	0,67	
Reestenosis	1,46(1,2)	1,11	
Fibrinógeno			
0 Mes	421,81(94,9)	394,5	0,001
1	350,36(55,68)	357	
3	335,41(51,02)	330,5	
6	311,42(62,6)	303,5	
Reestenosis	400,5(117,05)	392,5	

Figura 1. Valores PCR en Pacientes con Buena Evolución

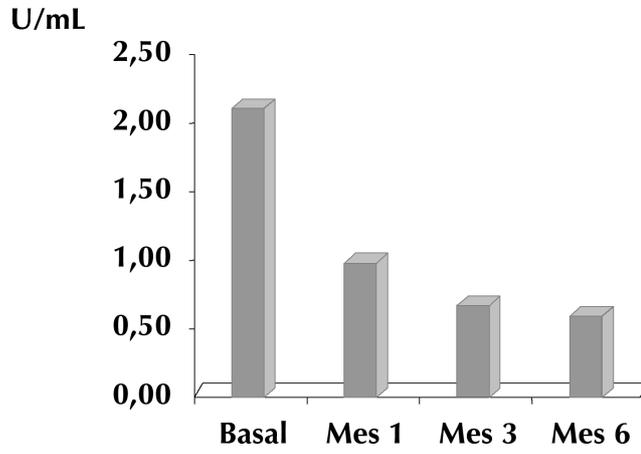


Figura 2. Valores Fibrinógeno en Pacientes con Buena Evolución

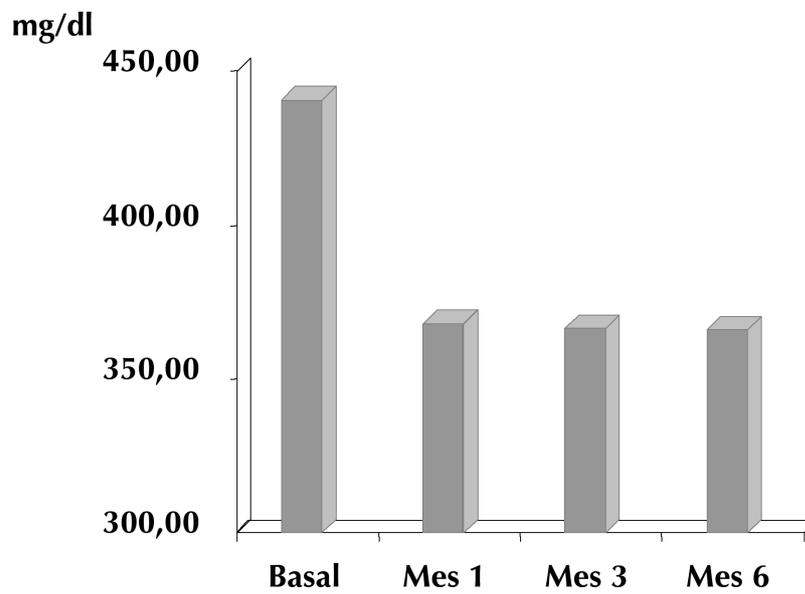


Figura 3. Valores PCR en Pacientes Mala Evolución (Reestenosis)

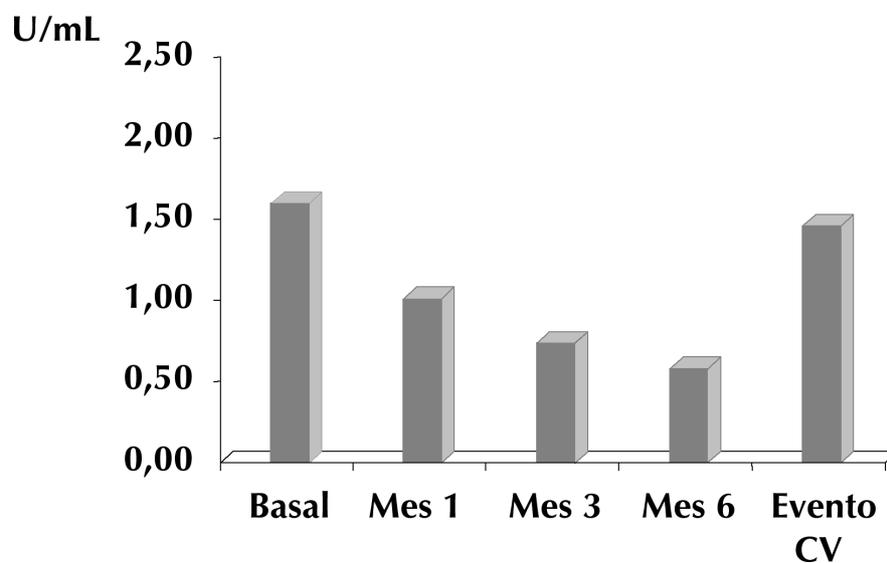
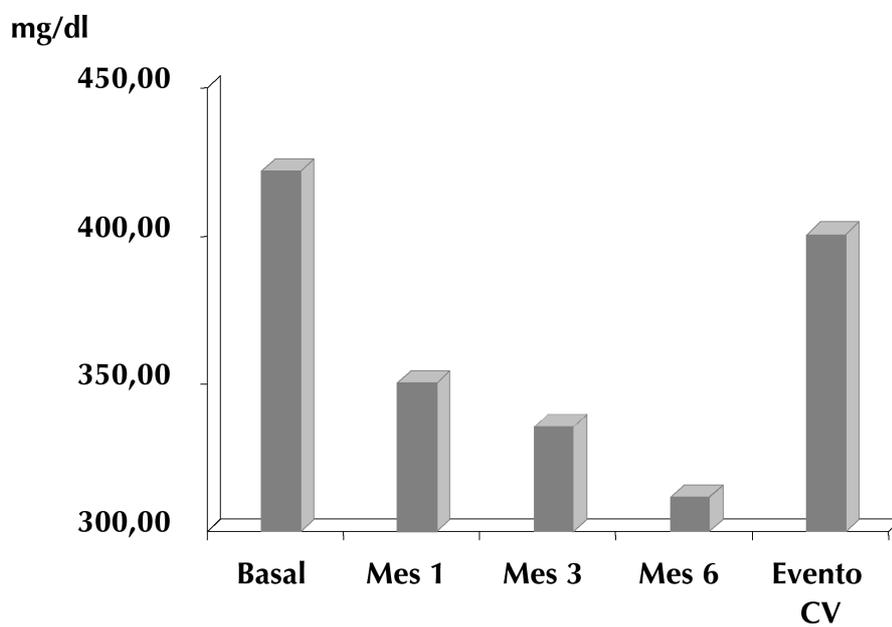


Figura 4. Valores Fibrinógeno en Pacientes con Mala Evolución (Reestenosis)



ORIGINAL

Calidad de vida y situación sociosanitaria de los pacientes con EPOC

Espinosa Mesa N¹, Perea Herrera R¹, Vega García S S¹, Bermejo Guillén G¹, Lahoz Rallo B²

¹ MIR R3 de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Centro de Salud La Granja. Jerez de la Frontera (Cádiz);

² Médica de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (Cádiz).

CALIDAD DE VIDA Y SITUACIÓN SOCIOSANITARIA DE LOS PACIENTES CON EPOC

Objetivos: Conocer la situación socio-sanitaria y calidad de vida de los pacientes con EPOC.

Diseño: Estudio descriptivo transversal

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Población y muestra: 45 pacientes con diagnóstico de EPOC.

Mediciones: los datos se obtuvieron mediante entrevista personal con cuestionarios heteroadministrados, utilizando para medir la calidad de vida el cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica (CRQ) cuya puntuación total oscila entre 20 y 140, peor y mejor puntuación, respectivamente. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, de calidad de vida, de adecuación y cumplimiento del tratamiento y utilización de servicios anuales. El análisis se realizó mediante el programa informático SPSS versión 11.0.

Resultados: la edad media fue 68 ± 9 años, 86,7% varón y 89% con antecedente tabáquico. El 71,4% presentaban un grado moderado de EPOC (FEV1 $60,8 \pm 13\%$). La puntuación media total del CRQ fue $92,2 \pm 21,3$.

El 95,6% usaban inhaladores, la mayoría polvo seco, el 80% no realizaban la técnica inhalatoria correctamente. El 91,4% presentaba un tratamiento adecuado para su estadio clínico y un 77,8% autodeclaraban cumplirlo.

Los pacientes generaban al año una media de $3,7 \pm 3,8$ consultas por EPOC al centro de salud, $1,7 \pm 1,1$ visitas a urgencias hospitalarias y $2,2 \pm 1,5$ hospitalizaciones.

Encontramos asociación entre las dimensiones de calidad de vida y el sexo, el grado de EPOC, el tipo de inhalador y la adecuación del tratamiento.

Conclusiones: los pacientes gozan, en general., de una buena calidad de vida. Existen factores que influyen positivamente en determinadas dimensiones de la calidad de vida, como son: el sexo masculino, un adecuado tratamiento y el uso de inhaladores de polvo seco.

Palabras clave: COPD (EPOC), quality of life (calidad de vida).

QUALITY OF LIFE AND THE SOCIAL AND HEALTH SITUATION OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)

Goal: To investigate the social and health situation of patients with COPD, as well as their quality of life.

Design: Descriptive, cross-sectional study.

Setting: An urban health center.

Population and sample: 45 patients diagnosed with COPD.

Interventions: Information was obtained through personal interviews based on the question-answer method. Quality of life was measured by using the chronic respiratory questionnaire (CRQ), with total score oscillating between 20 and 140 for worst and best scores, respectively. Data was gathered on the following variables: socio-demographics, clinical history, quality of life, adequacy and completion of prescribed treatment, and the use of annual services. The program used for statistical analysis was *SPSS version 11.0*

Results: Average age was 68 ± 9 years old. 86.7% were males and 89% had a prior history of smoking. 71.4% showed a moderate degree of COPD (FEV1 $60.8 \pm 13\%$). The average total score on the CRQ was 92.2 ± 21.3 .

95.6% used inhalers, the majority of them dry powder inhalers. 80% of them did not follow correct inhalation techniques. 91.4% had received adequate treatment for their clinical condition and 77.8% affirmed that they properly completed their treatment.

The patients generated an average of 3.7 ± 3.8 visits annually for COPD in the health center; 1.7 ± 1.1 visits to hospital emergency rooms and 2.2 ± 1.5 hospital admissions. We found an association in the dimensions of quality of life and gender, degree of COPD, type of inhalation device, and adequacy of treatment.

Conclusions: Generally speaking, the patients had a good quality of life. Factors that exerted a positive influence on certain aspects of the quality of life were: male gender, adequate treatment, and the use of dry powder inhalers.

Key words: COPD, quality of life.

Correspondencia: Espinosa Mesa, Noelia. Av. de Portugal nº 32, 7º F. 11008 Cádiz. Tfno: 956 076080 / 696 082047. E-mail: inema@hotmail.com

Recibido el 8-05-2005; aceptado para publicación el 04-07-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 3: 136-143

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) afecta alrededor de 52 millones de personas en el mundo. Es hoy la cuarta causa de mortalidad, detrás del cáncer, las enfermedades cardíacas y las cerebro-vasculares, y se estima que en los próximos años se convertirá en la tercera causa^{1, 2}.

La EPOC constituye un 10% de todas las consultas de atención primaria, casi el 40% de las consultas de Neumología, el 7% de los ingresos hospitalarios y el 35% de las incapacidades laborales permanentes, por lo que el impacto sanitario, social y económico es elevado. Además se espera un aumento de la prevalencia en los próximos años debido principalmente a la incorporación del hábito tabáquico en las mujeres³.

El curso progresivo de esta enfermedad, es a menudo agravado por las exacerbaciones que constituyen el mayor riesgo de morbilidad y repercuten negativamente en la calidad de vida y función pulmonar en pacientes con obstrucción crónica al flujo aéreo^{4, 5}, particularmente en fumadores activos. Las principales causas de las agudizaciones son las infecciones respiratorias.

Una intervención precoz y adecuada es necesaria para la disminución de los ingresos hospitalarios, la disminución de la mortalidad y morbilidad y la reducción de los costes sanitarios, y el aumento de la calidad de vida. Todos estos aspectos hacen imprescindibles el abordaje integral de este enfermo, sin olvidar un área muy importante en toda enfermedad crónica, la calidad de vida. Ya son muchos los trabajos internacionales y nacionales que han aplicado este concepto en sus investigación⁶.

La evaluación estandarizada de la calidad de vida en la EPOC permite abordar de una manera más comprensiva la morbilidad que estos pacientes presentan, mucho más compleja que la alteración fisiopatológica sin más, y aporta un elemento de medida para definir cuáles son las actitudes terapéuticas que ofrecen al final un mayor o menor grado de bienestar.

Los primeros estudios sobre calidad de vida en la EPOC se remontan a principios de los años 80 y se aplicaron para valorar los efectos de la oxigenoterapia continua⁷ o la respiración a presión positiva intermitente⁸. En la actualidad existen distintos instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la EPOC, divididos en dos grandes apartados genéricos y específicos.

Entre los genéricos, están: **Sickness Impact Profile** (SIP) con validez y reproducibilidad satisfactorias pero, su capacidad a la hora de detectar cambios en la EPOC está aún por precisar^{9, 10}; **Medical Out comes Studio** (MOS SF-36) cuya experiencia en la EPOC es aún escasa¹¹ **Nottingham Health Profile** (NHP) con validez y reproducibilidad

adecuadas, pero su grado de sensibilidad al cambio está todavía por definir^{12, 10}. Entre los específicos, destacar el **St. George's Respiratory Questionnaire** (SGRQ) es reproducible, válido y el doble de sensible al cambio que el SIP¹³ y el **Chronic Respiratory Disease Questionnaire** (CRDQ) cuya reproducibilidad, validez y capacidad para detectar cambios han sido contrastados y con resultados satisfactorios¹⁴.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el año 2004. El ámbito de estudio fue el Centro de Salud La Granja de Jerez de la Frontera (Cádiz), que tiene asignada una población total de 16.700 habitantes de nivel socioeconómico medio-bajo. La población estudiada fueron los pacientes con diagnóstico de EPOC en la fecha de inicio del estudio (agosto de 2003): 132 según nuestros registros en el programa informático TASS. Se excluyeron los fallecidos antes de realizar la entrevista: 7 (5%), los incapacitados física y/o psíquicamente: 21 (16%), los no localizados por cambio de domicilio o errores censales: 20 (15%) los que tenían registros diagnósticos erróneos: 24 (18%) y los que se negaron a participar: 15 (11%). Estimamos un 66% de pérdidas, con una población de estudio final de 45 sujetos (34%). El método de recogida de datos fue a través de una cita concertada con el paciente en el centro de salud, entre octubre y diciembre de 2004, mediante una entrevista personal con un cuestionario heteroadministrado.

Para medir la calidad de vida se utilizó la versión española del *Chronic Respiratory Disease Questionnaire* (CRDQ), cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica (CRQ). Es un instrumento específico para la EPOC, útil para medir la afectación física y psicoemocional de estos pacientes^{14, 20}. Consta de 20 preguntas o ítems, divididas en 4 áreas o dimensiones: disnea (5 ítems), fatiga (4 ítems), función emocional (7 ítems) y control de la enfermedad (4 ítems). Cada pregunta tiene 7 respuestas a elegir una, siendo la opción 1 la peor y así progresivamente mejor hasta la opción 7 que es la mejor de todas. La puntuación es cuantitativa y sumatoria, se expresa en valor absoluto, oscilando entre 20, peor puntuación, y 140, mejor puntuación) y también en valor relativo por áreas y en relación al número de ítems de cada una de ellas, obteniéndose un valor entre 1 (peor función) y 7 (mejor función).

Los datos clínicos y de utilización de servicios se obtuvieron de las historias clínicas de la aplicación informática del Servicio Andaluz de Salud (TASS).

Las variables analizadas fueron:

Variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de instrucción y estado civil (según clasificación del INE), tipo de familia (según clasificación De La Revilla) y situación laboral.

Variables clínicas: hábito tabáquico, número de cigarrillos/día, años de consumo tabáquico, valor del FEV1 y grado de EPOC (según clasificación de gravedad de la guía GOLD), número de agudizaciones/año (desde octubre 2003 hasta septiembre 2004).

Variables de calidad de vida: puntuaciones cuantitativa, global y por áreas, de la versión española del Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ).

Variables de adecuación y cumplimiento del tratamiento: uso de inhaladores, tipo de inhaladores, uso de cámara espaciadora, número de fallos en el uso de inhaladores, el uso adecuado de inhaladores (test de técnica inhalatoria de la SEPAR), empleo de N-acetilcisteína, oxigenoterapia, adecuación del tratamiento al grado de severidad (según correspondencia al tratamiento escalonado de la guía GOLD), cumplimiento del tratamiento, vacunación antiinfluenza y antineumocócica.

Variables de utilización de servicios sanitarios anuales: número de consultas médicas totales en A.P./año, número de consultas médicas en A.P. por EPOC/año, número de visitas a urgencias hospitalarias por EPOC/año, número de hospitalizaciones/año.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS versión 11.0. En el análisis descriptivo se usaron las medidas de dispersión y de tendencia central para las variables cuantitativas y la distribución de las frecuencias para las variables cualitativas. En el análisis bivariante se utilizaron los test estadísticos de la T de Student y ANOVA para la comparación de medias, y de la Chi-cuadrado para las variables cualitativas.

Resultados

Se evaluaron un total de 45 pacientes, de los cuales 39 (86,7%) eran hombres, con una media de edad de $67,8 \pm 9$ años y un rango entre 51 y 93 años. El resto de datos socio-demográficos aparecen en la tabla 1.

El análisis descriptivo de las variables clínicas cualitativas se recoge en la tabla 2. La mayoría eran fumadores, aunque habían dejado de fumar hacía más de un año. El consumo medio fue de 32,6 cigarrillos/día durante $42,6 \pm 15,4$ años. El valor medio del FEV1 fue $60,8 \pm 13$.

En cuanto al número de agudizaciones/año registradas se obtuvo una media de $2,2 \pm 1,5$.

Con respecto a la calidad de vida, la puntuación media total del CRQ fue $92,2 \pm 21,3$.

En las figuras 1, 2, 3 y 4 aparecen representadas las puntuaciones, en valor relativo, de las cuatro dimensiones del CRQ, oscilando entre 1 (peor función) y 7 (mejor función). El análisis descriptivo de las variables de adecuación y cumplimiento del tratamiento aparece en la tabla 3. Aproximadamente el 80% de los casos cometían algún tipo de error en la técnica inhalatoria. El número de medio de fallos con polvo seco fue de $1,9 \pm 1,3$ y con presurizado fue de $2,6 \pm 1,9$.

Con respecto a la utilización de servicios anuales encontramos en Atención Primaria una media de $3,7 \pm 3,8$ consultas médicas por EPOC y $8,7 \pm 6,8$ consultas médicas totales. A nivel hospitalario generaron $1,7 \pm 1,1$ visitas a urgencias/año y $2,2 \pm 1,5$ hospitalización/año.

En el análisis bivariante, encontramos asociación estadísticamente significativa entre las distintas dimensiones de la calidad de vida y el sexo, la adecuación del tratamiento, el grado de EPOC y el tipo de inhalador utilizado. Dicho análisis aparece en las tablas 4, 5 y 6.

Discusión

La principal limitación encontrada fue que la población estudiada era escasa, lo que resta potencia estadística a nuestro estudio. Esta limitación se debe posiblemente a un problema de registro en el Centro de Salud. Otra limitación surgió en la tipificación del FEV1, no existiendo datos espirométricos registrados en diez de los pacientes.

Con respecto a la situación sociodemográfica de los pacientes con EPOC en nuestro ámbito, se observa, al igual que en otros estudios realizados en la población española (estudio IBERPOC), una proporción de EPOC en varones seis veces superior con respecto a las mujeres, sin embargo la edad media registrada es ligeramente superior (de 68 años frente a los 60 años de otros estudios)^{21, 22}.

Las dimensiones evaluadas en el cuestionario de la enfermedad obstructiva crónica, la disnea, la fatiga, la función emocional y el control de enfermedad estaban relacionadas directamente con la puntuación total, siendo la puntuación de la disnea la que mayor fuerza ejerce en el global, tal y como queda reflejado en otros estudios sistemáticos²³.

Nos llama la atención, una peor calidad de vida en mujeres, sobre todo en el área emocional, con respecto a los hombres, quizás por factores educacionales o psicosociales.

Los pacientes con EPOC grave tuvieron una mayor puntuación en el área de disnea que el resto, por lo que, no existe asociación entre la intensidad de los síntomas y la función pulmonar. Estos resultados aparecen recogidos en otros estudios²⁴.

En nuestro estudio encontramos mejores puntuaciones en la dimensión fatiga de la calidad de vida en los pacientes que usaban inhaladores de polvo seco con respecto a los que usaban presurizado, quizás explicable porque la mayoría de los pacientes estudiados tenían una EPOC moderada y estable clínicamente, por lo que poseían una capacidad inspiratoria funcional conservada, necesaria para la elaboración de la técnica inhalatoria. También ejercerá cierta influencia un menor número de fallos en la técnica del polvo seco con respecto al presurizado, ya que en términos generales la técnica de polvo seco es más fácil de realizar.

Otros estudios corroboran nuestros resultados en el uso inadecuado de inhaladores encontrando un porcentaje similar en ambos tipos²⁵, entorno al 80% de los pacientes no utilizan adecuadamente los dispositivos inhalatorios, por lo que una manera de mejorar la calidad de vida sería realizar intervenciones dirigidas a corregir la técnica inhalatoria.

En nuestro estudio, un adecuado tratamiento está asociado a una mejor calidad de vida, sobre todo en áreas relacionadas con la fatiga o cansancio físico y la función emocional, sin demostrar asociación con la disnea.

Agradecimientos

A la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cádiz, a nuestros tutores y al personal de equipo del Centro de Salud La Granja (Jerez).

