

# Medicina de Familia Andalucía

## **Editorial**

7 Investigación: Fantasía o realidad.

## **9 El espacio del usuario**

## **Originales**

11 Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial.

19 Prevalencia de síndrome metabólico en la Bahía de Cádiz.

27 Brote de brucelosis interprovincial por ingesta de queso fresco sin higienizar.

## **Artículo de revisión**

33 La visita domiciliaria como escenario para la prevención.

## **A Debate**

45 Técnicas para la puesta en práctica de una medicina biopsicosocial. Costo-eficiencia y efectividad clínica.

## **Cartas al director**

52 Huétor "on air": una nueva forma de relación con nuestros pacientes.

## **53 Publicaciones de Interés**

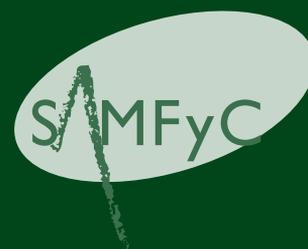
### **¿Cuál es su diagnóstico?**

66 Lesiones pigmentadas de años de evolución.

## **68 Actividades Científicas**

## **69 Información para los autores**

Volumen 7, número 2, marzo 2007



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 Corona Páez

**Secretaria**

Amparo Ortega del Moral

**Vicepresidente Económico**

Francisco José Guerrero García

**Vocal Docencia**

Herminia M. Moreno Martos

**Vocal Investigación**

Beatriz Pascual de la Pisa

**Vocal de Residentes**

Salvador Pendón Fernández

**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@teletel.es*

**Vocal Provincial Jaén:**

Justa Zafra Alcántara

*e-mail: justazafra@wanadoo.es*

**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:**

Leonor Marín Pérez

*leonormp@samfyc.es*

**Patronato Fundación**

Juan Manuel Espinosa Almendro

Juan de Dios Alcántara Bellón

Pablo García López

Reyes Sanz Amores

Manuel Lubián López

Amparo Ortega del Moral

Antonio Zarallo Pérez

Isabel de Andrés Cara

Santiago Gascón Veguín

Francisco José Guerrero García

**SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

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

Tfno: 958 804 201 - Fax: 958 804 202

e-mail: samfyc@samfyc.es

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

# MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

## Director

Manuel Gálvez Ibáñez

## Subdirector

Antonio Manteca González

## Consejo de dirección

Director de la revista  
Subdirector de la revista  
Presidente de la SAMFyC  
Juan Ortiz Espinosa  
Pablo García López

## Consejo de redacción

Manuel Gálvez Ibáñez  
Pablo García López  
Francisca Leiva Fernández

## Consejo editorial

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

Ana Delgado Sánchez. *Granada.*  
Juan Manuel Espinosa Almendro. *Málaga.*  
Francisca Leiva Fernández. *Málaga.*  
Isabel Fernández Fernández. *Sevilla.*  
Bernabé Galán Sánchez. *Córdoba.*  
Luis Gálvez Alcaraz. *Málaga.*  
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada.*  
Pablo García López. *Granada.*  
José Manuel García Puga. *Granada.*  
José María de la Higuera González. *Sevilla.*  
Blanca Lahoz Rayo. *Cádiz.*  
José Lapetra Peralta. *Sevilla.*  
José Gerardo López Castillo. *Granada.*  
Luis Andrés López Fernández. *Granada.*  
Begoña López Hernández. *Granada.*  
Fernando López Verde. *Málaga.*  
Manuel Lubián López. *Cádiz.*  
Antonio Llergo Muñoz. *Córdoba.*  
Joaquín Maeso 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](mailto:revista@samfyc.es)  
[samfyc@samfyc.es](mailto: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.



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar y Comunitaria

## MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 7, N.º 2, marzo 2007

### Sumario

---

#### Editorial

- 7 Investigación: Fantasía o realidad.