Bibliografía

1. Marco L, Martín JC, Corres M. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la población general: estudio epidemiológico realizado en Guipúzcoa. Arch Bronconeumol 1998; 34: 23-27.
2. Brotons B, Pérez JA, Sánchez Torill. Prevalencia de la EPOC y del asma: estudio transversal. Arch Bronconeumol 1994; 30: 149-152.
3. Pena VS, Miravittles M, Gabriel R, Jimenez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest 2000; 118: 981-989.
4. Miravittles M. Exacerbations of COPD: when are the bacteria important? Eur Respir J 2002; 36: 9-19.
5. Connors AF Jr, Dawson NV, Thomas C. Outcomes following acute exacerbations of COPD: the support investigators. Am J Respir Crit Care Med 1996; 154: 959-967.
6. Wutemberg G, Hutter BO. The significance of health related quality of life for the evaluation of interventional measures in patients with COPD. Pneumologie 2001; 55: 91-9.
7. No authors listed. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive pulmonary disease. Ann Intern Med 1980; 93: 391-398.
8. No authors listed. Intermittent Positive Pressure Breathing Trial Group. Intermittent positive pressure breathing therapy of chronic obstructive pulmonary disease. Ann Intern Med 1983; 99: 612-620.
9. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. Med Care 1981; 19: 787-805.
10. Curtis JR, Deyo RA, Hudson LD. Health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 1994; 49: 162-170.
11. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36- items short-form health survey (SF-36). Med Care 1992; 30: 473-483.
12. Guyatt GH, Townsend M, Pugsley SO. Bronchodilators in chronic airflow limitation, effects on airway function, exercise capacity and quality of life. Am Rev Respir Dis 1987; 135: 1069-1074.
13. Jones P, Quirk FH, Baveystock CM, Little-johns P. A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire. Am Rev Respir Dis 1992; 145: 1321-1327.
14. Guyatt Gh, Berman L, Townsend M, Pugsley S, Chambers L. A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. Thorax 1987; 47: 773-778.
15. Guyatt GH, Townsend M, Berman LB, Pugsley SO. Quality of life in patients with chronic airflow limitation. Br J Dis Chest 1987; 81: 45-54.
16. Wijkstra PJ, TenVergert EM, Van Altna R, Otten V, Postma DS, Kraan J, et al. Reliability and validity of the chronic respiratory questionnaire. Thorax 1994; 49: 465-467.
17. Martin LL. Validity and reliability of a quality-of-life instrument. The Chronic Respiratory Disease Questionnaire. Clin Nurs Res 1994; 3: 146-156.
18. Larson JL, Covey MK, Berry JK. Reliability and validity of the chronic respiratory questionnaire. Am Rev Respir Dis 1993; 147: A530.
19. Güell R, Casan P, Sangenis M, Sentis J, Morante F, Borrás JM, et al. Traducción española y validación de un cuestionario de calidad de vida en pacientes con enfermedad obstructiva crónica. Archivos de Bronconeumología 1995; 31: 202-210.
20. Güell R, Casan P, Sangenis M, Morante F, Guyatt GH. Measuring quality of life in spanish patients with chronic respiratory disease. Eur Respir J 1998; 11: 55-60.
21. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. Epidemiological study of chronic obstructive pulmonary disease in Spain (IBERPOC): prevalence of chronic respiratory symptoms and airflow limitation. Arch Bronconeumol 1999; 35: 159-66.
22. Jaen Díaz JI, de Castro Mesa C, Gontan García-Salamanca MJ, López de Castro F. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and risk factors in smokers and exsmokers. Arch Bronconeumol 2003; 39: 554-8.
23. Sans-Torres J, Domingo C, Rue M, Duran Tauleria E, Main A. An assessment of the quality of life of patients with COPD an chronic hypoxemia by using the Spanish version of the Chronic Respiratory Disease Questionnaire. Arch Bronconeumol 1999; 35: 428-34.
24. Melani AS, Zanchetta D, Barbato N, Sestini P, Cinti C, Canessa PA, et al. Inhalation technique and variables associated with misuse of conventional metered-dose inhalers and newer dry powder inhalers in experienced adults. Ann Allergy Asthma Immunol 2004; 93: 439-46.
25. Brotons B, Pérez JA, Sánchez-Toril F, Soriano S, Hernández J, Belenguier JI. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and asthma. A cross-sectional study. Arch Bronconeumol 1994; 30: 149-52.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes

Variables	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Nivel de instrucción		
- analfabeto	7	15,6
- sin estudios	24	53,3
- estudios primarios	13	28,9
- estudios secundarios	1	2,2
Estado civil		
- casado	37	82,2
- viudo	7	15,6
- soltero	1	2,2
Tipo de familia		
- nuclear	29	64,5
- vive sólo	6	13,3
- extensa	5	11,1
- monoparental	5	11,1
Situación laboral		
- jubilado	28	62,2
- activo	7	15,6
- incapacitado	5	11,1
- desempleado	3	6,7
- sus labores	2	4,4

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Fumador		
- si	12	26,6
- no	5	11,1
- ex fumador > 1 año	25	55,6
- ex fumador < 1 año	3	6,7
Grado de EPOC		
- leve	1	2,9
- moderado	25	71,4
- grave	9	25,7
- muy grave	0	

Tabla 3. Análisis descriptivo de las variables de adecuación y cumplimiento del tratamiento.

Variables	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Uso de inhaladores		
- si	43	95,6
- no	2	4,4
Tipo de inhalador		
- Presurizado	7	16,3
- polvo seco	27	62,8
- ambos	9	20,9
Uso de cámara espaciadora		
- si	2	4,4
- no	43	95,6
Uso adecuado polvo seco		
- si	7	19,4
- no	29	80,6
Uso adecuado presurizado		
- si	3	18,8
- no	13	81,2
N- acetilcisteína		
- si	17	37,8
- no	28	62,2
Oxigenoterapia		
- si	2	4,4
- no	43	95,6
Adecuación el tratamiento		
- si	32	91,4
- no	3	8,6
Cumplimiento terapéutico		
- si	35	77,8
- no	10	22,2
Vacuna antiinfluenza		
- si	35	77,8
- no	10	22,2
Vacuna antineumococica		
- si	0	0
- no	45	100

Tabla 4. Relación de la dimensión disnea de la calidad de vida con la variable cualitativa grado de EPOC.

Variable independiente	Puntuación media * ¹ (valor absoluto)	Desviación típica	Nivel de significación
Grado de EPOC:			
- Leve y moderado	18,6	7,4	0,02
- Grave	25,4	7,9	

* 1. Los resultados en valor absoluto de la dimensión disnea de la calidad de vida oscilan entre 5 (peor función) y 35 (mejor función).

Tabla 5. Relación de la dimensión fatiga de la calidad de vida con las variables cualitativas tipo de inhalador y adecuación al tratamiento.

Tipo de inhalador	Diferencias de medias (I-J) * ¹ (valor relativo)	Error típico	Nivel de significación
- Polvo seco (I)	6,1	2,5	0,05
- Presurizado(J)			
- Ambos			
Adecuación del tratamiento	Media * ² (valor absoluto)	Desviación típica	Nivel de significación
- si	18,5	5,8	0,04
- no	8	3,6	

* 1. Los resultados en valor relativo de la dimensión fatiga de la calidad de vida oscilan entre 1 (peor función) y 7 (mejor función).

* 2. Los resultados en valor absoluto de la dimensión fatiga de la calidad de vida oscilan entre 4 (peor función) y 28 (mejor función).

Tabla 6. Relación de la dimensión función emocional de la calidad de vida con las variables cualitativas sexo y adecuación del tratamiento.

Variable independiente	Puntuación media * ¹ (valor absoluto)	Desviación típica	Nivel de significación
Grado de EPOC:			
Sexo			0,04
- Hombre	33,1	9,2	
- Mujer	21,1	5,7	
Adecuación del tratamiento			0,03
- si	32,7	10	
- no	19,7	5,8	

* 1. Los resultados en valor absoluto de la dimensión función emocional de la calidad de vida oscilan entre 7 (peor función) y 49 (mejor función).

Figura 1. Puntuación en valor relativo de la dimensión disnea de calidad de vida

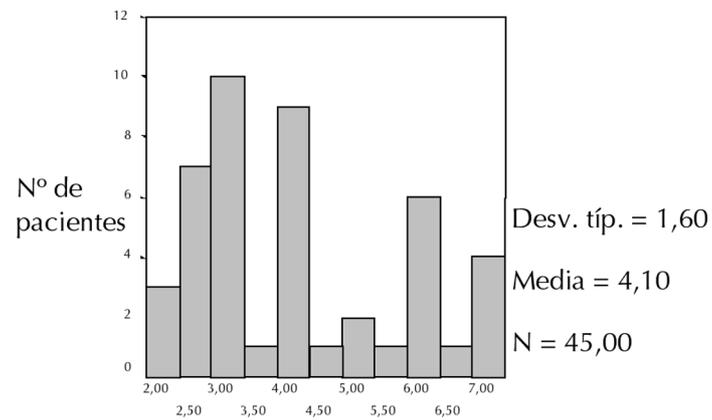


Figura 2. Puntuación en valor relativo de la dimensión fatiga de calidad de vida

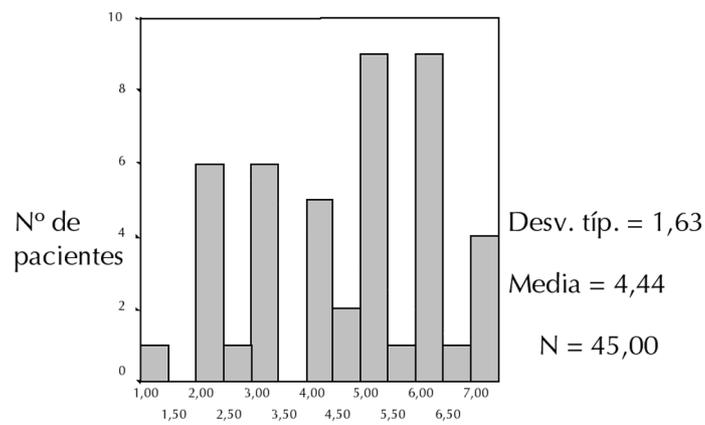


Figura 3. Puntuación en valor relativo de la dimensión función emocional de calidad de vida

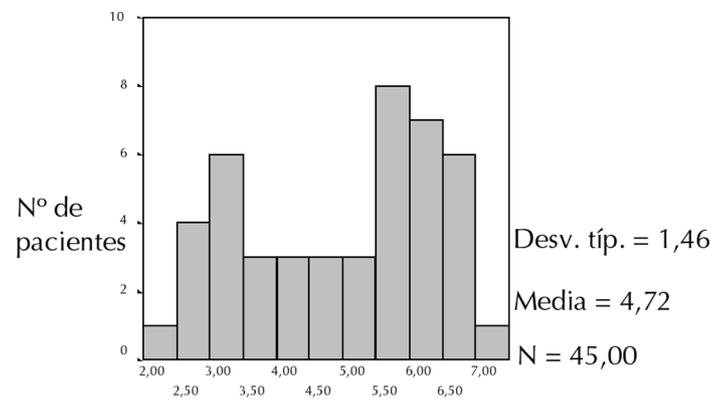
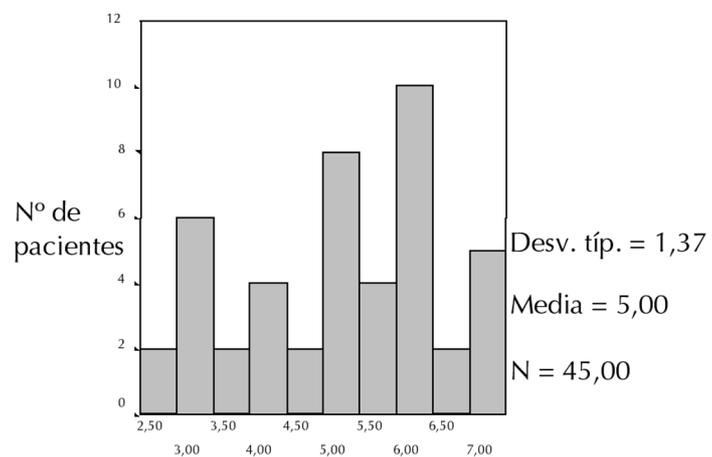


Figura 4. Puntuación en valor relativo de la dimensión control de enfermedad de calidad de vida



ORIGINAL

Características sanitarias y toxicológicas en drogodependientes de una prisión

Rodríguez Martínez A¹, Pinzón Pulido S A², Mallada García E³, Amaya Ortega F⁴, Sánchez Zambrano J⁴, Maiquez Pérez A⁵.

¹ *Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Servicio Médico de la Prisión de Albolote. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria;* ² *Técnico Unidad de Apoyo a la Investigación. Escuela Andaluza de Salud Pública;* ³ *Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Servicio Médico de la Prisión de Albolote;* ⁴ *Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Servicio Médico de la Prisión de Albolote. Master en Drogodependencias;* ⁵ *Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Servicio Médico de la Prisión de Albolote. Especialista en Documentación.*

CARACTERÍSTICAS SANITARIAS Y TOXICOLÓGICAS EN DROGODEPENDIENTES DE UNA PRISIÓN.

Objetivos: Aportar datos epidemiológicos (prevalencia) de los procesos infecciosos que afectan a drogodependientes que no acuden a los servicios normalizados de salud.

Diseño: Estudio descriptivo transversal

Emplazamiento: Establecimiento Penitenciario de Albolote (Granada).

Población y muestra: Se analizó la base de datos de los pacientes ingresados en el Establecimiento Penitenciario desde 1/10/1997 a 30/05/2004 (6778 personas). Además, se entrevistó a una muestra aleatoria de 60 pacientes drogodependientes del Centro Penitenciario incluidos en el PMM a fecha del estudio, para conocer las características demográficas y toxicológicas de su drogodependencia.

Intervenciones: Las características sociodemográficas, droga principal y vía de administración se obtuvieron de la muestra de reclusos incluidos en el PMM; la prevalencia de procesos infecciosos, retrospectivamente de la base de datos informatizada: "SANIT". La prevalencia de VIH, VHC, Ag HBs. y PPD se comparó entre grupos, según su inclusión en el PMM y sexo.

Resultados: Prevalencia de VIH(+) 11%; VHC(+) 26%; Ag. HBs.(+) 3%; PPD(+) 52%. Mayor prevalencia de infección por VHC y PPD(+) a favor de los hombres; mayor prevalencia de las cuatro infecciones estudiadas en pacientes incluidos en el PMM.

Conclusiones: La infección más prevalente fue la hepatopatía por el VHC, más del doble de la infección por VIH. En el grupo de pacientes incluidos en el PMM aumenta significativamente el porcentaje de infectados, al ser el grupo de personas con mayor número de prácticas de riesgo.

Palabras clave: VIH, VHC, Infección Tuberculosa Latente, Presos, Metadona.s

HEALTH AND TOXICOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DRUG DEPENDENT INMATES IN A GRANADA PRISON.

Goal: To gather epidemiological data (prevalence) on infectious processes that affect drug dependent persons who do not use standard health services.

Design: Descriptive, cross sectional study.

Setting: Albolote (Granada) Penitentiary

Population and sample: The Albolote Penitentiary's data base was used to analyze individuals admitted to the center between October 1, 1997 and May 30, 2004 (6,778 persons). In addition, in order to learn more about the demographic and toxicological characteristics of their drug dependency, interviews were conducted through a random sample of 60 drug dependent patients included in the center's PMM during the study period...

Interventions: Information obtained from interviews with inmates included in the PMM covered: social and demographic characteristics, main drug used, and means of administration; prevalence of infectious processes was obtained retrospectively from the computerized data base, "SANIT". The prevalence of HIV, HCV (hepatitis C virus), Ag-HBs and PPD was compared among groups, according to their inclusion in the PMM and gender.

Results: HIV prevalence (+) 11%; HCV (+) 26%; Ag-HBs (+) 3%; PPD (+) 52%. Men had a higher prevalence of infection by HCV and PPD (+); patients included in the PMM had a higher prevalence of the four infections under study.

Conclusions: The most prevalent infection was liver disease due to HCV, more than double the number of infections caused by HIV. The number of infections was significantly higher in the group of inmates included in the PMM, since that group had the highest number of harmful practices.

Key words: HIV, HCV, latent tuberculosis infection, prisoners, inmates, methadone.

Correspondencia: Antonio Rodríguez Martínez. C/. Real Maestranza, nº 4, Esc. 2-2°C. 18012 Granada. Telf: 958 537244. Fax: 958 537243.
E-mail: arm3@samfyc.es

Recibido el 26-04-2005; aceptado para publicación el 20-09-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 3: 144-151

Introducción

En los pacientes toxicómanos españoles, sobre todo en los participantes en el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM), hay descrita una alta prevalencia de infecciones¹.

Las razones por las que se ha llegado a esta situación son varias. En primer lugar la elevada prevalencia del consumo de droga en España, especialmente heroína por vía parenteral como la vía principal durante la década de los ochenta^{2,3,4}. El hábito de compartir el material de inyección y sobre todo el retraso en la puesta en marcha de programas de reducción del daño (PRD) con la evidente desproporción entre magnitud del problema y la respuesta^{5,6}. Prevalencia el criterio moralista de obtener la total abstinencia, olvidando el riesgo para el consumidor en función del tipo de droga y el patrón de consumo, no desarrollándose los PRD hasta 1992-94⁶.

Los planes de drogas fueron orientados hacia la prevención, asistencia y reinserción con importantes medios económicos y personales para el Plan Nacional de SIDA, usurpando este de los recursos y el nicho social y político que una correcta priorización debería haber tenido, en función del impacto real del problema de salud⁷.

El consumo problemático de opiáceos se define como el consumo por inyección o habitual a largo plazo de opiáceos, cocaína y / o anfetaminas⁸. Las estimaciones sobre su prevalencia en el conjunto del Estado son de 4,29 a 5,48 por 1000 habitantes de 15-64 años, según la metodología empleada bien por el método demográfico o el método multiplicador⁹, según estos métodos el consumo de opiáceos está disminuyendo. También se observa que desde 1994 el abandono de la inyección como forma mayoritaria de administración de la heroína⁸.

La Sanidad Penitenciaria, es la parte de la sanidad pública que asume el trabajo con el paciente drogadicto cuyas características son las de politoxicómano que consume mezcla de heroína y cocaína, marginado, deteriorado, con problemas judiciales y sanitarios que muchas veces representa el cantón inexpugnable de los drogodependientes¹⁰, por lo que es el clásico adicto a drogas^{11,12}. Sólo en prisión tienen acceso a programas de detección, prevención y control de enfermedades coadyuvantes de su drogadicción¹³.

Según el Plan Nacional de Drogas¹⁴ y la Central de Observación Penitenciaria⁸, la población penitenciaria es predominantemente masculina, con un incremento cada vez mayor de extranjeros y reincidentes, y presenta un envejecimiento paulatino relacionado con la variable de reincidencia y alto porcentaje de drogodependencia tanto en el grupo de reincidentes como en el grupo de no reincidentes. En esta población se distinguen tres gru-

pos: 1) alto porcentaje de españoles reincidentes recluidos por delitos contra el orden socioeconómico y consumidores de sustancias psicoactivas, principalmente heroína junto a cocaína, en el argot "revuelto"; 2) un significativo porcentaje de extranjeros recluidos por delitos contra la salud pública; y, 3) un reducido grupo de mujeres recluidas mayoritariamente por delitos contra la salud pública⁸.

La población penitenciaria, a nivel, epidemiológico, es una población centinela que nos informa sobre la evolución epidemiológica de determinados procesos¹⁵. De esta manera se puede adelantar la tendencia en cuanto al número de nuevos enfermos y las variaciones de la prevalencia de estas enfermedades. Estos pacientes se acogen al PMM que se prescribe y dispensa en los Centros Penitenciarios. Al ser este colectivo el más crónico en su toxicomanía, se plantea como recurso de baja exigencia¹⁶ dentro de PRD, precisando para su inclusión en el programa la simple demanda del paciente.

Por lo tanto el objetivo del trabajo que presentamos, es aportar información epidemiológica (prevalencia) de las enfermedades infecciosas que afectan a los drogodependientes que normalmente no acuden a los servicios sanitarios normalizados.

Las patologías a las que nos referimos son: la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por el virus de la hepatitis B y C (VHB, VHC), así como la coinfección de estos procesos y la infección tuberculosa latente o Mantoux positivo (PPD +).

Material y métodos

Para conocer la prevalencia de los procesos infecciosos se analizó retrospectivamente la base de datos informatizada "SANIT" que contiene las serologías VIH, VHC, Ag HBs. y PPD de los pacientes que ingresaron en el Establecimiento Penitenciario de Granada desde el 1 de octubre de 1997 al 30 de mayo de 2004 (6778 personas; 6024 hombres y 754 mujeres). A todos los pacientes en su primer ingreso en el Centro se le realiza la determinación de las pruebas. Si reingresa, y previamente alguna determinación era negativa, se le vuelve a realizar el control.

De la base de datos citada, se obtuvieron las siguientes variables: sexo, inclusión ó no en el PMM y serología de VIH, VHC, Ag. HBs. y PPD; informándose como positivo en el PPD toda induración de más de 5 mm ó de 15 mm en los vacunados con la BCG. Esta induración se produce a las 72 horas de su administración por vía subcutánea del PPD o derivado proteico purificado a partir de cultivos de *M. Tuberculosis* de tipo humano. La capacidad de respuesta frente al PPD no permanece invariable durante toda la vida; se puede debilitar con el tiempo y dar resultado negativo a pesar de haber existido exposición al bacilo tuberculoso. En todos estos casos se aplica un 2º PPD a los 7-10 días del primero que permite objetivar la infección (efecto Booster)²⁹, pero en ningún caso por anergia del paciente.

Al total de pacientes se los dividió en dos grupos según si a su ingreso o durante su estancia se incluyera en el PMM ó no. En cada uno de los grupos se comparó la prevalencia de los procesos citados, según sexo y los dos grupos entre sí, mediante la prueba de Chi 2 y se estimó la OR. (IC 95%). El nivel de significación estadística fue de p menor de 0,05. Se utilizó el programa estadístico Epi info versión 6.

Para estudiar las características sociodemográficas, droga principal y vía de administración de la droga se obtuvo una muestra aleatoria de 7 mujeres y 53 hombres, presentes incluidos en el P.M.M., que a fecha del estudio eran en total: 35 mujeres y 329 hombres. Se negaron a realizar la entrevista 1 mujer y 8 hombres. A estos pacientes se les entrevista para conocer su historia toxicológica. Se analizaron las citadas características mediante el programa SPSS para windows versión 11.0.

Resultados

Las características demográficas, droga principal, vía inicial y última vía de administración de la muestra estudiada que estaba incluida en el PMM se muestran la tabla 1, separada por sexos.

La tabla 2 recoge la prevalencia de las infecciones a estudio: VIH, VHC, VHB (Ag. HBs. +) e infección tuberculosa latente incluyendo los datos del total de la población, 6778 (88,87 % hombres y 11,12 % mujeres) y en pacientes que han estado en el PMM.

Comparando la prevalencia de los distintos procesos entre hombres y mujeres incluidos en el PMM se encontraron diferencias significativas en la infección por VHC ($p < 0,001$) e infección tuberculosa latente ($p < 0,03$) a favor de los hombres.

Igual ocurre entre los pacientes no incluidos en el PMM. Así en la infección por VHC ($p < 0,0008$) y en el PPD positivo ($p < 0,002$).

Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia de las infecciones por el VIH, el VHC, Ag. HBs. positivo y PPD positivo, globalmente sin diferenciar por sexos, entre pacientes que han estado incluidos en el PMM y los que no lo estuvieron. En la infección por el VIH, por el VHC y PPD positivo ($p < 0,00$); el antígeno Australia positivo ($p < 0,006$) siempre a favor de los pacientes en PMM.

Si diferenciamos los sexos y comparamos las prevalencias entre pacientes que han estado incluidos en el PMM y los que no fueron incluidos hay diferencias significativas en infección por el VIH, por el VHC e infección tuberculosa según muestra la tabla nº 3.

Indicar que coinfectados por el VIH y el VHC en total hay 588, 398 de ellos han estado incluidos en el PMM, triple infección VIH + VHC + Ag. HBs. positivo hay 26 pacientes, 20 han estado incluidos en el PMM. Hay 78 pacientes que tienen el Ag. HBs. positivo y la serología del VIH y del VHC es negativa, de estos 18 han estado incluidos en el PMM.

El 64,85% de los pacientes VIH (+), el 60,07% de los VHC (+); han estado en el PMM así como el 38,52% de los pacientes con antígeno Australia (+), el 67,68% de coinfectados por el VIH y el VHC y el 76,92% de los pacientes con triple infección.

Discusión

La población reclusa estudiada en este trabajo, es predominantemente masculina y consumidora de sustancias psicoactivas, perfil coincidente con el descrito por el Plan Nacional de Drogas y la Central de Observación Penitenciaria^{8, 14}.

Todos los pacientes en PMM presentan un trastorno por consumo de sustancias (DSM- IV TR), pero no todos los que están incluidos en el grupo de no participantes en el PMM, están exentos de este diagnóstico. La experiencia del trabajo con drogodependientes nos dice que algunos, a pesar de su patología, no solicitan su inclusión en el PMM. Otros en cambio, por razones judiciales, sí lo solicitan, independientemente de su nivel de consumo¹⁸. Nos vamos a centrar en las consecuencias sanitarias de los pacientes en el PMM.

Navarro C. y cols en 2003 realizaron revisiones de las historias de 365 pacientes en PMM encontrando una prevalencia de VIH de 30,8%. También hallaron un 66,7% de prevalencia en VHC en el mismo tipo de población¹⁹. Igual que Portilla J. y cols en 2001 obtienen una prevalencia del VIH en pacientes en PMM de 29,2% y para el VHC de 75,9%¹. De la Fuente y cols, en 1999 en un estudio realizado en Madrid, Barcelona y Sevilla, en 909 pacientes consumidores regulares de heroína, obtienen una prevalencia de infección por VIH en Madrid de 39,6%; en Barcelona de 46,2%; en Sevilla de 23,6%²⁰. Bachiller P. y cols, 2000 señalan que para una población de 183 de los que acuden al Centro de Atención al Drogodependiente habla de una prevalencia al VIH del 20% pero en el grupo que acude al Centro de Emergencia Social la prevalencia al VIH es de 49,1% y frente al VHC 86,4%²¹. Los datos de nuestra población se reflejan en la tabla nº 2. Existen diferencias en cuanto al tamaño de las muestras y diferente intervalo temporal en los referidos estudios.

Pero lo fundamental, lo expresa claramente Dr. Bachiller²², en su carta al editor a propósito del artículo: "Prevalencia de una infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida..."²⁰, cuando dicen que la situación sanitaria y toxicológica depende no tanto de la drogodependencia en sí como de contexto o no con la red socio sanitaria y que esta sea única.

Debería hacerse un esfuerzo para acercar al sistema sanitario a los drogodependientes más graves y alejados de la red sanitaria normalizada.

El hecho que haya diferencias significativas entre los incluidos en el PMM y los no incluidos el tratamiento con metadona, en la prevalencia de todas las infecciones estudiadas se debe a que la drogadicción a heroína, por la vía que sea, afecta a la inmunidad. Las células del sistema inmunitario tienen receptores Delta y Kappa de los opioides. Estos producen interferencias en la actividad

natural de las células asesinas, fagocitosis, formación de anticuerpos, subpoblaciones de linfocitos, favoreciendo el desarrollo de infecciones por bacterias, hongos, protozoos y diferentes virus²². También la influencia de las condiciones de consumo ilegal parece ser un factor importante^{23,24}. Así el riesgo de infección se incrementa si la vía es I.V. en el caso del VIH o VHC.

Esto afecta tanto a hombres como a mujeres, tal como se puede observar en la tabla 3. En la seropositividad del Ag. HBs. no hay diferencias significativas para pacientes que estuvieran en el P.M.M. o no estuvieran en él. Señalar que en las mujeres en tratamiento con metadona (drogodependientes) y en las que no, hay diferencias significativas en la infección tuberculosa latente a favor de las primeras.

La prevalencia de la infección por VIH en adultos para Europa Occidental es del 30% según el Working Group on Global HIV/AIDS (WHO) en 2001. En el trabajo que presentamos la prevalencia está por debajo de esa cifra, un 25,88% en pacientes en PMM, si bien reflejar que el WHO se basa en cifras demográficas de 2001 y en nuestro estudio el intervalo temporal va de 1997 al 2004¹⁵.

En 1996 se comenzó a aplicar el tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) que condujo a un aumento espectacular de la supervivencia²⁵.

En la base de datos analizada no está recogida la vía de consumo, si bien un porcentaje elevado de pacientes en PMM han sido usuarios de drogas por vía intravenosa (UDI'S). Esto se deduce por el nivel de positividad al VIH y VHC. La modificación de la vía de administración de intravenosa a pulmonar, en el argot "fumar plata", se produjo sobre el 1994, por lo tanto los pacientes que cambiaron de vía, fueron inicialmente UDI'S. Los pacientes de la muestra aleatoria que entrevistamos para conocer su historia toxicológica así lo manifestaron. tabla 1.

La infección por el VIH en la población penitenciaria se produce sobre todo a través de la inyección de drogas ilícitas con agujas contaminadas y del contacto sexual. Otros mecanismos menos comunes en el medio estudiado son: contactos accidentales con secreciones corporales, recepción de sangre o de productos sanguíneos infectados que generalmente producen infección después de un periodo de incubación de duración variable²⁶.

No podemos diferenciar, en cuanto a las mujeres, si el mecanismo de transmisión fue la vía de consumo de la droga o la vía heterosexual, si bien en la muestra estudiada hay un 34% que refiere ha utilizado la vía intravenosa como vía inicial. Eso significa, según la muestra entrevistada, que sólo la mitad de las mujeres, con respecto a los hombres de la misma entrevista, son UDI'S, este dato explica por qué la infección por el VIH y el VHC es más frecuente en hombres. Así, el 100% refiere como

la vía en la última dosis, la pulmonar. La transmisión a mujeres en los últimos años está aumentando fundamentalmente por contacto heteroroxeal a través de sus parejas infectadas, dos vías: la UDI'S y la sexual hay cierto relajamiento en prácticas preventivas con respecto al sexo y esto determine en el futuro un número mayor de mujeres infectadas, con la más que probable transmisión horizontal.

El riesgo de la infección TB en prisiones va indisolublemente unido a la condición de institución cerrada y a la extracción social de su población. La TB es una enfermedad prevenible y curable. Se transmite por vía aérea, a través de las gotitas que se expulsan en el aire al toser o estornudar. Hay una transmisión persona a persona, siempre desde un paciente con tuberculosis activa. En la mayoría de las personas que respiran el bacilo de la TB y se infectan, el organismo logra combatir esas bacterias e impide que se desarrollen. Es lo que se denomina infección tuberculosa latente. El bacilo se mantiene en el organismo y puede reactivarse años después. Las personas con infección latente no tienen síntomas y no pueden contagiar a otras. Tienen un PPD positivo. Pueden desarrollar la enfermedad si no realizan terapia preventiva. Muchas personas con infección tuberculosa latente, nunca desarrollan la enfermedad, pero esto puede ocurrir si el sistema inmunitario se deprime. Una persona con TB activa sólo emite muy pocos bacilos, por lo que el contagio de la TB sólo ocurre cuando después de uno o varios meses de exposición a una persona con TB activa. La mejor prevención en estos casos es el aislamiento de los enfermos activos y la ventilación²⁷.

La prisión es un lugar de alto riesgo para la transmisión de la TB, por el acumulo de personas en lugares cerrados. Estar infectado significa que existen bacilos en su organismo que están inactivos y no causan enfermedad. La enfermedad es transmisible, la infección no se transmite²⁸.

En la población estudiada hay diferencias significativas para la infección tuberculosa latente en los participantes en el PMM y entre ellos en los hombres. En nuestra muestra la infección por VIH es más frecuente en hombres. El submundo de la drogadicción favorece el contacto personal y los VIH positivos tienen un alto riesgo de desarrollar la enfermedad activa²⁹.

A mayor prevalencia del VIH, mayor riesgo de tuberculosis (TB) activa y por tanto mayor riesgo de contacto con bacilífero y por consiguiente PPD +. De cualquier forma, el riesgo de infección TB, que no de enfermedad TB, es mayor en adolescentes y adultos jóvenes, está relacionado con características socioeconómicas y particularidades de la fuente de infección³⁰. Por otra parte, de los estudios realizados en Estados Unidos³⁰ se deduce que la enfermedad se presenta más en hombres que en mujeres. Ya

que el 90-92% de los casos de TB son reactivaciones endógenas, el PPD(+) es también más prevalente en hombres que en mujeres.

La infección por el VHC y la infección tuberculosa es más prevalente en hombres o da una diferencia estadísticamente significativa ¿Porqué hay diferencias entre los sexos en la infección por VHC y la tuberculosa? ¿Sólo por que la vía IV es más frecuente en hombres?. Esta cuestión queda pendiente a posteriores indagaciones, a pesar de lo ya comentado. La infección VIH, VHC, PPD positivo son más prevalentes en los pacientes que han estado en el PMM (drogodependencia) que los que no lo han estado ya sean varones u hembras. La drogodependencia puede explicarlo en los pacientes incluidos en PMM, pero no las diferencias entre sexos en los no incluidos en PMM.

Con respecto al VHC la prevalencia en todos los estudios señalados ronda el 60%, Excepto en el grupo de pacientes atendidos en emergencia social. Que se eleva al 86%. Insistimos que lo importante es que se tenga contacto o no con la red sanitaria y esta debe ser unificada. La alta prevalencia del VHC en la población en PMM está relacionada con algunos de los principales mecanismos de transmisión de la hepatitis C que son: transfusión, uso compartido de jeringuilla, cocaína (intra nasal raro pero posible), nosocomial (muy raro), vertical (infrecuente), sexual (muy raro en parejas estables) ^{31, 32}.

En la población estudiada se han encontrado una prevalencia de Ag. HBs. positivo de 4,5%.en pacientes en P.M.M. Otros estudios han encontrado con respecto al VHB prevalencias superiores (51,7%) pero hablan de la infección por el VHB (+) sin referirse a los 2 antígenos que lo componen, Ag HBs. y Ag Hbe., ni a los 3 anticuerpos que el organismo ante su presencia produce, Ac Hbe, Ac HBs. y Ac HBc. El marcador universal de infección por el VHB es el Ag. HBs.; por lo que entendemos que lo más aproximado a una hepatitis B crónica es la seropositividad del Ag. HBs. Por eso va en esos términos en el artículo. Su desaparición y la aparición de anti-HBs. indica curación ³³.

La infección crónica por el VHB se define por la persistencia más allá de seis meses del antígeno de superficie o antígeno Australia y de ADN del virus B ³⁴.

La prevalencia de la infección por el virus B varía mucho de unas áreas geográficas a otras. Hay establecido un consenso dividiendo la población mundial en zonas de prevalencia alta (8%), media (1-7%) y baja (< 1%) ³⁵. España se encuentra en el área de prevalencia intermedia. Las cifras que da el consenso citado coinciden con las que obtenemos en nuestro estudio. Las vías de transmisión en las zonas de prevalencia intermedia son mixtas: perinatal, sexual, UDI'S y Nosocomial. Los fenómenos de

migración que tienen lugar hoy en día condicionan la existencia de grupos étnicos de alta prevalencia como por ejemplo la colonia shubsahariana en España ³⁶.

Tanto el VHB como el VHC son de transmisión parenteral, por lo que sus mecanismos de transmisión son similares. Sí bien la transmisión sexual y vertical son menos frecuentes en el VHC que en el VHB. Por ello no debe resultar extraño que ambas infecciones virales coexistan en un mismo paciente. Existen numerosas incógnitas sobre las consecuencias clínicas y sobre los mecanismos de interpretación entre ambos virus así como en lo que se refiere a la respuesta al tratamiento ³⁷.

El diagnóstico de hepatitis C es muy frecuente entre los seropositivos al VIH, principalmente por que ambos tienen las mismas vías de transmisión. Las cifras de coinfectados representan un problema de salud pública de gran importancia, no sólo por el número de afectados sino por el momento del tratamiento de las dos infecciones y a nivel de gestión el coste de dicho tratamiento. Desde la generalización de la TARGA y el aumento de la esperanza de vida en infectados por el VIH, la hepatopatía crónica por VHC constituye una seria adversidad en estos pacientes. La hepatopatía crónica y sus complicaciones, descompensaciones habituales de la cirrosis hepática (ascitis, encefalopatía portosistémica, hemorragia digestiva alta por hipertensión portal etc) e incluso carcinoma hepatocelular ³⁷.

La hepatopatía crónica por virus C ha venido a sustituir en buena parte a las clásicas infecciones oportunistas en el VIH (toxoplasmosis, criptococosis, neumoniosis etc). Dos problemas añadidos: la progresión a cirrosis y enfermedad hepática terminal es más rápida en los pacientes coinfectados ³⁸, este hecho parece relacionarse con la intensidad del trastorno inmunitario del paciente ^{37, 38} y el riesgo de toxicidad hepática de los fármacos antirretrovirales es mayor en coinfectados y puede condicionar el éxito de la terapia anti-VIH.

El tratamiento de la hepatopatía por VHC ha pasado a ser una prioridad en estos pacientes que se inició con dificultades por el escaso arsenal terapéutico frente al VHC, la probabilidad real de curación y la decisión de cuándo iniciarlo ³⁵.

En la actualidad la combinación del interferón pegilado y la ribavirina se obtienen tasas de respuesta sostenida del 55-60% en pacientes VIH negativos con hepatitis crónica C si el genotipo es 1, el más frecuente en España. El porcentaje aumenta al 75% si se trata de genotipos 2 ó 3 del VHC ³⁹.

Se conocen hasta seis tipos genéticos del virus C que llevan el nombre de 1, 2 3, 4, 5 y 6. Estos genotipos presentan importantes diferencias entre sí, en cuanto a la posibilidad de tratamiento ^{40, 41}.

Se considera que existe una hepatitis crónica C cuando aparece una alteración mantenida de las transaminasas en un periodo superior a 6 meses y además, confirmar la presencia en sangre de ARN-VHC^{41, 42}. La edad del paciente en el momento de la infección se correlaciona con la rapidez y la gravedad de la hepatitis crónica, en el sentido de que a mayor edad se produce una progresión más rápida y agresiva que la observada en los individuos jóvenes^{41, 42}.

La hepatopatía por el VHC es un tema de actualidad, que no novedoso, pues ya era esperable. Actualmente fallecen más personas por el VHC que por el VIH ó coinfectados a causa del VHC, por el desarrollo de insuficiencia hepática y/o carcinoma hepático.

Bibliografía

- Portilla J, Esteban J, Linares J, Belda J, Sánchez- Paya J, Manso MI. Prevalencia de infecciones crónicas ocultas en una cohorte de pacientes en tratamiento sustitutivo con metadona. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 330-332.
- Hartnoll R. La heroína y la cocaína: aspectos de la política de salud pública en la década de los noventa. *Quadern Caps* 1992; 17: 34-62.
- De la Fuente L, Lardelli P, Barrio G, Vicente J, Luna JD. Declining prevalence of injection as main route of administration among heroin users treated in Spain, 1991-1993. *Eur J Public Health* 1997; 7: 421-26.
- De la Fuente L, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ and the Spanish Group for the Study of the Route of Heroin Administration. The transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. *Addiction* 1997; 92: 1733-1744.
- De la Fuente L, Barrio G. Prevención de los problemas asociados con el uso de drogas ilegales. En: Navarro C, Cabasés JN, Tormo MJ, editores. *La salud y el sistema sanitario en España*. Informe SESPAS 1995. Barcelona: SG Editores SA; 1993. p. 90-100.
- De la Fuente L, Barrio G. Control de los problemas asociados al consumo de drogas en España: hacia un abordaje científico y priorizado. *Gac Sanit* 1996; 10: 255-260.
- De la Fuente L. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III. 2001.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Informe nº 5. Madrid: Observatorio Español sobre drogas; 2002.
- Domingo-Salvany. Metodología para estimar la prevalencia del consumo problemático de opioides. *Am J Epidermal* 1998; 148:732-40.
- Melguizo M. Acomodar la oferta a las necesidades de los drogodependientes: ¿Para cuándo la normalización? *Aten Primaria* 2003; 32: 328-9.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Informe nº 3. Madrid: Observatorio Español sobre Drogas; 2000.
- Navarro C, Bachiller P, Palacios T, Ruiz P, Herrero M, Sánchez I. Características diferenciales sanitarias y toxicológicas de drogodependientes en tratamiento y consumo activo. *Aten Primaria* 2003; 32: 323-9.
- Rodríguez A. Coinfección hepatitis C y virus de la inmunodeficiencia humana. *Aten Primaria* 2003; 31: 617.
- Información del Plan Nacional de Drogas. Observatorio Español Sobre Drogas 2002. Informe nº 5. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas; 2002. URL: <http://www.msc.es/pnd/publica/pdf/oed-5.pdf>. Última actualización: abril 2005.
- Casabona J, Romaguera A, Aldema K, Pérez K, Cahn P. Epidemiología de la infección por VIH y del SIDA. En: Gatell JM, Clotell B, Podzamzer D, Miró JM, Mallolas J. *Guía Práctica del SIDA*. Barcelona: Masson; 2002. p. 75-93.
- Lahoz B, Moratalla G, Lineros C, Barros C. Consenso para la atención a los usuarios del programa de mantenimiento con metadona en los centros de salud de la provincia de Cádiz. *Aten primaria* 2000; 25: 417-21.
- Bureau of Tuberculosis Control, New York City Department of Health. *Clinical Policies and Protocols*. 3ª ed. 1999. URL: www.ci.nyc.us/html/doh/html/tb/tb.html. Última actualización: Junio 1999.
- Velarde C, Peinó J, Gómez de Caso JA. Programa de mantenimiento en metadona por vía intravenosa ¿qué información tienen los médicos de atención primaria? *Aten primaria* 1996; 17: 581-84.
- Navarro C, Bachiller P, Palacios T, Ruiz P, Herrero M, Sánchez I. Características diferenciales sanitaria y toxicológicas de drogodependientes en tratamiento y con sumo activo. *Aten Primaria* 2003; 32: 323-9.
- De la Fuente L, Bravo MJ, Lew C, Barrio G, Soriano V, Royuela L. Prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y de conductas de riesgo entre consumidores de heroína de Barcelona, Madrid y Sevilla: un ejemplo de las ventajas de centrar los estudios en los consumidores y no sólo en los usuarios por vía venosa. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 646-651.
- Bachiller L, Navarro C, Muñoz P, Álvarez A. Prevalencia de infección por el virus de inmunodeficiencia humana y de conductas de riesgo entre consumidores de drogas. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 637-638.
- Lichtensteiger W, Richs M, Lotti H, Seidenberg A. *Inmunotoxizität von Opioiden*. Verlag Huber Ben 1997; 15: 215-220.
- Di Franco MJ, Marlink R, Hunter DJ, Tosteson T, Mayer K, Essex M. Association of immune activation with intravenous heroin use and methadone treatment in hiv-1 seropositive and seronegative subjects. *J AIDS* 1993; 6: 1297-1300.
- Novick DM, Kreek MJ. Methadone and immune function. *Am J Medicine* 1992; 2: 113-15.
- Pallela FJ, Delaney KH, Moorman AC et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998; 338: 853-60.
- Niu MT, Strein DS, Schnittman SM. Primary human immunodeficiency virus type-1 infection: review of pathogenesis and early treatment intervention in human and clinical retrovirus infection. *J Infect Dis* 1993; 168: 1490-1501.
- Sáez MC, Gómez AC. Tuberculosis. En: Piédrola G, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R, Sierra A, Sáez MC, et al. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 8ª ed. Barcelona: Salvat; 1990.
- Hernando P, Corella I, Avendaño I, Jiménez G, Pérez I, Romero M, et al. Programa de prevención y control de la tuberculosis en el medio penitenciario. Madrid: Subdirección General de Sanidad Penitenciaria; 2001.
- Mather I, Grzmska M, Coninx R, Reyes H. Guidelines for control of tuberculosis in prisons. Organización Mundial de la Salud. Comité Internacional de Cruz Roja. WHO/TB/98250; 1998.
- Center for Disease Control and Prevention. Division of Tuberculosis Elimination. Core Curriculum on Tuberculosis. What the Clinician Should Know. 3ª ed. 1994. URL: www.cdc.gov/nchstp/tb/pubs/corecurr.htm. Última actualización: junio 1999.
- Comstock GW. Tuberculosis. A bridge to chronic disease epidemiology. *Am J Epidemiol* 1986; 124: 1-16.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Management of Hepatitis C: 2002. *Hepatology* 2002; 36 Suppl 1.
- CDC (Centro de Enfermedades Infecciosas). Atlanta. USA Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (VHC) infection and VHC related chronic disease. *MMWR* 1998; 47.
- Lee W. Hepatitis B virus infection. *N Engl J Med* 1997; 337: 1733-1745.
- Hepatitis B Virus infection. Natural History and Clinical Consequences. *N Engl J Med* 2004; 350: 118-129.
- Rodríguez M, G Diéguez ML. Coinfección VHC y VHB: implicaciones diagnósticas y terapéuticas. En: Buri M, Moreno Otero R. *Hepatitis C. Consideraciones clínicas y terapéuticas*. Barcelona: P Permaneyer; 2004. p. 65-73.
- EASL International consensus conference on hepatitis B. *J Hepatology* 2003; 39 Suppl 1.
- García-Samaniego J, Soriano V, Castilla J. Influence of hepatitis C virus genotypes and HIV infection on histological severity of chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1130-4.
- Soriano V, Puoti M, Sulkowski M. Care of patients with hepatitis C and HIV co-infection. *AIDS* 2004; 18: 1-12.
- García-Samaniego J, Romero M, Vicente S. Coinfección por VHC y VIH implicaciones diagnósticas y terapéuticas. En: Buti M, Moreno R.

- Hepatitis C. Consideraciones clínicas y terapéuticas. P. Permanyer; 2004. p. 65-91.
41. Hoofnagle JH. Course and Outcome of Hepatitis C. Hepatology 2002; 36: 21-29.
42. National Institutes of Health Consensus Development Conference Management of hepatitis C. Hepatology 2003; 36 suppl 1.

Tabla 1. Características demográficas y droga principal de los pacientes incluidos en el PMM

Sexo	
Masculino	86,3%
Femenino	13,7%
Edad media actual	33,04 años DT 5,126
Edad media de inicio en el consumo	14,98 DT 3,865
Droga principal	
Mezcla (heroína y cocaína)	80,4%
Heroína + cocaína + benzodicepinas	9,8%
Heroína	5,9 %
Cocaína	4 %
Vía inicial de administración:	
Intravenosa	51.0%
Pulmonar(fumada)	45,1%
Nasal (esnifada)	4%

Tabla 2

PREVALENCIA DE LOS PROCESOS ESTUDIADOS EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN			
	TOTALES N = 6778	HOMBRES 6024	MUJERES 754
VIH (+)	774 (11,24%)	678 (87,54%)	96 (12,40%)
VHC (+)	1751 (25,83%)	1603 (91,54%)	148 (8,45)
Ag. HBs. (+)	231 (3,40%)	278 (4,64%)	23 (9,95%)
PPD (+)	3495 (51,565)	3135(89,6%)	360 (47.74%)

PREVALENCIA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL P.M.M.			
	TOTALES N = 1939 (28,60%)	HOMBRES 1712 (88,44%)	MUJERES 224 (11,55%)
VIH (+)	502 (25,88%)	444 (88,44%)	58 (11,55%)
VHC (+)	1502 (54,75%)	953 (90,58%)	58 (11,55%)
Ag. HBs. (+)	89 (4,5%)	90 (89,88%)	9 (10,11%)
PPD (+)	1190 (61,37%)	1067 (89,66%)	123 (10,33%)

Tabla 3

HOMBRES: PMM vs No PMM

VARIABLE		PMM	NO PMM	p	OR (IC95%)
VIH	+	444	234	0,00	6,08 (5,11-7,24)
	-	1271	4075		
	n	1715	4309		
VHC	+	953	650	0,00	7,04 (6, 19-8, 01)
	-	762	3659		
	n	1715	4309		
AgHBs	+	80	198	0,90	1,02 (0,77-1,34%)
	-	1635	4111		
	n	1715	4309		
PPD	+	1067	2068	0,00	1,78 (1,59-2,00)
	-	648	2241		
	n	1715	4309		

MUJERES: PMM vs No PMM

VARIABLE		PMM	NO PMM	p	OR (IC95%)
VIH	+	58	166	0,00	4,52(2,93-7,24)
	-	38	492		
	n	224	530		
VHC	+	99	49	0,00	7,77(5,14-11,77)
	-	125	481		
	n	224	530		
AgHBs	+	9	14	0,31	1,64(0,61-3,86)
	-	224	516		
	n	224	215		
PPD	+	123	537	0,01	1,51(1,09-2,09)
	-	237	239		
	n	224	530		

ORIGINAL

Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados

Díaz-Cordovés Rego M¹, Ortiz Fernández M D¹, Ruiz San Basilio J M¹, Blancas Avilés M I¹, Torrejón Matías F¹, Zambrana Moral R¹

¹ Médico de familia. Centro de Salud El Palo (Málaga).