#### 9 El espacio del usuario

#### Originales

- 11 Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial.
- 19 Prevalencia de síndrome metabólico en la Bahía de Cádiz.
- 27 Brote de brucelosis interprovincial por ingesta de queso fresco sin higienizar.

#### Artículo de revisión

- 33 La visita domiciliaria como escenario para la prevención.

#### A Debate

- 45 Técnicas para la puesta en práctica de una medicina biopsicosocial. Costo-eficiencia y efectividad clínica.

#### Cartas al director

- 52 Huétor "on air": una nueva forma de relación con nuestros pacientes.

#### 53 Publicaciones de Interés

#### ¿Cuál es su diagnóstico?

- 66 Lesiones pigmentadas de años de evolución.

#### 68 Actividades Científicas

#### 69 Información para los autores



Official Publication of the  
Andalusian Society of Family  
and Community Medicine

# MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 7, N.º 2, march 2007

## Contents

---

### Editorial

- 7 Research: Fantasy or Reality?

### 9 The Consumer's Corner

### Original Articles

- 11 Attitudes of Primary Care Tutors and Resident Doctors in a Teaching Department Regarding Research Activities
- 19 Prevalence of the Metabolic Syndrome in the Bay of Cadiz
- 27 A Brucellosis Outbreak in Two Provinces Attributed to the Consumption of Fresh, Non-Pasteurized Cheese

### Review Article

- 33 The Home Visit as a Setting for Prevention Activities

### Under Debate

- 45 Techniques for Implementing the Practice of Biological and Psycho-Social Medicine. Cost Efficiency and Clinical Effectiveness

### Letters to the Editor

- 52 Huétor "On Air": a New Way to Relate to Our Patients

### 53 Publications of Interest

### What's Your Diagnosis?

- 66 Pigmented lesions evolving over many years

### 68 Scientific Activities

### 69 Information for Authors

---

## EDITORIAL

### Investigación: fantasía o realidad

Pascual de la Pisa B

*Vocal de Investigación SAMFyC*

*“Para que creernos todo lo que vemos, si al final, no sabemos ni siquiera si es fantasía o realidad”*: Un cantautor español reseña en una de sus canciones la dificultad en distinguir las fantasías o realidades de un mundo lleno de desigualdades buscando la forma de aterrizar los sueños en la vida real. En el ámbito de la investigación en Atención Primaria (AP) podemos hacer cierto paralelismo.

Por una parte nos encontramos con la realidad de un día normal de un médico de familia enfrascado en la consulta a demanda, las urgencias de su cupo, las tareas administrativas y, en algunos casos, los programas de salud al final de la mañana... con suerte podrá citarse alguna programada y casi a las tres de la tarde irá corriendo a los avisos a domicilio.

Con esta jornada ¿dónde se encuadra la investigación? Para muchos en una fantasía.

Debemos partir del reconocimiento de que la investigación de calidad se identifica como una necesidad para contribuir a mejorar la salud de las personas y el bienestar de la población. Muchos de los avances en la práctica clínica han dependido de la investigación pues ha permitido conocer las causas de las enfermedades, cómo prevenirlas, diagnosticarlas y tratarlas. Además la investigación aumenta en los profesionales el espíritu crítico, la motivación y su satisfacción en su vocación de ser médico.

La investigación en AP en Andalucía ha sido apoyada en los últimos años de forma especial tras las recomendaciones del VI Programa Marco de la Unión Europea, el desarrollo de Redes de Investigación por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y en Andalucía con el III Plan Andaluz de

Salud 2003-2008 y el II Plan de Calidad de Andalucía como línea o estrategia priorizada.

Pero son muchas las dificultades que encontramos para que la investigación se convierta en una tarea cotidiana de todos los médicos de familia.