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LOS PACIENTES INCAPACITADOS

Objetivos: evaluar la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados y mejorar la calidad atención prestada.

Diseño: evaluación retrospectiva e interna. Dimensiones: Calidad Científica Técnica, Adecuación, Continuidad Asistencial.

Emplazamiento: Centro Salud Urbano.

Población y muestra: pacientes en el programa de incapacitados en 2003 (N = 467)

Intervenciones: Variables: Edad, sexo, fallecimiento, patología incapacitante, número visitas domiciliarias por médico, enfermería, enfermera de enlace, trabajadora social. Criterios de calidad: 1. Valoración funcional (con evidencia de ensayos clínicos controlados (ECC)). 2. Valoración riesgo caídas (con evidencia de ECC y revisión sistemática). 3. Valoración de la cuidadora (con evidencia de ECC y consenso expertos).

Resultados: la media de edad fue de 80 años (68 - 92). El 70,55% eran mujeres. Las enfermedades crónicas fueron las patologías incapacitantes más frecuentes. El número de visitas domiciliarias por el médico fueron de 1.9 visitas, por enfermero/a 3.16 visitas, por enfermera de enlace 0.26 visitas y por la trabajadora social 0.42 visitas.

El 30.05% (24.47%-35.62%) de los incapacitados presentaban una valoración funcional por escalas. Con un Barthel de media de 46.79, un Lawton de 2.36, un Pfeiffer de 4 errores y un Yesavage de 5.79. Al 32.4% (26.8%-38%) de los incapacitados se les valoró el riesgo caídas y al 22.27% (22.17%-22.36%) al cuidador principal. Entre las propuestas de mejora destacamos: La realización precoz de la valoración funcional, la intervención multifactorial en las caídas y la atención reglada a cuidadores.

Conclusiones: los incapacitados son mujeres de 80 años, por enfermedades crónicas, con dependencia alta para actividades básicas e instrumentales, con escaso deterioro cognitivo y depresión. Es mejorable la valoración funcional, del riesgo de caídas y la atención a la cuidadora.

Palabras clave: Atención domiciliaria. Atención primaria. Medicina basada en la evidencia.

Correspondencia: Mónica Díaz-Cordovés Rego. C/. De la playa nº 22, 2º D. 29620 Torremolinos (Málaga). Telf: 952 38 70 29. E-mail: monidcr@yahoo.es

Recibido el 31-05-2005; aceptado para publicación el 19-08-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 3: 152-159

AN EVALUATION OF HOME CARE FOR INCAPACITATED PATIENTS

Goal: To evaluate the home care provided for incapacitated patients and to improve its quality.

Design: Retrospective and internal evaluation. Dimensions: technical scientific quality, adequacy, and continuity in the provision of care.

Setting: Urban health center.

Population and sample: Incapacitated patients included in a program during the year 2003 (N = 467).

Interventions: Variables: age, sex, death, incapacitating pathology, number of home visits by doctor, nurse, community health nurse, social worker. Quality criteria: 1.) Functional assessment (with evidence from clinically controlled tests (CCT). 2.) Assessing the risks of falling (with evidence from CCT and systematic review). 3.) Assessment by the caregiver (with evidence from CCT and experts' consensus).

Results: The average age was 80 (68 - 92). 70.55% of the participants were women. Chronic illnesses were the most frequently found incapacitating pathologies. The number of home visits done by a doctor was 1.9, by a nurse 3.15, by a community health nurse 0.26 and by a social worker 0.42. 30.05% (24.47%-35.62%) of the incapacitated patients had a functional assessment by stages. Average Barthel was 46.79, Lawton 2.36, Pfeiffer of 4 errors and a Yesavage of 5.79. An assessment for incapacitated patients' risks of falling was done for 32.4% (26.8%-38%) of them and 22.27% (22.17%-22.36%) for the main caregiver. The most significant proposals for improving quality were: to do an early functional assessment, multifactorial intervention in falls, and organized attention to caregivers.

Conclusions: The incapacitated were 80-year old women who suffered from chronic illnesses, were highly dependent on others for basic and instrumental activities, with very little cognitive deterioration and depression. Areas to be improved included the functional assessment, the risk of falling, and attending to the needs of the caregiver.

Key Words: Home care. Primary care. Evidence-based medicine.

Introducción

A lo largo de las últimas décadas, se ha producido un progresivo envejecimiento de la población española que ha generado un incremento de la demanda asistencial. Este hecho, ha tenido como consecuencia más palpable, un mayor consumo de recursos, produciendo entre otras cosas una reducción del tiempo disponible para asumir los nuevos requerimientos de los pacientes¹.

Dentro del conjunto de enfermos que necesitan una mayor atención por parte del colectivo sanitario, destacan, por su especial fragilidad, el grupo de incapacitados, cuyo aumento en números absolutos, ha corrido en paralelo al envejecimiento poblacional¹.

En la década de los 80 algunos países de la Unión Europea experimentaron un rápido crecimiento de la población anciana y dedicaron un gran esfuerzo económico a la creación de instituciones, donde recluir a los ancianos de forma permanente, cometiendo un gran error. Posteriormente se dismantelaron muchas de estas instituciones y se transformaron en modelos residenciales más permeables a la comunidad e introdujeron modelos asistenciales que combinaban el entorno, con servicios adaptados a sus necesidades reales. El cambio más evidente fue la reorientación de los recursos hacia aquel sector que permitía la permanencia en el domicilio, el máximo tiempo posible y en las mejores condiciones³.

La atención domiciliar es definida cómo el tipo de asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio a aquellas personas y a su familia que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de salud⁴.

Los equipos básicos de atención primaria (EBAP), formados por los médicos de familia, enfermeros, trabajadores sociales y enfermera de enlace, deben trabajar conjuntamente para dar respuesta a las necesidades del paciente y su comunidad, y ofrecer una atención integral e integrada además de longitudinal, es decir, permanente y continuada^{1, 3, 4}.

Una atención domiciliar de calidad debe satisfacer las necesidades y las expectativas de los incapacitados, su familia y su comunidad. Para ello debería ser accesible a toda la población de incapacitados de manera equitativa⁵.

Los programas de atención domiciliar deben ser multidisciplinarios e intersectoriales. Es fundamental tener una visión biopsicosocial de la situación, que nos permita entender la necesidad de involucrar tanto a los sectores sociales, cómo a los distintos profesionales que atienden sus demandas^{2, 3, 4}.

Los programas de atención domiciliar deben abordar integralmente al paciente y a su familia. Aunque el elemento principal de abordaje sea el incapacitado no nos

podemos olvidar del contexto que le rodea. Cuidando a la familia, eje principal del cuidado del paciente^{1, 4}.

La atención al incapacitado debe tener siempre presente la promoción de salud existente, la prevención de patología, su asistencia y cuidados además de su rehabilitación^{4, 5}.

Una atención de calidad debe estar siempre fundamentada en conocimientos científico-técnicos lo más avanzados posibles, que nos garanticen la eficiencia de nuestras intervenciones. Por ello es importante alentar el estudio científico de nuestra práctica clínica, utilizando los recursos de la metodología de la medicina basada en la evidencia⁵. Con esta intención diseñamos un estudio para evaluar y mejorar la atención domiciliar de los pacientes incapacitados, utilizando criterios de calidad fundamentados en su evidencia clínica.

Sujetos y métodos

Para identificar las oportunidades de mejorar la atención a los incapacitados de nuestro centro de salud se utilizó el método grupal de las tormentas de ideas, y se concluyó que el contenido de las visitas domiciliarias no se ajustaba a un objetivo concreto y que se realizaban escasas actividades preventivas.

Se propone una evaluación retrospectiva e interna de la calidad de la atención a los pacientes incapacitados del centro de salud de El Palo incluidos en el programa de atención domiciliar desde enero a diciembre del 2003, identificados a partir de los registros de la historia clínica informatizada del centro.

A partir de las historias clínicas de cada paciente se recogieron las siguientes variables descriptivas de la población: Edad, sexo, patología principal que lo incapacita (Fracturas, deterioro cognitivo, enfermedad crónica, enfermedad osteomuscular, enfermedad neurológica, otros) Además se recogió el número de visitas domiciliarias realizadas desde enero a diciembre del 2003 por el médico, enfermera, trabajadora social y enfermera de enlace.

Para evaluar la calidad de la atención domiciliar prestada en nuestro centro de salud, realizamos una revisión bibliográfica, con metodología de medicina basada en la evidencia. De esta manera observamos cómo para ofrecer una atención domiciliar de calidad era importante valorar el riesgo de caídas del incapacitado, a la cuidadora y que se realizara una valoración funcional del incapacitado⁶ (Tabla 1). Para poder medir estos criterios se definieron de la siguiente manera,

Criterio 1. La valoración del riesgo de caídas del incapacitado, definido cómo reflejar en la historia clínica si se ha indagado sobre el riesgo de caída del paciente (es decir se ha preguntado sobre el antecedente de caídas previas, barreras arquitectónicas, consumo de psicofármacos, realización de test de alcance funcional, de bipedestación unipodal o "Get up and go"). Abarca la dimensión científico-técnica y de adecuación, es decir que científicamente es necesario y adecuado para promover la independencia y prevenir patología. Y esta abalado por la evidencia de ensayo clínico controlado y revisión sistemática⁷.

Criterio 2. La valoración de la cuidadora, definido cómo reflejar en la historia clínica la cuidadora principal y su valoración (es decir si se ha investigado si el cuidado del incapacitado esta sobrecargando al cuidador principal, cómo esta haciendo para salvaguardar su salud física y mental, si tiene grupos de apoyo o de formación que faciliten su cuidado). Abarca la dimensión adecuación, es decir que es adecuado para satisfacer las necesidades del paciente. Y tiene evidencia de ensayo clínico controlado y comité de expertos^{8, 9, 10}.

Criterio 3. La valoración funcional del incapacitado, definido cómo reflejar en la historia al menos una valoración funcional anual por alguna escala⁶, cómo: Barthel¹¹, Lawton¹¹, Pfeiffer¹², Yesavage¹³, Social¹⁴, Test del

informador¹⁵, Lobo¹⁶, Isaacs¹⁷ y Kats¹⁸. Abarca la dimensión científico-técnica y de continuidad. Es decir que la valoración tiene una técnica y esta fundamentado argumentos científicos y debe realizarse interrumpida y coordinadamente. Esta apoyado en la evidencia de ensayo clínico controlado^{19, 20}. Los datos se procesaron mediante el programa SPSS y para la realización del diagrama de Pareto se utilizó el programa IQUAL.

Para poner en funcionamiento medidas correctoras que mejoren la calidad de nuestra atención al incapacitado realizamos un análisis cualitativo de las causas que hacían que nuestra atención al incapacitado fuera mejorable mediante un diagrama causa-efecto (Espina de pescado) (gráfico 3). Además tuvimos en cuenta un estudio realizado en 1993 en el mismo centro con criterios de calidad diferentes. En el que sólo a un 62% de los pacientes incapacitados se les realizaba una exploración anual, el 65% actualizaban la hoja de problemas, en el 61% de las historias mostraba algún plan de actuación para enfermería, pero sólo un 57% lo cumplían²¹.

Se diseñó un plan de actuación centrado en los pacientes y sus familias, definiendo las actividades del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP)⁴ (tabla 3,4,5)

Tras la aplicación del plan de actuación en el centro durante un año, tenemos en proyecto reevaluar los criterios de calidad estudiados, con el fin de analizar la eficacia de las medidas adoptadas.

Resultados

Los incapacitados del centro de salud de El Palo durante el 2003 fueron 467 pacientes, entorno a los 80 años. Un 70,55 % mujeres y un 29,45% hombres. En el momento del estudio habían fallecido 52 pacientes. La patología incapacitante más prevalente era por enfermedades crónicas, como neoplasias, cardiopatías o neuropatías, con un 33,26%, luego por la patología osteomuscular con un 16,85% y por el deterioro cognitivo ó demencias, con un 16,18%. Un 15,3% son por enfermedades neurológicas como ACV, Parkinson, ect... Las fracturas serían las responsables de un 9,5% y por último un 8,86% son por otras causas.

El perfil funcional de los incapacitados del Centro de Salud de El Palo, se caracterizó por una alta dependencia para las actividades básicas con un Barthel 46.79 y para las actividades instrumentales con un índice Lawton y Brody de 2,36 (máxima dependencia 0 puntos. independencia total 8 puntos) (tabla 2 y gráfico 1).

Se observó un deterioro cognitivo leve con una media en el cuestionario de Pfeiffer de 4 errores. En este cuestionario el 40,6% no mostraba deterioro cognitivo (0-2 errores), un 14,1% tenía un deterioro cognitivo leve (3-4 errores), un 26,6% moderado (5-7 errores) y el 18,7 % un deterioro severo (8-10 errores).

La valoración afectiva media según la escala de valoración geriátrica de Yesavage, cuya media fue de 5.79. Sin presentar alteraciones afectivas el 57,1% (0-5 puntos), mientras que un 21,5% mostraban una probable depresión (6-9 puntos) y un 21,4% una depresión establecida (> 9 puntos).

Con respecto los criterios de calidad:

- Criterio 1: Realizar la **valoración funcional por escalas** como la escala de actividades básicas de la acti-

vidad diaria de Barthel, el índice de actividades instrumentales de Lawton y Brody ó el cuestionario portátil del estado mental de Pfeiffer. Esta valoración fue realizada al **30,05%** de los incapacitados (IC 99%: 24.47% - 35.62). Un 1,7% de los incapacitados presentaron valoraciones por otros test como el Set-test de Isaacs, el test de Lobo, el test del informador, el índice de Katz, la escala de valoración de la incapacidad física y mental de la Cruz Roja, la escala de valoración social en el anciano de Gijón, Geriatric Depression Scale de Yesavage, el índice de Norton de riesgo de úlceras por presión, el índice del esfuerzo del cuidador.

- Criterio 2: La **valoración del riesgo de caídas** se realizó a un **32,4%** de los pacientes incapacitados (IC 99%: 26,8% - 38%).
- Criterio 3. La **valoración de la cuidadora**, consta en un **22,27%** de los casos (IC 99%: 22.17% - 22.36%).

Con el fin de analizar globalmente los criterios de calidad, elaboramos en diagrama de Pareto (gráfico 2), que nos indica que mejorando la valoración del cuidador mejoraríamos un 35% la calidad de la atención. Pero si además abordamos la valoración funcional estaríamos solucionando un 68,4% del problema.

Discusión

Cómo en otros estudios nuestra población de incapacitados era mayoritariamente mujeres entorno a 78-81 años, incapacitados principalmente por enfermedades crónicas y luego por patología osteoarticular³. Nuestra población presenta una media del número de visitas de médicos y enfermeras algo por debajo de la media, en el caso de los médicos la media fue 1.9, cuando suele oscilar entre 2-4 y en el caso de los enfermeros fue 3.9, cuando suele oscilar entre 4-6³.

Dado que las primeras capacidades que se pierden son las instrumentales, es lógico que nuestra población mostrara una mayor dependencia para las actividades instrumentales (Lawton en torno a 2) que para las actividades básicas (Barthel en torno a 46). Encontrándose en niveles de dependencia alta, por tanto están bien incluidos en el programa de incapacitados e impedidos para acudir al centro de salud en demanda de servicios.

Como criterios de calidad, nuestros incapacitados presentan una mejorable valoración funcional, del riesgo de caídas y del cuidador. Esto nos lleva a la necesidad de sistematizar la Valoración Geriátrica Integral y de hacerlo en ancianos antes de incapacitarse.

Entre los sesgos, detectamos algunos de selección por desconocimiento de fallecimientos, cambios de domicilio,... debido a la escasa agilidad para incluir y excluir

a los pacientes en la historia clínica informatizada. De ahí que encontremos pacientes que actualmente acuden a consulta pero que continúan incluidos en el programa, porque estuvieron incapacitados un tiempo limitado.

Encontramos sesgos de información, debido a que las historias clínicas no son un fiel reflejo de la realidad de la asistencia prestada. Porque la información es obtenida en el domicilio y la escasa disponibilidad de ordenadores, condiciona al profesional a que no pueda actualizar en el mismo día la historia clínica o actualizarla parcialmente, al tener que demorarlo días tras la visita y poder olvidar información. También destacamos otros sesgos de información: Las valoraciones funcionales pueden haberse realizado, pero sin usar escalas. La valoración de la cuidadora puede estar no reflejada en la historia del incapacitado, pero sí recogerse en la del cuidador. La última visita al centro recogida en la historia informática consta de una fecha relativamente lejana a nuestro estudio, sin precisar cual ha sido la causa de no seguir su asistencia en el centro. A veces según la información que consta en la última visita hemos sabido del fallecimiento de los pacientes, sin poder precisar que ocurriera en el último año en todos los casos.

Para concluir resumimos que los incapacitados del Palo son mujeres de 80 años, por enfermedades crónicas, con dependencia alta para actividades básicas e instrumentales, con escaso deterioro cognitivo y depresión, con una valoración funcional, del riesgo de caídas y la atención a la cuidadora mejorable. Por lo que proponemos medidas encaminadas a para atender regladamente a las cuidadoras, realizar precozmente la valoración funcional e intervenir multifactorialmente en las caídas.

Agradecimientos

A todo el equipo del centro de salud de El Palo, a los tutores y en especial a la Dra. Muñoz.

Bibliografía

1. Espinosa Almendro JM. El anciano en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 515-516.
2. De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria* 2003; 31: 587-91.

3. Contel Segura JC. Atención domiciliaria en atención primaria de salud. URL: http://www.faecap.com/ponencias_I_Congreso_Nacional/ponencias/htm. Última actualización: Mayo 2003.
4. Espinosa Almendro JM, Benítez del Rosario MA, Pascual López L, Duque Valencia A. Modelos de organización de la atención domiciliaria en atención primaria. URL: http://www.semFYC.es/Actividades_y_Servicios/Publicaciones/htm. Última actualización: Noviembre 2000.
5. Saturno PJ, Quintana O, Varo J. ¿Qué es calidad? En: *Calidad asistencial en atención primaria*. Tomo I. Madrid: Dupont Pharma; 1997.
6. Amo Alfonso M, Rodríguez-Domínguez S. Valoración Geriátrica Integral. *FMC* 2003; 20 Suppl 4: 59-71.
7. Cumming RG, Thomas M, Szonyi G, Salked G, O'Neill E, Westbury C, et al. Home visits by and occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial of falls prevention. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1397-402.
8. Mohide EA, Prongle DM, Streiner DL, Gilbert JR, Muir G, Tew M. A randomized trial of family caregiver support in the home management of dementia. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 446-54.
9. Eloniemi-Sulkava U, Notkola IL, Hentinen M, Kivelä, Sivenius J, Sulka-va R. Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1282-7.
10. Rockwood K, Joffres C. Halifax consensus Conference of Understanding the Effects of Demetia Treatment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 1006-11.
11. Hornillos M, Rodríguez Valcarce AM, Baztán JJ. Valoración geriátrica en atención primaria. *Semergen* 2000; 26: 77-89.
12. Martínez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin* 2001; 117: 129-34.
13. Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Versión española del cuestionario Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM* 2002; 12: 620-30.
14. Díaz ME, Domínguez O, Toyos G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994; 29: 239-45.
15. Morales JM, González JI, Del Ser T, Bermejo F. El Test del informador: una nueva aproximación en la detección precoz de la demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 142-53.
16. Lobo A, Saz P, Marcos G, Díaz JL, De la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin* 1999; 112: 767-74.
17. Pacual LF, Martínez JV, Modrego P, Mostacero E, López J, Morales F. Set Test de Isaacs. *Neurología* 1990; 5: 82-5.
18. Álvarez M, Alaiz AT, Brun E, Cabañeros JJ, Calzón M, Cosío I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años según el índice de Kats. *Fiabilidad del método. Aten Primaria* 1992; 10: 812-6.
19. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Büla CJ, Gold MN et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment for elderly people living in the comunita. *N Engl J Med* 1995; 333: 1184-9.
20. Van Haastregt JC, Diederiks JP, Van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HF. Effects of preventive home visits to ederly people living in the comunita: systematic review. *BMJ* 2000; 320: 754-8.
21. Espinosa Almendro JM, Burgos Varo ML, López Vargas C, Muñoz Cobos F, Salazar Agullo JA. Evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente crónicamente incapacitado en un centro de salud. *Gac Sanit* 1993; 7: 289-93.

Tabla 1. Definición de los criterios

CRITERIO	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	PROVEEDOR	EVIDENCIA
Valoración funcional	Tener reflejada en la historia clínica al menos una valoración funcional por escalas anual	Científico-Técnica Continuidad	Médico Enfermeras Enfermera de enlace	Ensayo clínico controlado ¹⁹
Valoración del riesgo de caídas	Tener reflejada en la historia clínica el riesgo de caídas	Científico-Técnica Adecuación	Médico Enfermeras Enfermera de enlace	Ensayo clínico controlado ⁷ Revisión sistemática ²⁰
Valoración del cuidador	Tener reflejada en la historia clínica el cuidador principal y su valoración	Adecuación	Médico Enfermeras Enfermera de enlace	Ensayo clínico controlado Comité de experto ^{8, 9, 10}

Tabla 2. Resultados de las variables analizadas en el estudio

N = 467	Media típica	Desviación	Límites de distribución	Error típico de la media
Edad	80,27	11,79	(68,48 - 92.06)	0,55
Barthel	46,79	31,1	(15,69 - 77,89)	2,71
Lawton	2,36	3,43	(1,07 - 5.79)	0,34
Pfeiffer	4	3,03	(0,97 - 7,03)	0,38
Yesavage	5,79	3,8	(1,99 - 9,59)	1,01
nº visitas médico	1,90	2,44	(-0,54 - 4,34)	0,115
nº visitas enfermera	3,16	6,72	(3,56 - 9,88)	0,317
nº visitas trabajadora social	0,42	1,06	(-0,64 - 1,48)	0,050
nº visitas enfermera de enlace	0,26	0,57	(0,31- 0,83)	0,27

Gráfico 1. Escala de Barthel o de dependencia para las actividades básicas (AVBD)

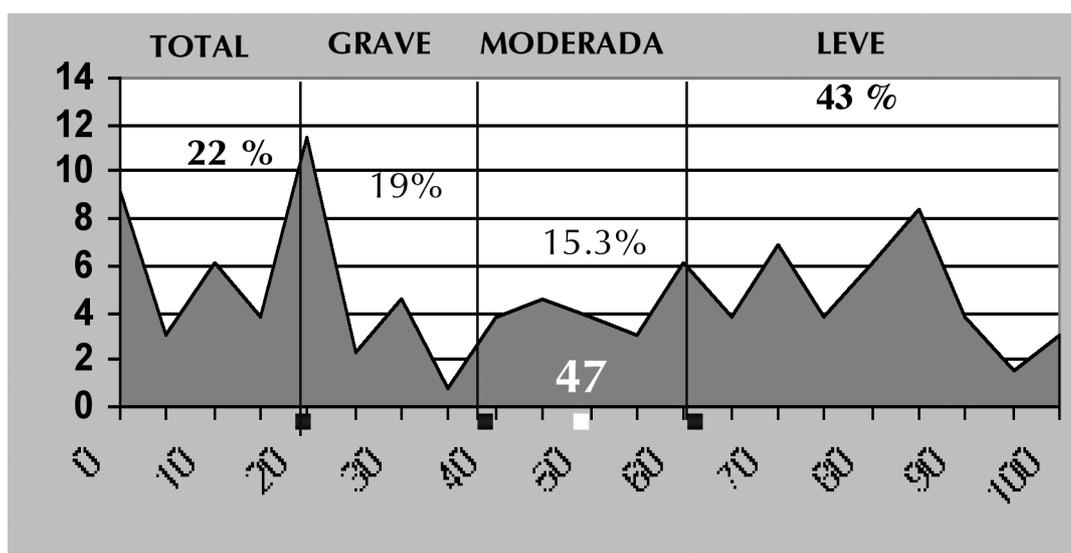


Gráfico 2. Diagrama de Pareto

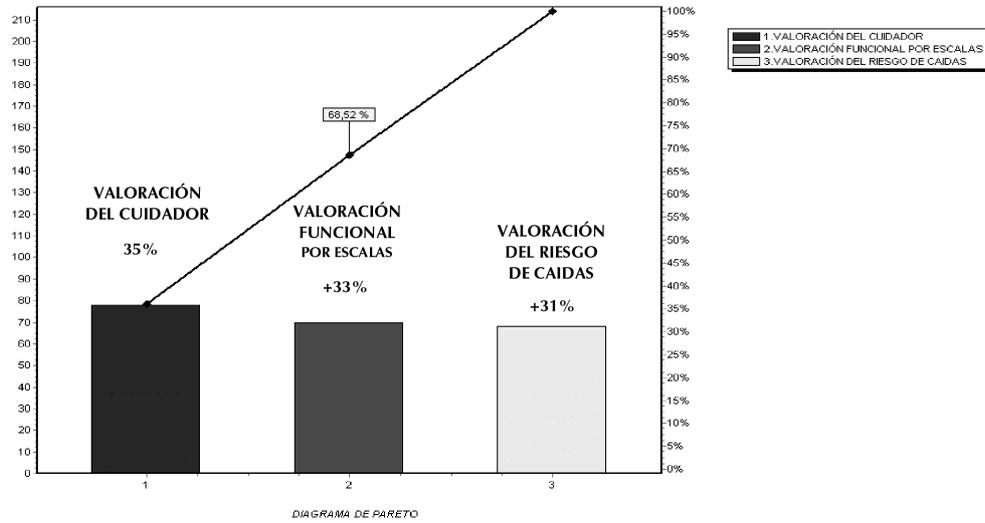


Gráfico 3. Diagrama causa-efecto (Espina de pescado)

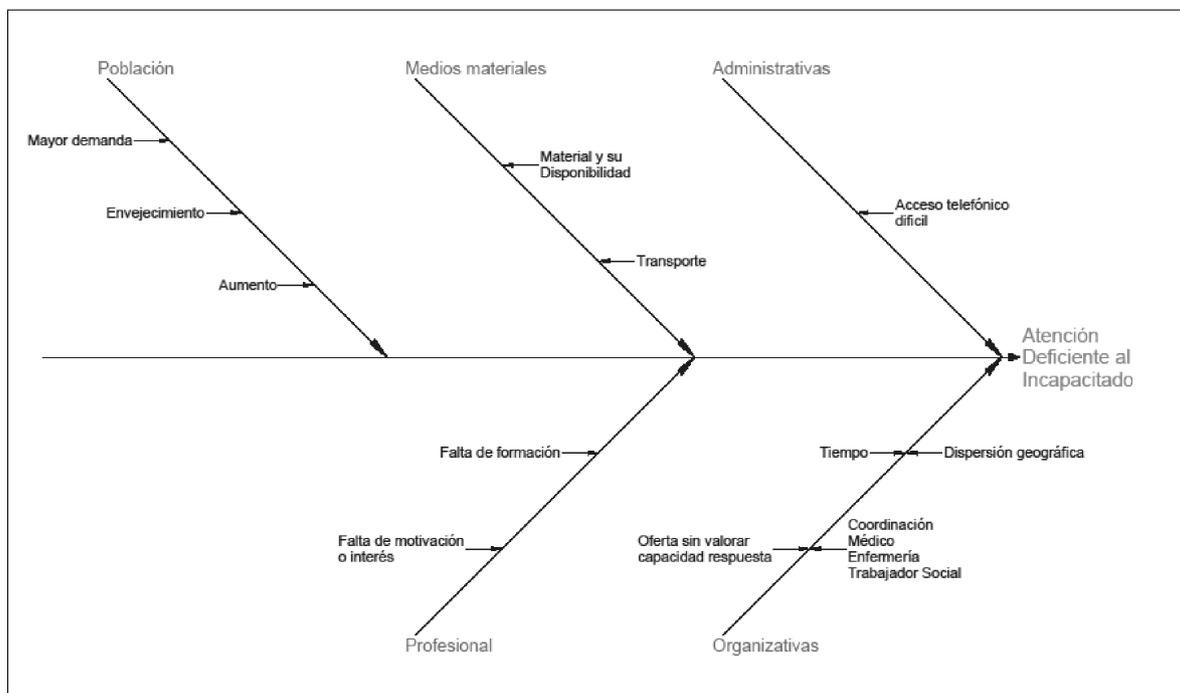


Tabla 3. Objetivos de nuestro programa de atención domiciliaria

Prevenir las incapacidades y fomentar la independencia.
Detectar precozmente situaciones de riesgo e incrementar la precisión diagnóstica.
Adecuar las medidas preventivas incluidas en el plan de cuidados.
Hacer que el cuidador sienta que es un colaborador esencial para el equipo EBAP, mostrándole su papel y enseñándole en casa.
Hacer un seguimiento del curso clínico y cuantificar los efectos de las intervenciones.
Evaluación tantas veces como sea necesario el deterioro funcional estableciendo un mínimo anual y/o semestral según el caso
Mejorar el uso y la coordinación de los servicios sanitarios y sociales.
Disponer de información de una cohorte de incapacitados del centro para investigar y perfeccionar las medidas correctoras.

Tabla 4. Medidas Correctoras dirigidas a los Pacientes y a sus familiares

Mantener un registro actualizado de la población de incapacitados del Centro de Salud.
Realizar una valoración integral de los pacientes.
Recoger los problemas de salud por Grandes Síndromes Geriátricos.
Incorporar a la cuidadora principal a grupos psicoeducativos de formación y autoayuda, donde además de educar en el manejo del incapacitado, les permita ampliar y enriquecer sus redes.
Diseñar un plan de cuidados individualizado, donde cada miembro del equipo EBAP desarrolle un trabajo coordinadamente a fin de conseguir un objetivo conjunto.
Reevaluar periódicamente el entorno y su posible modificación para adecuar las actividades preventivas o terapéuticas a objetivos actuales, Enfocándolo sobretudo al riesgo de caídas, por su mayor utilidad según la evidencia.
Mejorar las habilidades físicas, en cuanto al equilibrio y marcha, con talleres de tai-chi.

Tabla 5. Medidas Correctoras dirigidas a Equipo EBAP

Designar un calendario para que los miembros del equipo EBAP puedan reunirse para hablar de los incapacitados del centro
Realizar una evaluación conjunta de la situación de los casos expuestos y detectar sus necesidades.
Desarrollar intervenciones múltiples e interdisciplinarias que intenten abordar las necesidades globalmente. Incorporar guías de practicas clínica. Protocolización y formación conjunta Mejorar la coordinación de las actividades
Sistematizar la valoración geriátrica, realizándola antes de incapacitarse y con escalas
Reevaluar en equipo y periódicamente las intervenciones diseñadas para detectar nuevas necesidades o situaciones de riesgo a lo largo de su evolución.
Incrementar el seguimiento de los incapacitados con llamadas telefónicas ó con visitas domiciliarias por parte de todo el equipo
Facilitar material ortésico a través del equipo médico-enfermera de enlace-trabajador social.
Mejorar la base de datos, agilizando la inclusión y exclusión de los pacientes en el programa de incapacitados. Con el fin de poner en marcha un plan de formación e investigación activa

ARTÍCULO ESPECIAL

Sobre cuidados paliativos (CP), atención en la agonía, sedación y otros asuntos

Boceta Osuna J.

Unidad de H. Domiciliaria y C. Paliativos. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Coordinador del Grupo SAMFyC de Cuidados Paliativos (CP). Presidente de la Sociedad Andaluza de CP (SACPA)

Resumen

La reciente polémica vivida entorno a la sedación en la agonía en urgencias del Hospital Severo Ochoa, y otras anteriores sobre distintos aspectos de la atención al final de la vida, ponen a los CP de enorme actualidad social. Este artículo tiene como OBJETIVOS aclarar la terminología que se viene empleando al respecto, aportando definiciones correctas; aportar referencias bibliográficas sólidas que ayuden a los profesionales interesados en su formación y consulta; aportar criterios éticos, farmacológicos y médicos que ayuden en la toma de decisiones individual y colectiva, respecto a asuntos delicados como la organización y provisión de servicios en CP, o la sedación paliativa en la agonía. A modo de RESULTADOS se aportan trece referencias bibliográficas escogidas por su especial relevancia e interés docente, y se exponen las definiciones y criterios de interés para orientar a los profesionales.

Introducción. Objetivos

Los CP constituyen un campo relativamente nuevo con el que muchos de nosotros no estamos familiarizados. Callahan 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 paz³.

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 una 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. 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.

Es en el propio domicilio de los pacientes donde se presta la gran mayoría de los cuidados paliativos. Incluso cuando el paciente fallece en una institución, usualmente ha recibido durante un largo período cuidados paliativos en domicilio. Esto tiene una importancia crucial para la planificación de la oferta de servicios de CP⁴.

No es deseable que llegue a urgencias de nuestros hospitales un gran número de enfermos en situación terminal o agónica. La atención a las urgencias o "crisis de necesidades" de estos enfermos se ve facilitada si existe en sus domicilios un informe o documento de atención continuada, con información sobre los diagnósticos, pronóstico, voluntad vital, e instrucciones en caso de crisis previsible. Si son derivados a urgencias hospitalarias, conviene que haya circuitos establecidos para la atención adecuada de sus necesidades especiales, e ingreso ágil si lo precisan.

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^{2,4,7}.

Correspondencia: Jaime Boceta Osuna. Dr. Gbel Sánchez de la Csta. 3, 1º D. 41004 Sevilla. Telf: 649 09 47 63. E-mail: jaimeboceta@telefonica.net

Recibido el 04-07-2005; aceptado para publicación el 06-09-2005.

Medicina de Familia (And) 2005; 3: 160-165

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, y la coordinación entre niveles. Por su carácter universal, la AP puede hacer llegar a todos los ciudadanos, sin discriminación, unos CP de nivel básico^{1, 2, 4}.

Los dispositivos específicos de CP según el Plan Nacional de CP son las Unidades de CP y los Equipos de Soporte de CP. Los Equipos de Soporte pueden ser hospitalarios, domiciliarios o mixtos. Los dos últimos mencionados, pueden acudir a los domicilios a valorar, e incluso asumir temporalmente, los casos de mayor complejidad, a petición de AP o de un especialista. Trabajan de modo coordinado con AP y su especialista. Dado que se ubican en el hospital, tienen mayor facilidad para la gestión de casos en cuanto a recursos (hospital de día, pruebas, técnicas, tratamientos específicos), y contacto con otras especialidades, para facilitar la coordinación entre niveles, gestionar el ingreso sin pasar por urgencias cuando sea preciso, etc.

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, y debe llegar a todos los profesionales con asistencia clínica en domicilio, urgencias y plantas de hospitales. Debe incluir la atención familiar, el manejo de los fármacos habituales, la vía subcutánea, la gestión de casos para la continuidad asistencial, la prevención y el manejo de las crisis de necesidades, y la atención al duelo. Y, por supuesto, el counselling o relación de ayuda, como herramienta de comunicación con el paciente y la familia, y de cuidado de las propias necesidades y emociones del profesional. Este último aspecto es el mejor instrumento para trabajar las actitudes, para prevenir el desgaste profesional o "burn out", y para evitar la búsqueda de salidas inadecuadas, como el obstinamiento terapéutico o la eutanasia. 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.

Metodología. Resultados

Es conveniente **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. Para ello revisamos las definiciones acordadas por organismos internacionales y documentos nacionales de referencia.

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.

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 problemas múltiples y cambiantes, de origen multifactorial. 4. pronóstico de vida inferior a 6 meses (3 +/- 3 meses). 5. gran impacto emocional en paciente, familia y profesionales⁶.

El Documento De Consenso Sobre Situaciones Al Final De La Vida (MSC y Consejo General del Poder Judicial) la define como enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, que afecta a la autonomía y calidad de vida (debido a síntomas, impacto emocional, pérdida de autonomía), con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico, y con un pronóstico de vida limitado a meses, en un contexto de fragilidad progresiva⁸.

El concepto de *Enfermedad Avanzada* reúne elementos de la definición de enfermedad terminal o situación terminal, pero en distinto grado, y con la predictibilidad de la muerte no tan próxima: "enfermedad incurable, con respuesta variable al tratamiento específico, de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de autonomía y calidad de vida, que probablemente evolucionará hacia la muerte a medio plazo"⁸.

De acuerdo con esas definiciones, podríamos decir que los CP se refieren a la atención integral en la situación terminal, sea de origen oncológico (80 – 85 %) o de otras causas, que actualmente van en crecimiento².

En 2002 la definición de CP fue modificada por la OMS. La nueva definición se centra en la prevención y control del sufrimiento, 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.

Tras esta nueva definición *entenderíamos los CP como la atención integral en la enfermedad avanzada y terminal, y ampliaríamos su campo de acción a aspectos que revisten mayor complejidad en fases iniciales.*

Exponemos una traducción aproximada, puesto que aún no existe versión oficial en castellano de esta definición de 2002.

“Los *Cuidados Paliativos* son un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, de cara a los problemas asociados con una enfermedad mortal, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación precoz y la valoración y tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”⁵.

“Los CP proporcionan alivio del dolor y otros síntomas. Afirman la vida, y consideran la muerte como un proceso normal. No intentan acelerar ni posponer la muerte. Integran los aspectos psicosocial y espiritual de los cuidados del paciente. Integran un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta el momento de la muerte. Usan el abordaje en equipo para tratar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo la relación de ayuda o “counselling” en el duelo. Mejorarán la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad. Son aplicables precozmente en el curso de la enfermedad, junto con otros tratamientos que intentan prolongar la vida, como son la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor las complicaciones clínicas penosas”⁵.

“Los Cuidados Paliativos para Niños representan un campo especial, no obstante estrechamente relacionado con los CP de los adultos. CP para niños son el cuidado total y activo del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, y también incluyen dar soporte a la familia. Empiezan cuando la enfermedad es diagnosticada, y continúan sin consideración de si el niño recibe tratamiento directo de la enfermedad o no. Los proveedores de salud deben evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social de un niño. Los CP efectivos requieren un abordaje multidisciplinario amplio, que incluya a la familia, y que haga uso

de los recursos comunitarios disponibles; se pueden implantar con éxito incluso si los recursos son limitados. Pueden ser proporcionados en instalaciones de cuidados de tercer nivel, en centros sanitarios de la comunidad, e incluso en los hogares de los niños”⁵.

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.

Debemos buscar signos y síntomas y registrarlos en la Hª Cª, recordando ese contexto.

Prestaremos especial atención a cambios en algunos síntomas (disnea, dolor...), o nuevos síntomas (delirium...). Semiología de insuficiencia circulatoria (livideces, frialdad). Cambio en las constantes vitales (hipotensión, pulso rápido, débil, irregular). Trastornos respiratorios (polipnea, pausas). Debilidad muscular (encamamiento, pérdida de tono, nariz afilada, esfínteres...) Estertores premortem. En lo neurosensorial, disminución u oscilaciones del nivel de conciencia. Parecen persistir oído y tacto hasta el final.

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 más 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}.

Síntoma refractario es aquel 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.

Manejo Farmacológico en la sedación en la agonia^{9, 11, 12}.

1. 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, siendo ésta la vía de elección en domicilio y, en general, en CP. Por vía SC inicia su acción en 5-10 minutos, tiene una vida media de 2-5h. (repetir cada 4h).

La dosis máxima recomendable por vía parenteral es 160-200 mg/día.

Por vía SC, la dosis de inducción y rescate, si no tomaba BZD previas o en pacientes debilitados es 2.5-5 mg. Si tomaba BZD la dosis es 5 – 10 mg. En la sedación urgente y profunda (Ramsay V o VI), se utiliza doble dosis. En infusión SC, la dosis inicial infusor suele ser 0.4-0.8 mg/h.

En urgencias, o si ya tiene una vía venosa, es de elección midazolam IV. Inicia su acción a los 2 - 3 minutos. Cargando la ampolla de 15 mg / 3ml en una jeringa de 10 ml con 7 ml de suero, tendremos una dilución de 1.5 mg / ml, que facilitará la aplicación de dosis de inducción y rescates IV. Se aplica un bolo de 1.5 mg cada 5 minutos, mientras aplicamos otro tipo de cuidados y atención familiar, hasta llegar al nivel de sedación deseado según la escala de Ramsay. La dosis total con la que llegamos al nivel de sedación adecuado es la dosis de inducción y de rescate, y será la que emplearemos cada cuatro horas, o bien pautaremos esa dosis x 6 en infusión continua en 24h.

La dosis de rescate es la que dejaremos indicada como dosis extra, para administrar en caso de agitación o reagudización del síntoma refractario que motivó la sedación. Suele ser igual a la dosis de inducción, y equivalente a la sexta parte de la dosis total diaria del fármaco. Conviene que los rescates se realicen con el mismo medicamento. Esto permite calcular en las primeras 24h las necesidades reales de dicho fármaco, al sumar las dosis pautadas en bolos o infusión continua mas las dosis de

rescate empleadas. De este modo pautaremos mejor la sedación del segundo día y sucesivos.

No tiene sentido canalizar una vía venosa central a un moribundo que pierde la vía periférica en un hospital. También yo como residente me he visto en esa circunstancia: salga la familia, es una técnica invasiva que hay que aprender, hay miedo a errar la punción, alguien dice "de todas formas se va a morir..." Ni siquiera por el interés docente. Mayor es el interés de aprender a ayudar sin miedo a un ser humano que muere junto a los suyos. Podemos terminar con esa mala costumbre.

La sedación se puede realizar por vía SC, incluso en un hospital.

Los fármacos necesarios para la correcta atención en la agonia se pueden administrar por vía subcutánea (morfina para el dolor y disnea, hioscina o escopolamina para los estertores respiratorios, haloperidol, primperán, ondasetrón u otros antieméticos, midazolam, haloperidol, levomepromazina, fenobarbital u otros para la sedación, etc). Es más lógico aprender a manejar bien algunos de estos fármacos, sus dosis, mezclas, estabilidad, etc, que intentar técnicas invasivas con pacientes agónicos⁹.

2. OTROS FÁRMACOS SEDANTES: Si el síntoma refractario es delirium, o si falla el midazolam, se elige levomepromazina S.C. o haloperidol S.C., y si este falla se emplean otros fármacos como fenobarbital SC, IM o IV, o propofol IV.

2.1. *Levomepromazina* (ampollas 25 mg/1cc) SC: inducción 12.5 – 25 mg SC. Rescate 12.5 mg. Si la usamos por fallo de la sedación con midazolam, conviene reducir la dosis de éste al 50% en las 1ª 24h para evitar privación, y después disminuir un 33% cada día según respuesta. Por vía IV las dosis son la mitad que SC.

2.2. *Fenobarbital*. Es de elección cuando fracasan midazolam y levomepromazina y no es posible usar la vía venosa. Es un barbitúrico de acción prolongada, con vida media entre 50 y 150h cuando se administra vía parenteral. Se puede utilizar por vía IV, que es la habitual en otras indicaciones, e IM, y SC. Se presenta en ampollas de 200mg. Antes de iniciarlo se suspenden las benzodiazepinas y los neurolépticos, y reducir los opioides 50%. La dosis de inducción es 100 ó 200 mg IM. Alcanza un pico plasmático tras la inyección IM a las 2h. Las dosis de rescate serán de 100 mg IM. La infusión continua subcutánea se hará inicialmente a 600 mg/24h y se ajustará en días sucesivos según las necesidades diarias. Por vía IV la dosis de inducción es de 2mg /kg lento, y la perfusión inicial es 1mg/kg/h y ajustar según respuesta.

2.3. *Propofol* IV. Es un anestésico general de acción ultracorta, que se emplea por vía IV cuando fallan midazolam y levomepromazina o hay alergia a estos, o para una

sedación breve. Su acción se inicia en 30 segundos, dura 5 minutos. Su vida media es de 40 minutos. Puede producir mioclonías, y en epilépticos aumenta el riesgo de convulsiones (reduce el flujo cerebral). Antes de usarlo hay que retirar benzodiazepinas y neurolépticos, y reducir opioides 50%. No se debe mezclar con otros fármacos. La dosis de inducción es 1-1.5 mg/kg en 1 a 3 min, y la de rescate el 50% de ésta. La perfusión inicial es de 2mg/kg/h. y ajustar según respuesta 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, (tabla 1) que distingue seis niveles de sedación ¹¹. 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... suele salir el tema a propósito de los miedos ante la muerte. Puede 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 algún malestar sufrimiento que no pueda aliviarse de otro modo. Si da su consentimiento, lo anotamos en la H^aC^a y lo comentamos con la familia y cuidador principal. No recomendamos rellenar y firmar documentos.

• *En Situación de Últimos Días:* si no hay previo consentimiento, se solicita a la familia. Conviene preguntar cómo lo ven y escuchar activamente, pues nos ayuda a empatizar con ellos. Hay que introducir malas noticias (la previsión de una muerte cercana y cambios probables previsibles). Explicamos que la sedación calmará el estrés o controlará el síntoma, y también que impedirá la ingesta y la comunicación (muy probablemente).

• *Si la familia duda*, he aquí algunas pistas útiles para explicar: La sedación es algo gradual, no buscamos un "coma". Hay posibilidad de revisar y modificar el grado de sedación obtenido, de revisar la decisión si la situación cambia, de instaurar suero terapia si es preciso... Y la posibilidad de consultar con otras personas la decisión.

Es útil ofrecer como alternativa otros cuidados activos importantes en esta fase, como los cuidados de la boca, el repetir frases en tono tranquilizador, el contacto físico.. y otros aspectos no verbales que resultan tan importantes como las palabras.

Finalmente es responsabilidad del médico y del equipo el bienestar del paciente, y las decisiones hay que tomarlas. A veces resulta necesario iniciar la sedación, y, con el paciente tranquilo, en nivel II-III de Ramsay, podemos trabajar mejor las necesidades de la familia, incluida una información más detallada.

Tabla 1. ESCALA DE RAMSAY ¹¹:

Niveles

I-Agitado, angustiado.

II-Tranquilo, orientado y colaborador

III-Respuesta a estímulos verbales.

IV-Respuesta rápida a estímulos dolorosos/ presión glabellar

V-Respuesta perezosa a estímulos dolorosos/ presión glabellar

VI-No respuesta.

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

	Sedación terminal	Eutanasia
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.

A MODO DE CONCLUSIÓN: 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 necesidades 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 paz⁹.

Bibliografía

1. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2002
2. Davies E, Higginson I. The Solid Facts. Palliative Care. World Health Organization. Copenhagen. 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. Benitez del Rosario MA. Conceptos y fundamentos de los Cuidados Paliativos. En: Benitez 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 Carl J, Derek Doyle. The terminal phase. En: Doyle D, Hanks GW. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2ª & 3ª Ed. New York: 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.

CARTA AL DIRECTOR

Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica

Espinosa Almendro JM¹, Muñoz Cobos F¹, Portillo Strempe J¹

¹ Grupo de Atención al Mayor de la SAMFyC.

Sr. Director:

La población mayor se constituye actualmente como un grupo emergente en la atención sociosanitaria, tanto en nuestra comunidad, como en el resto de los países de nuestro entorno, caracterizándose fundamentalmente por su progresiva vulnerabilidad.

Se trata de un grupo poblacional progresivamente creciente y con una cada vez mayor demanda de necesidades, en el que los médicos de familia nos constituimos como uno de los actores principales en el escenario de su atención, compatibilizándola en la actividad diaria que realizamos con el resto de nuestras competencias.

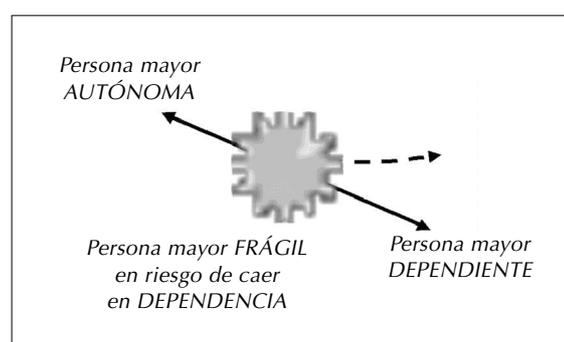
Se sabe de la gran heterogeneidad de los pacientes mayores, de tal forma que las necesidades y demandas de éstos son muy diferentes. Tenemos que partir, además, de la idea de no asociar la vejez a enfermedad (sino a fragilidad y vulnerabilidad) y que en lo posible, no debemos medicalizar la intervención sobre este grupo de personas ya que un gran porcentaje de ellos son sanos y/o autónomos, y los médicos de familia en todo caso tenemos que posicionarnos como profesionales de la "salud" y no sólo de la "enfermedad", y abogar por el *envejecimiento saludable*, diseñando estrategias e intervenciones orientadas en este sentido.

De lo expuesto anteriormente se deduce la necesidad de tener que clasificar a las personas mayores para orientar nuestra actuación. Las clasificaciones más simples pueden considerarse las sociológicas o demográficas, que consideran *anciana* a la persona mayor de 65 años (edad de la jubilación en el mundo occidental), pudiendo definirse entre ellos el grupo de "*ancianos jóvenes*" (hasta los 75 años) y los "*muy ancianos*" en los mayores de 80¹ u 85². Otras clasificaciones son de orden sanitario: incapacitados, enfermos crónicos...

Desde la gerontología se aporta la clasificación de los ancianos que nuestras sociedades científicas han adoptado hasta el momento actual: *persona mayor sana* (sin enfermedad ni problemática funcional o social), *persona mayor enferma* (con patología aguda o crónica, no incapacitante), *anciano frágil* (con alto grado de vulnerabilidad

biopsicosocial, en base a la presencia de algún factor de riesgo) y *paciente geriátrico* (paciente mayor de 75 años con varias enfermedades que tienden a la cronicidad e incapacidad y con deterioro mental y/o problemática social añadida)³.

La visión dinámica que exige la atención a un grupo de población amplio, heterogéneo y continuamente cambiante, la necesidad de ajuste de la actuación de la Atención Primaria (tiempo reducido por consulta, alta presión asistencial, demora "cero", etc.) y la orientación hacia la funcionalidad y la calidad de vida de las personas mayores y a su propia autopercepción de salud y expectativas, nos lleva a proponer una clasificación de los ancianos según la **dependencia**, entendida ésta como una variable decreciente continua en la cual es posible el cambio tanto en el sentido de la pérdida (vulnerabilidad, fragilidad) como en el de la mejora (intervenciones orientadas al mantenimiento de la funcionalidad y autonomía).



En este continuo de dependencia definiremos 3 situaciones relevantes, en función de la intervención que determinan:

1. **Persona mayor autónoma:** Incluye a los mayores de 65 años, sanos y afectos de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes. Se estima que pueden constituir entre el 64 y el 75% de los mayores de 65 años⁴, y en estudios realizados en nuestra comunidad se encuentra un elevado nivel de au-

tonomía hasta en el 85.7% de los mayores de 60 años⁴. La intervención fundamental en este grupo deberá ser la preventiva⁵.

2. **Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia:** Este concepto indica situación de riesgo de dependencia pero sin padecerla aún, siendo potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica.

Esta situación vendrá determinada por la presencia de al menos 1 de los siguientes criterios: *a) criterios demográficos:* tener más de 80 años. *b) criterios clínicos:* presentar situaciones clínicas con alta probabilidad de producir pérdida funcional (enfermedad poliarticular — artrosis, artritis, secuelas de fracturas—, enfermedad neurológica degenerativa —demencia, enfermedad de Parkinson, etc—, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca, insuficiencia circulatoria de miembros inferiores avanzada, ictus, déficit sensorial —visión y/o audición—, depresión...); *c) criterios sociales:* vivir sólo, viudedad reciente, bajo nivel socioeconómico, cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante), institucionalización, aislamiento social, falta de apoyo social, problemas en la vivienda, rechazo de su situación... *d) criterios sanitarios:* ingreso hospitalario reciente (últimos 12 meses), polimedición (4 ó más fármacos).

Se estima que pueden representar en torno al 15% de los mayores de 65 años de la comunidad. Constituiría el grupo a quien dirigir la herramienta fundamental de la Valoración Integral⁶, plasmada en un plan de cuidados individualizado orientado a la funcionalidad, y reevaluable, y en el que cualquier ganancia en autonomía deberá considerarse una gran ganancia en salud individual, familiar y social.

3. **Persona mayor dependiente:** Se refiere a la situación de dependencia (pacientes con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumenta-

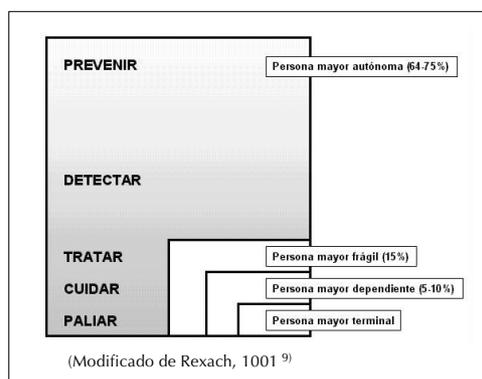
les de la vida diaria, incapacitados en sus domicilios, situaciones terminales, ingresos hospitalarios y descompensaciones clínicas frecuentes...), en los que hay escasa posibilidad de revertir su estado funcional.

Las predicciones estiman que constituirían entre un 5-10% de los mayores de 65 años⁷, pudiendo llegar en nuestra comunidad hasta el 11% según algunos estudios⁸.

Este grupo sería objeto de los programas de atención domiciliaria e inmovilizados y las intervenciones están orientadas a la rehabilitación y la prevención de complicaciones, así como a la atención familiar (en especial a la cuidadora) y la continuidad asistencial hasta el fallecimiento del paciente.

Notas

- 1 OMS. La salud de las personas de edad. Serie Informes técnicos número 779. Ginebra: OMS; 1989.
- 2 Campion EW. The oldest old. N Engl J Med 1994; 30: 1819-1820.
- 3 Benítez del Rosario MA, Asensio A. Gerontología: nociones básicas. 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. 3-8.
- 4 Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Aranda JM, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, et al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). Aten Primaria 1997; 20: 21-35.
- 5 De Alba C, Baena JM, De Hoyos MC, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín I, et al. Actividades preventivas en los mayores. Aten Primaria 2003; 32:102-120.
- 6 Amo M, Rodríguez S. Valoración Geriátrica integral. FMC 2003; 10:59-71.
- 7 Álvarez M. La importancia de la funcionalidad en la persona mayor. En: Grupo de trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.
- 8 Pérula de Torres LA, Martínez de la Iglesia J, Espejo J, Rubio MV, Enciso I, Fonseca FJ, et al. Estado de salud de la población mayor de 60 años y su relación con factores sociodemográficos (proyecto ANCO). Aten Primaria 1997; 20: 425-433.
- 9 Rexach L. Cuidados paliativos en Geriatría. En: Sociedad española de Geriatría y Gerontología. Cuidados paliativos en las personas mayores. Barcelona: Glosa Ediciones; 2004. p. 9-15.



PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de enero a 31 de marzo de 2005)

(1 de enero a 31 de marzo de 2005)

Álvarez Rico F, Gálvez Alcaraz L, Manteca González A, Morata García de la Puerta J.

Médicos de familia

Los artículos, publicados entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2005, 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
- (EP) Estudio probabilístico
- (EC) Experimental ensayo clínico
- (M) Metaanálisis y Revisiones Sistemáticas

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.

Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria* 2005; 35: 95-98 [AO,II]

De Prado L, García L, Rodríguez F, Otero A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 35: 146-151 [T,I]

López EA. Necesidades básicas insatisfechas. *Aten Primaria* 2005; 35: 258-259 [AO,I]

Edwards A, Elwyn G, Wood F, Atwell C, Prior L, Houston H. Shared decision making and risk communication in practice: A qualitative study of GPs' experiences. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 6-13 [C,I]

Santina M, Ascaso C, Escaramis G, Asenjo MA. Influencia del médico en la satisfacción del paciente. Estudio de 471 casos. *Med Clin (Barc)* 2004; 124: 275-276 [QE,I]

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

Dickerson LM, Gibson MV. Management of hypertension in older persons. *Am Fam Physician* 2005; 71: 469-476 [R,I]

Griffin G. Antiplatelet therapy and anticoagulation in patients with hypertension. *Am Fam Physician* 2005; 71: 897-899 [R,I]

Lockman AR, Tribastone AD, Knight KV, Franko JP. Treatment of cholesterol abnormalities. *Am Fam Physician* 2005; 71: 1137-1142 [R,I]

Jimeno J, Molist N, Franch J, Serrano V, Serrano L, Gracia R. Variabilidad en la estimación del riesgo coronario en la diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria* 2005; 35: 30-36 [S,II]

Dalfo A, Capillas R, Guarch M, Figueras M, Ylla-Catala A, Balana M, et al. Efectividad de la automedición de la presión arterial en pacientes hipertensos: estudio Dioampa. *Aten Primaria* 2005; 35: 233-237 [EC,II]

Bath P, Gray L. Association between hormone replacement therapy and subsequent stroke: a meta-analysis. *BMJ* 2005; 330: 342-344 [M,II]

Drexel H, Aczel S, Marte T, Benzer W, Langer P, Moll W, et al. Is atherosclerosis in diabetes and impaired fasting glucose driven by elevated LDL cholesterol or by decreased HDL cholesterol? *Diabetes Care* 2005; 28: 101-107 [S,I]

Andersen NH, Poulsen PL, Knudsen ST, Poulsen SH, Eiskjaer H, Hansen KW, et al. Long-term dual blockade with candesartan and lisinopril in hypertensive patients with diabetes: the CALM II study. *Diabetes Care* 2005; 28: 273-277 [EC,II]

Parris ES, Lawrence DB, Mohn LA, Long LB. Adherence to statin therapy and LDL cholesterol goal attainment by patients with diabetes and dyslipidemia. *Diabetes Care* 2005; 28: 595-599 [T,I]

Malik S, Wong ND, Franklin S, Pio J, Fairchild C, Chen R. Cardiovascular disease in U.S. patients with metabolic syndrome, diabetes, and elevated C-reactive protein. *Diabetes Care* 2005; 28: 690-693 [T,I]

Petrella RJ, Lattanzio CN, Demeray A, Varallo V, Blore R. Can adoption of regular exercise later in life prevent metabolic risk for cardiovascular disease? *Diabetes Care* 2005; 28: 694-701 [EC,I]

Croom KF, Plosker GL. Atorvastatin: a review of its use in the primary prevention of cardiovascular events in patients with type 2 diabetes mellitus. *Drugs* 2005; 65: 137-152 [R,I]

Hovens MM, Tamsma JT, Beishuizen ED, Huisman MV. Pharmacological strategies to reduce cardiovascular risk in type 2 diabetes mellitus: an update. *Drugs* 2005; 65: 433-445 [R,II]

Weinberger J. Adverse effects and drug interactions of antithrombotic agents used in prevention of ischaemic stroke. *Drugs* 2005; 65: 461-471 [R,I]

Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker HP, Schaefer EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *JAMA* 2005; 293: 43-53 [EC,I]

Lonn E, Bosch J, Yusuf S, Sheridan P, Pogue J, Arnold JM, et al; HOPE and HOPE-TOO Trial Investigators. Effects of long-term vitamin E

- supplementation on cardiovascular events and cancer: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 1338-1347 [EC,I]
- Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217-223 [T,I]
- Jackson R, Lawes CM, Bennett DA, Milne RJ, Rodgers A. Treatment with drugs to lower blood pressure and blood cholesterol based on an individual's absolute cardiovascular risk. *Lancet* 2005; 365: 434-441 [QE,II]
- Graham DJ, Campen D, Hui R, Spence M, Cheetham C, Levy G, et al. Risk of acute myocardial infarction and sudden cardiac death in patients treated with cyclo-oxygenase 2 selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs: nested case-control study. *Lancet* 2005; 365: 475-481 [CC,I]
- Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agustí AG. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet* 2005; 365: 1046-1053 [S,II]
- De la Pena A, Suárez C, Cuende I, Muñoz M, Garre J, Camafort M, et al; Grupo estudio CIFARC; Grupo Riesgo Vascular SEMI. Control integral de los factores de riesgo en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular en España. Estudio CIFARC. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 44-49 [T,I]
- Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E. Grupo Periférico del ECEMC. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 86-92 [T,I]
- Masana L, Plana N. Planificación del tratamiento de la hipercolesterolemia orientada a la obtención de objetivos. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 108-110 [R,II]
- Vinyoles E, Pujol E, De la Figuera M, Tajada C, Montero P, García D. Concordancia de la determinación de la presión arterial en el brazo y en el antebrazo de pacientes obesos. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 213-214 [T,I]
- Redon J, Giner V. Limitaciones de la medida de la presión arterial fuera del brazo. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 217-219 [AO,II]
- Hansen MD. Estrategias de la industria del tabaco en España: grupos de presión, marketing y publicidad al servicio de un producto adictivo. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 220-222 [AO,II]
- Barrueco M, Alonso A, González-Sarmiento R. Bases genéticas del hábito tabáquico. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 223-228 [R,I]
- Álvarez A, López V, Suárez S, Arias T, Prieto MA, Díaz L. Diferencias en la prevalencia del síndrome metabólico según las definiciones del ATP-III y la OMS. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 368-370 [T,I]
- Real JT, Carmena R. Importancia del síndrome metabólico y de su definición dependiendo de los criterios utilizados. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 376-378 [AO,I]
- Álvarez-Sala LA, Suárez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR, et al. Grupo PREVENCAT. Estudio PREVENCAT: control del riesgo cardiovascular en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 406-410 [T,II]
- Brotans C. Control de los factores de riesgo cardiovascular en atención primaria. ¿Controlamos los factores o controlamos el riesgo? *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 415-416 [AO,II]
- Nissen SE, Tuzcu EM, Schoenhagen P, Crowe T, Sasiela WJ, Tsai J, et al. Reversal of Atherosclerosis with Aggressive Lipid Lowering (REVERSAL) Investigators. Statin therapy, LDL cholesterol, C-reactive protein, and coronary artery disease. *N Engl J Med* 2005; 352: 29-38 [S,I]
- Tesfaye S, Chaturvedi N, Eaton SE, Ward JD, Manes C, Ionescu-Tirgoviste C, et al. EURODIAB Prospective Complications Study Group. Vascular risk factors and diabetic neuropathy. *N Engl J Med* 2005; 352: 341-350 [S,I]
- Solomon SD, McMurray JJ, Pfeffer MA, Wittes J, Fowler R, Finn P, et al. Cardiovascular risk associated with celecoxib in a clinical trial for colorectal adenoma prevention. *N Engl J Med* 2005; 352: 1071-1080 [EC,I]
- Bresalier RS, Sandler RS, Quan H, Bolognese JA, Oxenius B, Horgan K, et al. Cardiovascular events associated with rofecoxib in a colorectal adenoma chemoprevention trial. *N Engl J Med* 2005; 352: 1092-1102 [EC,I]
- Ridker PM, Cook NR, Lee IM, Gordon D, Gaziano JM, Manson JE, et al. A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med* 2005; 352: 1293-1304 [EC,I]
- LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, Shear C, Barter P, Fruchart JC, et al. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2005; 352: 1425-1435 [S,I]

DIABETES.

- Jimeno J, Molist N, Franch J, Serrano V, Serrano L, Gracia R. Variabilidad en la estimación del riesgo coronario en la diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria* 2005; 35: 30-36 [S,II]
- Roura P, Mata M, Cano JF. Nuevas perspectivas en el tratamiento de la diabetes mellitus. *Aten Primaria* 2005; 35: 229-232 [AO,II]
- Gulliford MC, Charlton J, Latinovic R. Increased utilization of primary care 5 years before diagnosis of type 2 diabetes: a matched cohort study. *Diabetes Care* 2005; 28: 47-52 [S,I]
- Gilmer TP, O'Connor PJ, Rush WA, Crain AL, Whitebird RR, Hanson AM, et al. Predictors of health care costs in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 59-64 [S,I]
- Drexel H, Aczel S, Marte T, Benzer W, Langer P, Moll W, et al. Is atherosclerosis in diabetes and impaired fasting glucose driven by elevated LDL cholesterol or by decreased HDL cholesterol? *Diabetes Care* 2005; 28: 101-107 [S,I]
- Boule NG, Weisnagel SJ, Lakka TA, Tremblay A, Bergman RN, Rankinen T, et al; HERITAGE Family Study. Effects of exercise training on glucose homeostasis: the HERITAGE Family Study. *Diabetes Care* 2005; 28: 108-114 [QE,I]
- Diabetes Prevention Program Research Group. Strategies to identify adults at high risk for type 2 diabetes: the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care* 2005; 28: 138-144 [T,I]
- Janka HU, Plewe G, Riddle MC, Kliebe-Frisch C, Schweitzer MA, Yki-Jarvinen H. Comparison of basal insulin added to oral agents versus twice-daily premixed insulin as initial insulin therapy for type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 254-259 [EC,II]
- Raskin P, Allen E, Hollander P, Lewin A, Gabbay RA, Hu P, et al. INITIATE Study Group. Initiating insulin therapy in type 2 Diabetes: a comparison of biphasic and basal insulin analogs. *Diabetes Care* 2005; 28: 260-265 [EC,II]
- Andersen NH, Poulsen PL, Knudsen ST, Poulsen SH, Eiskjaer H, Hansen KW, et al. Long-term dual blockade with candesartan and lisinopril in hypertensive patients with diabetes: the CALM II study. *Diabetes Care* 2005; 28: 273-277 [EC,II]
- Young RJ, Taylor J, Friede T, Hollis S, Mason JM, Lee P, et al. Pro-active call center treatment support (PACCTS) to improve glucose control in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2005; 28: 278-282 [EC,I]
- Long AF, Gambling T, Young RJ, Taylor J, Mason JM; PACCTS Team. Acceptability and satisfaction with a telecarer approach to the management of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 283-289 [EC,I]

- Johnson SL, Tabaei BP, Herman WH. The efficacy and cost of alternative strategies for systematic screening for type 2 diabetes in the U.S. population 45-74 years of age. *Diabetes Care* 2005; 28: 307-311 [S,II]
- Wilson C, Horton M, Cavallerano J, Aiello LM. Addition of primary care-based retinal imaging technology to an existing eye care professional referral program increased the rate of surveillance and treatment of diabetic retinopathy. *Diabetes Care* 2005; 28: 318-322 [T,II]
- Kanaya AM, Fyr CL, de Rekeneire N, Shorr RI, Schwartz AV, Goodpaster BH, et al. Predicting the development of diabetes in older adults: the derivation and validation of a prediction rule. *Diabetes Care* 2005; 28: 404-408 [T,II]
- Parris ES, Lawrence DB, Mohn LA, Long LB. Adherence to statin therapy and LDL cholesterol goal attainment by patients with diabetes and dyslipidemia. *Diabetes Care* 2005; 28: 595-599 [T,II]
- Shah BR, Hux JE, Laupacis A, Zinman B, van Walraven C. Clinical inertia in response to inadequate glycemic control: do specialists differ from primary care physicians? *Diabetes Care* 2005; 28: 600-606 [T,II]
- Malik S, Wong ND, Franklin S, Pio J, Fairchild C, Chen R. Cardiovascular disease in U.S. patients with metabolic syndrome, diabetes, and elevated C-reactive protein. *Diabetes Care* 2005; 28: 690-693 [T,II]
- Padwal R, Majumdar SR, Johnson JA, Varney J, McAlister FA. A systematic review of drug therapy to delay or prevent type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 736-744 [R,II]
- Walter H, Lübben G. Potential role of oral thiazolidinedione therapy in preserving beta-cell function in type 2 diabetes mellitus. *Drugs* 2005; 65: 1-13 [R,II]
- Croom KF, Plosker GL. Atorvastatin: a review of its use in the primary prevention of cardiovascular events in patients with type 2 diabetes mellitus. *Drugs* 2005; 65: 137-152 [R,II]
- Oiknine R, Bernbaum M, Mooradian AD. A critical appraisal of the role of insulin analogues in the management of diabetes mellitus. *Drugs* 2005; 65: 325-340 [R,II]
- Krentz AJ, Bailey CJ. Oral antidiabetic agents: current role in type 2 diabetes mellitus. *Drugs* 2005; 65: 385-411 [R,II]
- Hovens MM, Tamsma JT, Beishuizen ED, Huisman MV. Pharmacological strategies to reduce cardiovascular risk in type 2 diabetes mellitus: an update. *Drugs* 2005; 65: 433-445 [R,II]
- Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA* 2005; 293: 217-228 [R,II]
- Hering BJ, Kandaswamy R, Ansite JD, Eckman PM, Nakano M, Sawada T, et al. Single-donor, marginal-dose islet transplantation in patients with type 1 diabetes. *JAMA* 2005; 293: 830-835. Erratum in: *JAMA* 2005 6; 293: 1594 [S,II]
- Flaherty JD, Davidson CJ. Diabetes and coronary revascularization. *JAMA* 2005; 293: 1501-1508 [R,II]
- Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, Van Horn L, Slattery ML, Jacobs DR, et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet* 2005; 365: 36-42. Erratum in: *Lancet* 2005; 365: 1030 [S,II]
- Álvarez A, López V, Suárez S, Arias T, Prieto MA, Díaz L. Diferencias en la prevalencia del síndrome metabólico según las definiciones del ATP-III y la OMS. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 368-370 [T,II]
- Real JT, Carmena R. Importancia del síndrome metabólico y de su definición dependiendo de los criterios utilizados. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 376-378 [AO,II]
- CÁNCER.** Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.
- Buntinx F, Wachana R, Bartholomeeusen S, Sweldens K, Geys H. Is herpes zoster a marker for occult or subsequent malignancy? *Br J Gen Pract* 2005; 55: 102-107 [S,II]
- Larsson SC, Bergkvist L, Wolk A. Magnesium intake in relation to risk of colorectal cancer in women. *JAMA* 2005; 293: 86-89 [T,II]
- Chao A, Thun MJ, Connell CJ, McCullough ML, Jacobs EJ, Flanders WD, et al. Meat consumption and risk of colorectal cancer. *JAMA* 2005; 293: 172-182 [T,II]
- van Gils CH, Peeters PH, Bueno-de-Mesquita HB, Boshuizen HC, Lahmann PH, Clavel-Chapelon F, et al. Consumption of vegetables and fruits and risk of breast cancer. *JAMA* 2005; 293: 183-193 [T,II]
- Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. *JAMA* 2005; 293: 1245-1256 [R,II]
- Howell A, Cuzick J, Baum M, Buzdar A, Dowsett M, Forbes JF, et al. Results of the ATAC (Arimidex, Tamoxifen, Alone or in Combination) trial after completion of 5 years' adjuvant treatment for breast cancer. *Lancet* 2005; 365: 60-62 [EC,II]
- Shahinian VB, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS. Risk of fracture after androgen deprivation for prostate cancer. *N Engl J Med* 2005; 352: 154-164 [S,II]
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Carratalà J, Fernández-Sabé N, Ortega L, Castellsagué X, Rosón B, Dorca J, et al. Outpatient care compared with hospitalization for community-acquired pneumonia. *Ann Intern Med* 2005; 142: 165-172 [QE, II]
- Irurzun C, González M, Recondo M, Urtasun M. Efectividad de la aplicación de un protocolo clínico para el manejo de la faringitis aguda en adultos. *Aten Primaria* 2005; 35: 22-29 [S,II]
- Carratalà MC, Gascon E, Raga M. ¿Es la lactancia materna un factor de protección ante los procesos infecciosos? Estudio de casos y controles. *Aten Primaria* 2005; 35: 140-145 [CC,II]
- Buntinx F, Wachana R, Bartholomeeusen S, Sweldens K, Geys H. Is herpes zoster a marker for occult or subsequent malignancy? *Br J Gen Pract* 2005; 55: 102-107 [S,II]
- Mills G, Oehley M, Arrol B. Effectiveness of β -lactam antibiotics compared with antibiotics active against atypical pathogens in non-severe community acquired pneumonia: meta-analysis. *BMJ* 2005; 330: 456-459 [M,II]
- McCormack PL, Keating GM. Amoxicillin/clavulanic acid 2000mg/125mg extended release (XR): a review of its use in the treatment of respiratory tract infections in adults. *Drugs* 2005; 65: 121-136 [R,II]
- Hummers-Pradier E, Ohse AM, Koch M, Heizmann WR, Kochen MM. Management of urinary tract infections in female general practice patients. *Fam Pract* 2005; 22:71-7 [T,II]
- SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Infección urinaria y embarazo. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2005; 29: 33-39 [R,II]
- Hooton TM, Scholes D, Gupta K, Stapleton AE, Roberts PL, Stamm WE. Amoxicillin-clavulanate vs ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated cystitis in women: a randomized trial. *JAMA* 2005; 293: 949-955 [EC,II]
- Janssen HL, Van Zonneveld M, Senturk H, Zeuzem S, Akarca US, Cakaloglu Y, et al. Pegylated interferon alfa-2b alone or in combination with lamivudine for HBeAg-positive chronic hepatitis B: a randomized trial. *Lancet* 2005; 365: 123-129 [EC,II]
- Zar HJ, Hanslo D, Apolles P, Swingler G, Hussey G. Induced sputum versus gastric lavage for microbiological confirmation of pulmonary tuberculosis in infants and young children: a prospective study. *Lancet* 2005; 365: 130-134. Erratum in: *Lancet* 2005; 365: 1926 [S,II]
- Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet* 2005; 365: 579-587 [T,II]

- Jefferson T, Smith S, Demicheli V, Harnden A, Rivetti A, Di Pietrantonj C. Assessment of the efficacy and effectiveness of influenza vaccines in healthy children: systematic review. *Lancet* 2005; 365: 773-780 [R,II]
- Stephens DS, Zughaier SM, Whitney CG, Baughman WS, Barker L, Gay K, et al. Incidence of macrolide resistance in *Streptococcus pneumoniae* after introduction of the pneumococcal conjugate vaccine: population-based assessment. *Lancet* 2005; 365: 855-863 [S,I]
- Ungchusak K, Auewarakul P, Dowell SF, Kitphati R, Auwanit W, Puthavathana P, et al. Probable person-to-person transmission of avian influenza A (H5N1). *N Engl J Med* 2005; 352: 333-340 [S,II]
- Nguyen HQ, Jumaan AO, Seward JF. Decline in mortality due to varicella after implementation of varicella vaccination in the United States. *N Engl J Med* 2005; 352: 450-458 [T,I]
- Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, Bilir SP, Neukermans CP, Rydzak CE, et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2005; 352: 570-585 [T,I]
- Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, Seage GR 3rd, Losina E, Zhang H, et al. Expanded screening for HIV in the United States—an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med* 2005; 352: 586-595 [T,I]
- Golden MR, Whittington WL, Handsfield HH, Hughes JP, Stamm WE, Hogben M, et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydial infection. *N Engl J Med* 2005; 352: 676-685 [S,I]
- Zerr DM, Meier AS, Selke SS, Frenkel LM, Huang ML, Wald A, et al. A population-based study of primary human herpesvirus 6 infection. *N Engl J Med* 2005; 352: 768-776 [T,I]
- ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA.**
- Martel M, Rey E, Beauchesne F, Perrault S, Lefebvre G, Forget A, et al. Use of inhaled corticosteroids during pregnancy and risk of pregnancy induced hypertension: nested case-control study. *BMJ* 2005; 330: 230-233 [CC,II]
- Man SF, Sin DD. Inhaled corticosteroids in chronic obstructive pulmonary disease: is there a clinical benefit? *Drugs* 2005; 65: 579-591 [R,II]
- Netuveli G, Hurwitz B, Levy M, Fletcher M, Barnes G, Durham SR, et al. Ethnic variations in UK asthma frequency, morbidity, and health-service use: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2005; 365: 312-317 [M,I]
- Plaza V, Cobos A, Ignacio-García JM, Molina J, Bergonon S, García-Alonso F, et al. Grupo Investigador AsmaCare. Coste-efectividad de una intervención basada en las recomendaciones de la Global Initiative for Asthma (GINA), mediante un sistema informatizado de apoyo a la decisión clínica: un ensayo con aleatorización de médicos. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 201-206 [EC,I]
- Perpina M. Conocimiento y práctica. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 215-216 [AO,I]
- Andersson SJ, Lindberg G, Troein M. General practitioners' conceptions of depressive disorders in relation to regional sales levels of antidepressive drugs. A study based on a postal survey and ecological data. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 11-17 [T,I]
- SALUD MENTAL.** Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).
- Ham P, Waters DB, Oliver MN. Treatment of panic disorder. *Am Fam Physician* 2005; 71: 733-739. Summary for patients in: *Am Fam Physician* 2005; 71: 740 [R,I]
- Martínez J, Onís MC, Duenas R, Aguado C, Albert C, Arias MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Aten Primaria* 2005; 35: 14-21 [T,II]
- Rueda GE, Díaz LA, Ortiz DP, Pinzon C, Rodríguez J, Cadena LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria* 2005; 35: 89-94 [T,I]
- Ortiz A, Lozano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Aten Primaria* 2005; 35: 152-155 [AO,I]
- García J, Martínez B, Alda M, Gascon S. El síndrome del «falso mobbing»: dificultades para su diagnóstico en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 35: 269-269 [AO,I]
- Szegedi A, Kohnen R, Dienel A, Kieser M. Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS 5570 (St John's wort): randomised controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine. *BMJ* 2005; 330: 503-505 [EC,II]
- Lopez-Torres-Hidalgo JD, Galdon-Blesa MP, Fernández-Olano C, Escobar-Rabadán F, Montoya-Fernández J, Boix-Gras C, et al. Diseño y validación de un cuestionario para la detección de depresión mayor en pacientes ancianos. *Gac Sanit* 2005; 19: 103-112 [T,I]
- Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P, et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 311-319 [EC,I]
- Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 2005; 293: 596-608 [R,II]
- Das AK, Olsson M, Gameroff MJ, Pilowsky DJ, Blanco C, Feder A, et al. Screening for bipolar disorder in a primary care practice. *JAMA* 2005; 293: 956-963 [T,I]
- Stampfer MJ, Kang JH, Chen J, Cherry R, Grodstein F. Effects of moderate alcohol consumption on cognitive function in women. *N Engl J Med* 2005; 352: 245-253 [T,I]
- Andersson SJ, Lindberg G, Troein M. General practitioners' conceptions of depressive disorders in relation to regional sales levels of antidepressive drugs. A study based on a postal survey and ecological data. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 11-17 [T,I]
- Shvartzman P, Weiner Z, Vardy D, Friger M, Sherf M, Biderman A. Health services utilization by depressive patients identified by the MINI questionnaire in a primary care setting. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 18-25 [T,I]
- SALUD LABORAL.**
- García J, Martínez B, Alda M, Gascon S. El síndrome del «falso mobbing»: dificultades para su diagnóstico en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 35: 269-269 [AO,I]
- Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Martínez-Ochoa E, Herrera-Carral P, Díaz-Mendi AR, Llorca-Díaz J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gac Sanit* 2005; 19: 127-134 [T,I]
- Barger LK, Cade BE, Ayas NT, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, Czeisler CA. Harvard Work Hours, Health, and Safety Group. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *N Engl J Med* 2005; 352: 125-134 [T,II]
- ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES:**
- Abbott AV. Diagnostic approach to palpitations. *Am Fam Physician* 2005; 71: 743-750 [R,I]
- Giboney PT. Mildly elevated liver transaminase levels in the asymptomatic patient. *Am Fam Physician* 2005; 71: 1105-1110. Erratum in: *Am Fam Physician* 2005; 72: 41 [R,I]
- Menéndez-Jándula B, Souto JC, Oliver A, Montserrat I, Quintana M, Gich I, et al. Comparing self-management of oral anticoagulant

- therapy with clinic management. *Ann Intern Med* 2005; 142: 1-10 [S, II]
- Iruzun C, González M, Recondo M, Urtasun M. Efectividad de la aplicación de un protocolo clínico para el manejo de la faringitis aguda en adultos. *Aten Primaria* 2005; 35: 22-29 [S,I]
- García MF, Medina M. Evolución y características de los pacientes con hombro doloroso en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 35: 192-198 [S,I]
- Moreno M, Centelles F, Jovell E. Indicación de densitometría ósea en mujeres mayores de 40 años. *Aten Primaria* 2005; 35: 253-257 [T,II]
- Belam J, Harris G, Kernick D, Kline F, Lindley K, McWatt J, et al. A qualitative study of migraine involving patient researchers. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 87-93 [C,I]
- Peter, T, Sanders C, Dieppe P, Donovan J. Factors associated with change in pain and disability over time: a community-based prospective observational study of hip and knee osteoarthritis. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 175-180 [S,I]
- Leontiadis G, Sharma V, Howden C. Systematic review and meta-analysis of proton pump inhibitor therapy in peptic ulcer bleeding. *BMJ* 2005; 330: 568-570 [M,II]
- Magin P, Pond D, Smith W, Watson A. A systematic review of the evidence for 'myths and misconceptions' in acne management: diet, face-washing and sunlight. *Fam Pract* 2005; 22: 62-70 [M,I]
- Oudega R, Moons KG, Hoes AW. Limited value of patient history and physical examination in diagnosing deep vein thrombosis in primary care. *Fam Pract* 2005; 22: 86-91 [T,I]
- Bedson J, Jordan K, Croft P. The prevalence and history of knee osteoarthritis in general practice: a case-control study. *Fam Pract* 2005; 22: 103-108 [CC,I]
- SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Infección urinaria y embarazo. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2005; 29: 33-39 [R,II]
- Taylor EN, Stampfer MJ, Curhan GC. Obesity, weight gain, and the risk of kidney stones. *JAMA* 2005; 293: 455-462 [R,I]
- Bugiardini R, Bairey Merz CN. Angina with "normal" coronary arteries: a changing philosophy. *JAMA* 2005; 293: 477-484 [R,I]
- Ruggenenti P, Perna A, Loriga G, Ganeva M, Ene-lordache B, Turturro M, et al. Blood-pressure control for renoprotection in patients with non-diabetic chronic renal disease (REIN-2): multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 939-946 [EC,I]
- Formica A, Verger K, Sol JM, Morralla C. Efectividad de la gabapentina en el tratamiento de la espasticidad: estudio aleatorizado, a doble ciego y controlado con placebo. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 81-85 [EC,I]
- Sosa M. Osteoporosis: el dilema de su definición. *Med Clin (Barc)* 2004; 124: 259-260 [AO,I]
- Conthe P, Visus E. Importancia del cumplimiento terapéutico en la insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 302-307 [R,I]
- Ruiz A, Gordillo FJ, Hermosa JC, Arranz E, Villares JE. Efecto del tratamiento erradicador en pacientes con dispepsia funcional e infección por *Helicobacter pylori*: ensayo clínico aleatorizado frente a placebo. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 401-405 [EC,I]
- MEDIOS DIAGNÓSTICOS.**
- Old JL, Dusing RW, Yap W, Dirks J. Imaging for suspected appendicitis. *Am Fam Physician* 2005; 71: 71-78 [R,I]
- Moreno M, Centelles F, Jovell E. Indicación de densitometría ósea en mujeres mayores de 40 años. *Aten Primaria* 2005; 35: 253-257 [T,II]
- Heintze C, Matysiak-Klose D, Krön T, Wolf U, Brand A, Meisner C, et al. Diagnostic work-up of rectal bleeding in general practice. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 14-19 [S,I]
- Oudega R, Moons KG, Hoes AW. Limited value of patient history and physical examination in diagnosing deep vein thrombosis in primary care. *Fam Pract* 2005; 22: 86-91 [T,I]
- Rockey DC, Paulson E, Niedzwiecki D, Davis W, Bosworth HB, Sanders L, et al. Analysis of air contrast barium enema, computed tomographic colonography, and colonoscopy: prospective comparison. *Lancet* 2005; 365: 305-311 [S,I]
- De Sola-Morales O, Elorza JM. Coagulómetros portátiles: una revisión sistemática de la evidencia científica del autocontrol del tratamiento anticoagulante oral. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 321-325 [M,I]
- Roncales J. Tratamiento anticoagulante oral: una historia interminable. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 338-340 [AO,I]
- INFANCIA Y ADOLESCENCIA.**
- Rueda GE, Díaz LA, Ortiz DP, Pinzon C, Rodríguez J, Cadena LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria* 2005; 35: 89-94 [T,I]
- Carratala MC, Gascon E, Raga M. ¿Es la lactancia materna un factor de protección ante los procesos infecciosos? Estudio de casos y controles. *Aten Primaria* 2005; 35: 140-145 [CC,I]
- Watson M, Kendrick D, Coupland C, Woods A, Futers D, Robinson J. Providing child safety equipment to prevent injuries: randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330: 178-181 [EC,I]
- Williams J, Wake M, Hesketh K, Maher E, Waters E. Health-related quality of life of overweight and obese children. *JAMA* 2005; 293: 70-76. [T,I]
- Sanz EJ, De-las-Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. *Lancet* 2005; 365: 482-487 [T,II]
- MUJER Y SALUD.** Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina.
- Johnson BA. Insertion and removal of intrauterine devices. *Am Fam Physician* 2005; 71: 95-102 [R,I]
- French L. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician* 2005; 71: 285-291. Summary for patients in: *Am Fam Physician* 2005; 71: 292 [R,I]
- Martel M, Rey E, Beauchesne F, Perrault S, Lefebvre G, Forget A, et al. Use of inhaled corticosteroids during pregnancy and risk of pregnancy induced hypertension: nested case-control study. *BMJ* 2005; 330: 230-233 [CC,II]
- Bath P, Gray L. Association between hormone replacement therapy and subsequent stroke: a meta-analysis. *BMJ* 2005; 330: 342-344 [M,II]
- Naz RK. Contraceptive vaccines. *Drugs* 2005; 65: 593-603 [R,II]
- SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Infección urinaria y embarazo. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2005; 29: 33-39 [R,II]
- Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD, Darney PD. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 54-62 [EC,II]
- Cirillo DJ, Wallace RB, Rodabough RJ, Greenland P, LaCroix AZ, Limacher MC, Larson JC. Effect of estrogen therapy on gallbladder disease. *JAMA* 2005; 293: 330-339 [T,I]
- Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, Handa VL, Barnabei VM, Iglesia C, et al. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. *JAMA* 2005; 293: 935-948 [T,I]
- Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E; Grupo Periférico del ECEMC. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 86-92 [T,I]

Villalbi JR. Dejar de fumar durante el embarazo. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 104-105 [AO,I]

ANCIANOS.

Martínez J, Onis MC, Duenas R, Aguado C, Albert C, Arias MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Aten Primaria* 2005; 35: 14-21 [T,II]

Holland R, Lenaghan E, Harvey I, Smith R, Shepstone L, Lipp A et al. Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330: 293-295 [EC,I]

Lopez-Torres-Hidalgo JD, Galdon-Blesa MP, Fernandez-Olano C, Escobar-Rabadan F, Montoya-Fernandez J, Boix-Gras C, et al. Diseño y validación de un cuestionario para la detección de depresión mayor en pacientes ancianos. *Gac Sanit* 2005; 19: 103-112 [T,I]

Lazaro M, Cuesta F, Leon A, Sanchez C, Feijoo R, Montiel M, et al. Valor de la posturografía en ancianos con caídas de repetición. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 207-210 [CC,I]

URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

Carratalà J, Fernández-Sabé N, Ortega L, Castellsagué X, Rosón B, Dorca J, et al. Outpatient care compared with hospitalization for community-acquired pneumonia. *Ann Intern Med* 2005; 142: 165-172 [QE, II]

Gluckman TJ, Sachdev M, Schulman SP, Blumenthal RS. A simplified approach to the management of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *JAMA* 2005; 293: 349-357. Erratum in: *JAMA* 2005; 293: 1728 [R,II]

Miro O, Jimenez-Fabrega X, Diaz N, Coll-Vinent B, Bragulat E, Jimenez S, et al. Programa de Reanimación cardiopulmonar Orientado a Centros de Enseñanza Secundaria (PROCES): análisis de los resultados del estudio piloto. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 4-9 [QE,I]

García R, Cerda M. Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar a la población: uno de los pilares para mejorar la supervivencia de los pacientes en paro cardíaco. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 13-15 [AO,I]

Sabatine MS, Cannon CP, Gibson CM, Lopez-Sendon JL, Montalescot G, Theroux P, et al; CLARITY-TIMI 28 Investigators. Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation. *N Engl J Med* 2005; 352: 1179-1189 [EC,I]

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

Brown TB, Lovato LM, Parker D. Procedural sedation in the acute care setting. *Am Fam Physician* 2005; 71: 85-90 [R,I]

Kucik CJ, Clenney T. Management of epistaxis. *Am Fam Physician* 2005; 71: 305-311. Summary for patients in: *Am Fam Physician* 2005; 71: 312 [R,I]

Weiss BD. Selecting medications for the treatment of urinary incontinence. *Am Fam Physician* 2005; 71: 315-322. Summary for patients in: *Am Fam Physician* 2005; 71: 329 [R,I]

Maizels M, McCarberg B. Antidepressants and antiepileptic drugs for chronic non-cancer pain. *Am Fam Physician* 2005; 71: 483-490 [R,I]

Blondell RD. Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. *Am Fam Physician* 2005; 71: 495-502 [R,I]

Beck E, Sieber WJ, Trejo R. Management of cluster headache. *Am Fam Physician* 2005; 71: 717-724 [R,I]

Sachs CJ. Oral analgesics for acute nonspecific pain. *Am Fam Physician* 2005; 71: 913-918 [R,I]

Swartz R, Longwell P. Treatment of vertigo. *Am Fam Physician* 2005; 71: 1115-22. Summary for patients in: *Am Fam Physician* 2005; 71: 1129-1130 [R,I]

Menéndez-Jándula B, Souto JC, Oliver A, Montserrat I, Quintana M, Gich I, et al. Comparing self-management of oral anticoagulant therapy with clinic management. *Ann Intern Med* 2005; 142: 1-10 [S, II]

Carratalà J, Fernández-Sabé N, Ortega L, Castellsagué X, Rosón B, Dorca J, et al. Outpatient care compared with hospitalization for community-acquired pneumonia. *Ann Intern Med* 2005; 142: 165-172 [QE, II]

Baos V. Beneficios y riesgos de los medicamentos. *Aten Primaria* 2005; 35: 3-4 [AO,I]

Ortiz A, Lozano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Aten Primaria* 2005; 35: 152-155 [AO,I]

Soto J. Estudios observacionales para evaluar la efectividad clínica de los medicamentos. Uso de listas-guía para su diseño, análisis e interpretación. *Aten Primaria* 2005; 35: 156-162 [R,II]

Nikles C, Clavarino A, Del Mar C. Using *r*-of-1 trials as a clinical tool to improve prescribing? *Br J Gen Pract* 2005; 55: 175-180 [QE,I]

Holland R, Lenaghan E, Harvey I, Smith R, Shepstone L, Lipp A et al. Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330: 293-295 [EC,I]

Bath P, Gray L. Association between hormone replacement therapy and subsequent stroke: a meta-analysis. *BMJ* 2005; 330: 342-344 [M,II]

Mills G, Oehley M, Arrol B. Effectiveness of β -lactam antibiotics compared with antibiotics active against atypical pathogens in non-severe community acquired pneumonia: meta-analysis. *BMJ* 2005; 330: 456-459 [M,II]

Ashcroft D, Dimmock P, Garside R, Stein K, Williams H. Efficacy and tolerability of topical pimecrolimus and tacrolimus in the treatment of atopic dermatitis: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2005; 330: 516-521 [M,I]

Leontiadis G, Sharma V, Howden C. Systematic review and meta-analysis of proton pump inhibitor therapy in peptic ulcer bleeding. *BMJ* 2005; 330: 568-570 [M,II]

Walter H, Lübken G. Potential role of oral thiazolidinedione therapy in preserving beta-cell function in type 2 diabetes mellitus. *Drugs* 2005; 65: 1-13 [R,II]

Croom KF, Plosker GL. Atorvastatin: a review of its use in the primary prevention of cardiovascular events in patients with type 2 diabetes mellitus. *Drugs* 2005; 65: 137-152 [R,I]

Oiknine R, Bernbaum M, Mooradian AD. A critical appraisal of the role of insulin analogues in the management of diabetes mellitus. *Drugs* 2005; 65: 325-340 [R,II]

Krentz AJ, Bailey CJ. Oral antidiabetic agents: current role in type 2 diabetes mellitus. *Drugs* 2005; 65: 385-411 [R,II]

Weinberger J. Adverse effects and drug interactions of antithrombotic agents used in prevention of ischaemic stroke. *Drugs* 2005; 65: 461-471 [R,I]

Man SF, Sin DD. Inhaled corticosteroids in chronic obstructive pulmonary disease: is there a clinical benefit? *Drugs* 2005; 65: 579-591 [R,II]

Dusing R. Sexual dysfunction in male patients with hypertension: influence of antihypertensive drugs. *Drugs* 2005; 65: 773-786 [R,I]

Antoñanzas F, Rodríguez R, Sacristan JA, Illa R. Los medicamentos en la Unión Europea: el tándem comercio-salud. *Gac Sanit* 2005; 19: 151-167 [R,II]

- Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2005; 29: 40-48 [R,I]
- Formica A, Verger K, Sol JM, Morralla C. Efectividad de la gabapentina en el tratamiento de la espasticidad: estudio aleatorizado, a doble ciego y controlado con placebo. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 81-85 [EC,I]
- Masana L, Plana N. Planificación del tratamiento de la hipercolesterolemia orientada a la obtención de objetivos. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 108-110 [R,II]
- Conthe P, Visus E. Importancia del cumplimiento terapéutico en la insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 302-307 [R,I]
- De Sola-Morales O, Elorza JM. Coagulómetros portátiles: una revisión sistemática de la evidencia científica del autocontrol del tratamiento anticoagulante oral. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 321-325 [M,I]
- Roncales J. Tratamiento anticoagulante oral: una historia interminable. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 338-340 [AO,I]
- Alloza JL. Farmacología social y sobrerregulación farmacéutica. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 379-382 [AO,I]
- Chan FK, Ching JY, Hung LC, Wong VW, Leung VK, Kung NN, et al. Clopidogrel versus aspirin and esomeprazole to prevent recurrent ulcer bleeding. *N Engl J Med* 2005; 352: 238-244 [EC,I]
- Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Weaver DF, Houlden RL. Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. *N Engl J Med* 2005; 352: 1324-1334 [R,I]
- Andersson SJ, Lindberg G, Troein M. General practitioners' conceptions of depressive disorders in relation to regional sales levels of antidepressive drugs. A study based on a postal survey and ecological data. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 11-17 [T,I]
- ENTREVISTA CLÍNICA.**
- Boyle D, Dwinell B, Platt F. Invite, listen, and summarize: a patient-centered communication technique. *Acad Med* 2005; 80: 29-32 [AO,II]
- Corke CF, Stow PJ, Green DT, Agar JW, Henry MJ. How doctors discuss major interventions with high risk patients: an observational study. *BMJ* 2005; 330: 182-184 [T,I]
- ACTIVIDADES COMUNITARIAS.** Incluye: encuestas de satisfacción, todo lo relacionado con los usuarios.
- García-Sempere A, Artells JJ. Organización, funcionamiento y expectativas de las organizaciones representativas de pacientes. Encuesta a informadores clave. *Gac Sanit* 2005; 19: 120-126 [T,I]
- Santina M, Ascaso C, Escaramis G, Asenjo MA. Influencia del médico en la satisfacción del paciente. Estudio de 471 casos. *Med Clin (Barc)* 2004; 124: 275-276 [QE,I]
- DOCENCIA.** Incluye: pregrado, postgrado, formación médica continuada, metodología docente.
- Whitcomb ME. Why we must teach evidence-based medicine. *Acad Med* 2005; 80: 1-2 [AO,I]
- Kern DE, Branch WT Jr, Jackson JL, Brady DW, Feldman MD, et al; General Internal Medicine Generalist Educational Leadership Group. Teaching the psychosocial aspects of care in the clinical setting: practical recommendations. *Acad Med* 2005; 80: 8-20 [R,I]
- Rosenbloom ST, Giuse NB, Jerome RN, Blackford JU. Providing evidence-based answers to complex clinical questions: evaluating the consistency of article selection. *Acad Med* 2005; 80: 109-114 [QE,I]. Setting: practical recommendations. *Acad Med* 2005; 80: 8-20 [R,I]
- Green ML, Ruff TR. Why do residents fail to answer their clinical questions? A qualitative study of barriers to practicing evidence-based medicine. *Acad Med* 2005; 80: 176-182 [T,I]
- Casado V. El período de formación en atención primaria en el nuevo programa de la especialidad. *Aten Primaria* 2005; 35: 5-6 [AO,I]
- Guerra de la Torre G. La implantación y el desarrollo del nuevo programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Una nueva oportunidad. *Aten Primaria* 2005; 35: 119-120 [AO,I]
- Ezquerro Lezcano M. El self audit como instrumento de valoración formativa. *Aten Primaria* 2005; 35: 121-121 [AO,I]
- Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ* 2005; 330: 511-514 [C,I]
- Pardell H. ¿Es oportuno introducir la recertificación de los médicos en España? *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 344-347 [AO,II]
- INVESTIGACIÓN.** Incluye: investigación cualitativa, estadística.
- Soto J. Estudios observacionales para evaluar la efectividad clínica de los medicamentos. Uso de listas-guía para su diseño, análisis e interpretación. *Aten Primaria* 2005; 35: 156-162 [R,II]
- King M, Nazareth I, Lampe F, Bower P, Chandler M, Morou M, et al. Impact of participant and physician intervention preferences on randomized trials: a systematic review. *JAMA* 2005; 293: 1089-1099 [M,II]
- Fernandez I. Investigación en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 57-60 [AO,II]
- Cami J, Sunen-Pinol E, Mendez-Vasquez R. Mapa bibliométrico de España 1994-2002: biomedicina y ciencias de la salud. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 93-101 [T,II]
- Dal-Re R, Ortega R, Morejon E. El dictamen único en los ensayos clínicos multicéntricos: la nueva normativa española en el entorno europeo. *Med Clin (Barc)* 2004; 124: 263-265 [AO,I]
- MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.**
- Whitcomb ME. Why we must teach evidence-based medicine. *Acad Med* 2005; 80: 1-2 [AO,I]
- Rosenbloom ST, Giuse NB, Jerome RN, Blackford JU. Providing evidence-based answers to complex clinical questions: evaluating the consistency of article selection. *Acad Med* 2005; 80: 109-114 [QE,I]
- Green ML, Ruff TR. Why do residents fail to answer their clinical questions? A qualitative study of barriers to practicing evidence-based medicine. *Acad Med* 2005; 80: 176-182 [T,I]
- Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ* 2005; 330: 511-514 [C,I]
- PREVENCIÓN.**
- Watson M, Kendrick D, Coupland C, Woods A, Futers D, Robinson J. Providing child safety equipment to prevent injuries: randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330: 178-181 [EC,I]
- Diabetes Prevention Program Research Group. Strategies to identify adults at high risk for type 2 diabetes: the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care* 2005; 28: 138-144 [T,I]
- Blanchard E, Ansell J. Extended anticoagulation therapy for the primary and secondary prevention of venous thromboembolism. *Drugs* 2005; 65: 303-311 [R,I]
- Johnson SL, Tabaei BP, Herman WH. The efficacy and cost of alternative strategies for systematic screening for type 2 diabetes in the U.S. population 45-74 years of age. *Diabetes Care* 2005; 28: 307-311 [S,II]
- Padwal R, Majumdar SR, Johnson JA, Varney J, McAlister FA. A systematic review of drug therapy to delay or prevent type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 736-744 [M,II]

Weinberger J. Adverse effects and drug interactions of antithrombotic agents used in prevention of ischaemic stroke. *Drugs* 2005; 65: 461-471 [R,I]

Castillo MJ, Ortega FB, Ruiz J. Mejora de la forma física como terapia antienviejecimiento. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 146-155 [R,I]

Sandbaek A. Screening in general practice—what do we (not) know? *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 1-2 [AO,I]

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD.

Ezquerria Lezcano M. El self audit como instrumento de valoración formativa. *Aten Primaria* 2005; 35: 121-121 [AO,I]

Plaza A, Zara C, Guarga A, Farres J. Resultado de la aplicación del benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona. *Aten Primaria* 2005; 35: 122-127 [T,I]

Plaza A, Guarga A, Farres J, Zara C; Grupo Asesor. Consenso sobre un proceso de benchmarking en la atención primaria de salud de Barcelona. *Aten Primaria* 2005; 35: 130-139 [T,I]

BIOÉTICA.

Bitton A, Neuman MD, Barnoya J, Glantz SA. The p53 tumour suppressor gene and the tobacco industry: research, debate, and conflict of interest. *Lancet* 2005; 365: 531-540 [R,I]

PLANIFICACION / GESTIÓN.

De Prado L, García L, Rodríguez F, Otero A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 35: 146-151 [T,I]

Gilmer TP, O'Connor PJ, Rush WA, Crain AL, Whitebird RR, Hanson AM, et al. Predictors of health care costs in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 59-64 [S,I]

Lopez-Casasnovas G, Saez M. A vueltas con el aseguramiento sanitario privado. *Gac Sanit*. 2005; 19: 59-64 [AO,I]

Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Martínez-Ochoa E, Herrera-Carral P, Díaz-Mendi AR, Llorca-Díaz J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gac Sanit* 2005; 19: 127-134 [T,I]

Antoñanzas F, Rodríguez R, Sacristán JA, Illa R. Los medicamentos en la Unión Europea: el tándem comercio-salud. *Gac Sanit* 2005; 19: 151-167 [R,I]

INFORMÁTICA.

Young RJ, Taylor J, Friede T, Hollis S, Mason JM, Lee P, et al. Pro-active call center treatment support (PACCTS) to improve glucose control in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2005; 28: 278-282 [EC,I]

Long AF, Gambling T, Young RJ, Taylor J, Mason JM; PACCTS Team. Acceptability and satisfaction with a telecarer approach to the management of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 283-289 [EC,I]

Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA* 2005; 293: 1223-1238 [M,I]

Plaza V, Cobos A, Ignacio-García JM, Molina J, Bergonon S, García-Alonso F, et al. Grupo Investigador AsmaCare. Coste-efectividad de una intervención basada en las recomendaciones de la Global Initiative for Asthma (GINA), mediante un sistema informatizado de apoyo a la decisión clínica: un ensayo con aleatorización de médicos. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 201-206 [EC,I]

Perpina M. Conocimiento y práctica. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 215-216 [AO,I]

OTRAS.

Ashcroft D, Dimmock P, Garside R, Stein K, Williams H. Efficacy and tolerability of topical pimecrolimus and tacrolimus in the treatment of atopic dermatitis: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2005; 330: 516-521 [M,I]

Herdman MJ. Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en España. *Gac Sanit* 2005; 19: 91-93 [AO,I]

Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005; 19: 135-150 [R,I]

¿Qué puede enmascarar un dolor costal?

Aguilar Cruz I¹, García Palma MJ², Rivas del Valle PA³

¹ R 2 de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Caballero (Granada); ² Médico de Familia (Granada); ³ R 3 de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartuja (Granada).

Varón de 75 años de edad que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por presentar desde hace 3 días aumento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos, mareo sin giro de objetos y dolor en parrilla costal derecha, que aumenta con la inspiración profunda, con la tos y los movimientos, mientras que cede en reposo. No sensación distérmica, ni cortejo vegetativo acompañante. Niega antecedente traumático. Antecedentes personales: EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica), bebedor y fumador importante, HTA (Hipertensión arterial). Tratamiento recomendado, aunque no lo cumple, con enalapril, teofilina y salbutamol.

En la exploración física destaca: regular estado general, normohidratado, afebril, subcianosis labial, no ingurgitación yugular. Taquipnéico en reposo (28 r.p.m), no tolera bien decúbito. TA: 100/60. ACR: disminución del murmullo vesicular en hemicampo derecho, crepitantes bibasales, sibilancias y roncus diseminados que se modifican con la tos. Tonos cardíacos, rítmicos a 80 l.p.m. Soplo sistólico II/IV polifocal. Dolor a la palpación superficial en hemitórax derecho con crepitación evidente en zona posterior. No lesiones cutáneas visibles. Abdomen: blando, depresible, hepatomegalia de 2-3 traveses de dedo, resto exploración normal. MMII: normales. Exploración neurológica normal. Pruebas complementarias: analítica general: leucocitosis con leve desviación izquierda, gasometría arterial: hipoxemia con hipercapnia, electrocardiograma: normal, radiología de tórax: se adjunta.

¿Cuál es su diagnóstico?

- Neumonía lobar derecha.
- Síndrome de distrés respiratorio del adulto.
- Neumotórax a tensión.
- Neumotórax derecho y enfisema subcutáneo acompañante.
- Patología osteomuscular.



(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. 2)

(Medicina de Familia (And) 2005; 6: 113)

Diagnóstico diferencial

Ante un cuadro de dolor epigástrico y/o centrotorácico que aparece de forma aguda y acompañado de sintomatología preshock se ha de plantear el diagnóstico diferencial con una serie de entidades clínicas, con origen en muchas de las estructuras como, corazón, aorta, pleura, esófago... que son inervadas por fibras sensitivas correspondientes al mismo segmento espinal, lo que hace que procesos de origen y pronóstico muy diferente se presenten clínicamente de forma similar.

Dentro de las entidades clínicas que se pueden presentar como dolores centrotorácicos agudos se ha planteado el diagnóstico diferencial en dos vertientes según la clínica y según la radiología.

Como clínica por el dolor torácico:

- a) Síndrome coronario agudo: perfil isquémico. Se presenta como dolor precordial opresivo sensación intensa de gravedad, con frecuencia irradiada a los brazos y acompañado de síntomas vegetativos (sudoración, náuseas), en el **ECG**: modificaciones ST, alteraciones T, QS (signos de isquemia) y **Bioquímica**: elevación de Trop I (elevación a las 6 h) y Mioglobina (aumento a las 4 h).
- b) Endocarditis infecciosa (embolismo séptico). Se presenta con fiebre, soplo cardíaco a la auscultación. **Otros**: Fatiga, debilidad, escalofríos, sudoración en la noche, que puede ser severa. Pérdida de peso, dolores musculares, soplo cardíaco, falta de aliento durante actividad, inflamación de los pies, piernas y abdomen. Manchas rojas en la piel de las palmas de las manos y plantas de los pies (lesiones de Janeway), palidez, anomalías en las uñas (hemorragias en astillas bajo las uñas), nódulos intradérmicos dolorosos en las puntas de los dedos de las manos y de los pies (nódulos de Osler). Dolor en las articulaciones. Sangre en la orina, color anormal de la orina. Espujo hemoptoico. **ECG**: Normal. **Radiografía de Tórax**: Infartos pulmonares sépticos: imágenes cavitadas.
Si nos atenemos a la imagen radiológica:
- c) Bullas enfisematosas: Enfisema ampolloso. Se presenta con tos crónica, en general, productiva y de predominio matutino. No guarda relación con la gravedad del proceso ni con las alteraciones funcionales respiratorias. Expectoración. Disnea, es progresiva a lo lar-

go de la evolución de la enfermedad y en la **Radiografía de Tórax**: Imagen quística de localización en campos pulmonares de mas de 1 cm. de diámetro.

- e) Quiste broncogénico. Normalmente son asintomáticos y se descubren accidentalmente al realizar radiografías de tórax, más frecuentemente en la 3ª o 4ª década de la vida. Se localizan habitualmente en mediastino alrededor del árbol traqueobronquial, o en el parénquima pulmonar. Se producen por un desarrollo anormal del divertículo ventral del árbol broncopulmonar durante el periodo más activo de desarrollo fetal y en **Radiografía de Tórax**: masa ovalada de localización en parénquima pulmonar, incluso en mediastino.



d) COMENTARIOS

Tras el último episodio se valora desde el punto de vista quirúrgico como un posible vólvulo, y se comienza estudio tanto diagnóstico como preoperatorio. Hemograma y bioquímica: hipercolesterolemia. Ecografía renal: dos quistes renales de gran tamaño 10 cm. Gastroscopia, sin hallazgos significativos, discreta hernia hiatal. Manometría esofágica normal.

Es en la seriada gastroduodenal, aparece una imagen gástrica en cavidad torácica (Imagen 2) y que podemos comparar con el tórax del último episodio.

Tratamiento: cirugía laparoscopia.

El **vólvulo gástrico** es una patología poco frecuente que consiste en una torsión del estómago sobre sí mismo. En la patogénia de la torsión están implicados factores predisponentes, como laxitud de ligamentos, hernia diafragmática paraesofágica, elevación o eventración del hemidiafragma izquierdo y perigastritis. Clínicamente se diferencian el **agudo** y el **crónico**.

El **vólvulo agudo** suele ser organoaxial (rotación de más de 180°) y con obstrucción. Se presenta de forma súbita un dolor intenso en región epigástrica, notable distensión del abdomen superior y náuseas o arcadas violentas sin vómitos. Es típica la imposibilidad de pasar el extremo distal del esófago con la sonda nasogástrica. Pronto aparecen signos de shock y peritonismo por perforación gástrica. El tratamiento es quirúrgico y urgente.

El **vólvulo crónico** puede ser asintomático, pero en general produce dolor epigástrico recurrente de escasa intensidad, distensión abdominal, borborigmos posprandiales y cuadros pseudoanginosos. Puede pasar inadvertido o confundirse con un cuadro funcional hasta que se realiza una radiografía en el episodio agudo y se observan dos niveles hidroaéreos en el hipocondrio izquierdo.

Durante los periodos intercrisis la radiografía puede ser normal o mostrar una hernia diafragmática.

Bibliografía

- Raj k Goyal. Enfermedades del esófago. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser, Longo, Jameson et al, editors. Harrison Principios de Medicina Interna. 15ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2001. p. 1918-1926.
- Honig EG, Roland H, Ingram Jr. Bronquitis crónica, enfisema y obstrucción de las vías respiratorias. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser, Longo, Jameson et al., editors. Harrison Principios de Medicina Interna. 15ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2001. p. 1747-1756.
- Lawrence R, Goodman. En: Felson. Principios de Radiología Torácica. Madrid: McGraw-Hill; 2000. p. 22- 23, 71.
- Lázaro Fernández E, Rodríguez Radial L. En: Servicio de Urgencias Hospital Virgen de la Salud Castilla la Mancha. Manual de protocolos y actuación en urgencias para residentes. 2000. p.79.
- Gülay A, Tireli, Hüseyin Özbey, Abdülkerim Temiz, Tansu Salman, Alaaddin Çelik. Bronchogenic Cysts: A Rare Congenital Cystic Malformation of the Lung. En: Surgery Today; 2004. 34: 573-576.
- Adolf W Karchmer. Endocarditis infecciosa. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser, Longo, Jameson, et al, editors. Harrison Principios de Medicina Interna. 15ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2001. p. 958-968
- Andrew P Selwyn, Eugene Braunwald. Cardiopatía isquémica. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser, Longo, Jameson, et al, editors. Harrison Principios de Medicina Interna. 15ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2001. p. 1643-1656.
- Farreras Valenti F. Medicina Interna. 13ª ed. Madrid: Mosby-Doyma libros;1995.
- Caminero Luna JA, Fernández Fau L. Manual de Neumología y Cirugía Torácica. Separ. Madrid: Ediciones Meccos SA; 1998. p. 510-517.

Actividades Científicas

❑ 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.
Telf.: 93 317 03 33
Fax: 93 318 69 02
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.
Telf.: 902 43 09 60
Fax: 902 43 09 59
E-mail: info@fase20.com
<http://www.samfycalmeria2006.com>

❑ 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), 3 y 4 de febrero, 2006.
Información: secretaría SAMFyC
Telf y fax: 958 80 42 01 / 02
E-mail: samfyc@samfyc.es

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

Málaga, (fecha pendiente de confirmación), 2006.
Información: secretaría SAMFyC
Telf. y fax: 958 80 42 01 /02
E-mail: samfyc@samfyc.es

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

1. Página Web de la revista: **<http://www.samfyc.es>** e ir a Revista, o también:
<http://www.samfyc.es/Revista/portada.htm>
<http://www.samfyc.es/Revista/normas.htm>
2. Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
3. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Medicina de Familia (And) 2000; 1: 104-110.

Solicitud de colaboración

Apreciado/a amigo/a:

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

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

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

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

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

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Remitir por:

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

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

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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

TODOS LOS TRABAJOS (www.samfyc.es/Revista/normas.html)

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

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

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

Y, las abreviaturas utilizadas, deben estar expresamente clarificadas.

Requisitos técnicos:

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

Utilizar letra Times New Roman 12 cpi.

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

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

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

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

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

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

De acuerdo con el ámbito al que va dirigido, los profesionales que desempeñan su ejercicio profesional en el campo de la Atención Primaria de Salud, la revista da la bienvenida a todos los trabajos de calidad a que, usando una metodología adecuada, pretenda dar respuesta a una pregunta científica pertinente. Asimismo serán considerados todos aquellos trabajos que tengan como objetivo el mantener y fomentar la competencia profesional de dichos profesionales.

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

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

Secciones de la publicación:

- *Secciones Fijas:*

Editorial

Originales

Cartas al director

¿Cuál es su diagnóstico?

Publicaciones de interés

Actividades científicas

- *Secciones ocasionales:*

Artículos de revisión

A debate

Área Docente

El espacio del usuario.

Sin bibliografía

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

Secciones Fijas:

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

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

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

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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

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

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

Medicina

Medicina Clínica
Lancet
British Medical Journal
JAMA
Annals of Internal Medicine
New England Journal of Medicine
Canadian Family Physician
Canadian Medical Association Journal

Medicina de Familia

Atención Primaria
MEDIFAM
British Journal of General Practice
Family Practice
Journal of Family Practice
American Family Physician
Family Medicine
The Practitioner

Salud Pública

Gaceta Sanitaria

Gestión

Cuadernos de Gestión

Sociología y salud

Social Science and Medicine

Terapéutica

Drug
Drug and Therapeutic Bulletin
Medical Letters
Informativo Terapéutico del Servicio Nacional de Salud

Metodología Docente

Academic Medicine
Medical Education

Medicina Basada en la Evidencia

ACP Journal Club
Colaboración Cochrane
Bandolier

América Latina

Revistas de Atención Primaria de América Latina que podamos recibir.

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

Secciones ocasionales:

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

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

Área Docente: Esta sección abordará temas relacionados con la metodología docente aplicable en el ámbito de la APS tanto en la formación de pregrado, postgrado y formación continuada. Extensión máxima de 5.000 palabras.

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

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



INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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

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

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

Estará dividido en los siguientes subapartados:

Título: Aquel que identifica el trabajo.

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

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

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

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

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

Resultados: Se aportarán los principales resultados del trabajo, derivados de los objetivos y de la metodología empleada, con mención de los intervalos de confianza y nivel de significación estadística, cuando proceda.

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

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

TEXTO

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

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

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

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

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

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

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

Anexos: Se incluirán aquellos considerados por los autores.

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