- La falta de tiempo durante la jornada laboral debido a una gran sobrecarga asistencial, hace que el profesional con cierta motivación, investigue fuera de su horario laboral.
- La falta de formación metodológica y de una cultura básica en investigación en ocasiones conlleva que profesionales con dudas e ideas no sepan cómo convertirlas en preguntas bien formuladas y con un diseño metodológico correcto que trate de darle una respuesta.
- La casi inexistencia de estructuras de apoyo o de asesoría, hace de los profesionales inquietos, autodidactas en la materia, y de los menos motivados, que vean la investigación como un lápida que les cae encima cuando firman la Unidad Clínica o una amenaza para cumplir con los requisitos de la carrera profesional.
- La dispersión geográfica intrínseca a la AP y especialmente al ámbito rural limita a los profesionales sanitarios a establecer líneas de investigación multidisciplinarias y coordinadas.

Este panorama se ve reflejado en una escasa producción científica y la existente con poco factor de impacto; diseños de los trabajos fundamentalmente descriptivos, unicéntricos, con tamaños muestrales pequeños y periodos de seguimiento cortos; escasa participación en estudios analíticos experimentales, multicéntricos o financiados por agencias externas.

El futuro empieza a dibujarse esperanzador.

Las redes de investigación cooperativa se reconoce como una experiencia pionera que en AP se ha plasmado en la posibilidad de aunar recursos y esfuerzos de investigación entre grupos multidisciplinarios con líneas de trabajo comunes; han incrementado la capacidad y la potencialidad de profesionales que ya estaban investigando; ha permitido a los mas noveles la oportunidad de empezar, guiados y asesorados por aquellos con más experiencia. El Instituto de Salud Carlos III con el fin de potenciar estructuras estables de investigación cooperativa en red, convoca próximamente las ayudas a centros públicos y privados de Investigación Biomédica en Red.

Se empiezan a identificar Unidades de Investigación en algunos distritos de AP de Andalucía: Fundaciones de investigación vinculadas a la AP y el apoyo de las sociedades científicas de medicina familiar y comunitaria mediante becas a proyectos de investigación y tesis doctorales; el reconocimiento por parte de los gestores de la necesidad de iniciar y promover la investigación en este ámbito y el apoyo indudable de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Esta fantasía comienza a hacerse realidad. Son muchos los aspectos pendientes, pero la evidencia aportada por otros países en cuanto a la resolución progresiva de las dificultades, tienen que ser nuestro norte.

### Bibliografía general

- Anónimo. Is primary care research a lost cause? *Lancet*. 2003; 361: 977.
- Diogene-Fadini E. Promoción de la investigación en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36: 563-5.
- Fernández Fernández I. ¿Investigación en Atención Primaria? *Aten Primaria*. 2003; 31: 281-4.
- Fernández Fernández I, Bolívar B, Grandes G, Lloberas J, Fernández C, Martín Zurro A. Redes Temáticas de Investigación Cooperativa. *Aten Primaria*. 2003; 32: 505-8.
- Fenton E, Harvey J, Griffiths F, Wild A, Sturt J. Reflections form organization science on the development of primary care research network. *Family practice* 2001; 18: 540-4.
- III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. <http://www.csalud.juntadeandalucia.es/principall>
- II Plan de Calidad del Servicio Sanitario Público de Andalucía. [http://www.casalud.juntadeandalucia.es/principall/documentos/asp?pagina=institucional\\_PDC](http://www.casalud.juntadeandalucia.es/principall/documentos/asp?pagina=institucional_PDC)
- Pujol Ribó C. Las fundaciones de investigación en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28: 295-7.
- Weis BD. Why Family Practice Research? *Arch Fam Med*. 2000; 9: 1105-7.
- Van Weel C, Smith H, Beasley JW. Family Practice research networks. Experience from 3 countries. *J Fam Pract*. 2000; 49: 938-43.

## AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2006

El Consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores sus valiosas y desinteresadas aportaciones, encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2006. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

JOSÉ MANUEL ARANDA REGULES  
JUAN DE DIOS LUNA  
MANUEL GÁLVEZ IBÁÑEZ  
JAVIER MORATA GARCÍA DE LA PUERTA  
PABLO GARCÍA LÓPEZ  
JOSÉ MANUEL GARCÍA PUGA  
FRANCISCA LEIVA FERNÁNDEZ  
DANIEL PRADOS TORRES



## EL ESPACIO DEL USUARIO

### La atención de los profesionales sanitarios

Ranea Díaz S

*Asesoría Jurídica. FACUA Málaga*

Desde la posición que ocupamos en el mercado como Asociación de Consumidores y Usuarios, nos permite tener un conocimiento de las percepciones que tienen los usuarios del sistema de salud, entendiendo el mismo en un sentido amplio, referido a todo tipo de actuaciones médicas que pueden requerir los ciudadanos. Es de justicia matizar que generalmente, a nuestras oficinas se dirigen aquellas personas que tienen reclamaciones que formular contra los servicios sanitarios, siendo estas las actuaciones habituales que se desarrollan desde nuestra Asociación, que no pretende más que prestar asistencia técnica y jurídica a los usuarios que han tenido o creído tener, un problema con los servicios sanitarios. Así mismo, se realiza una labor de colaboración con la Administración pública a través de los órganos de representación, trasladando las inquietudes de los ciudadanos en virtud de la representatividad de que ostentamos.

La atención a la salud puede precisar por parte de una Asociación que pretende proteger los derechos de los consumidores, actuaciones muy diversas, abarcando desde las alertas alimenticias que pueden afectar a la colectividad hasta el problema individual de atribución del médico de atención primaria en la sanidad pública según elección; ante la amplitud y diversidad de materias que someten los usuarios a nuestro tratamiento profesional como vía reconocida de mediación y solución de conflictos, trataremos en estas líneas de forma concisa las reclamaciones por actuaciones de la sanidad pública.

En primer término, debemos precisar lo que puede parecer una obviedad, pero que es una premisa fundamental para entender la complejidad del tema que venimos a tratar, y ello es que la medicina no es una ciencia exacta y que resulta imposible asegurar los resultados favorables de la aplicación de esa ciencia, siendo exigible que en el trato a cada paciente, que arriesga su mayor patrimonio: la salud, se emplee todos los medios conocidos y más adecuados para el diagnóstico y tratamiento de la dolencia que manifieste aquel.

Partiendo de la premisa anterior, toda actuación de la Administración Pública lleva aparejada una responsabilidad patrimonial objetiva, que se traduce en la obligatoriedad de responder de los daños causados a los ciudadanos por actuaciones de cualquier órgano de la Administración, siempre que exista una relación causa efecto entre el daño y la actuación administrativa, que el perjuicio sufrido sea evaluable económicamente y no se trata de un daño que tenga el deber legal de soportar el ciudadano, es decir, que sea antijurídico.

Establecido que si se ha producido un daño por la actuación de la sanidad pública existe la posibilidad de reclamar la indemnización o reparación de ese daño; se dispone para efectuar la reclamación por los daños sufridos, de un plazo de un año desde que se produce el daño y se tiene conocimiento del mismo, o bien desde que las posibles lesiones que se hayan producido estén estabilizadas en fase de secuela o totalmente curadas. Esta reclamación debe di-

rigirse contra el Servicio Andaluz de Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Lógicamente, la reclamación debe formularse por escrito, incorporando, junto con el detalle de los hechos, la indemnización que se solicita por los daños sufridos, así como los medios de prueba que se proponen para acreditar los extremos de hecho en que se fundamenta la reclamación.

Una vez interpuesta la preceptiva reclamación en el plazo legal concedido al efecto referido más arriba, la Administración dispone de seis meses para emitir una resolución, si transcurrido el plazo indicado sin que se resuelva de forma expresa por la Administración, se entiende que la reclamación ha sido desestimada, y el reclamante podrá dirigirse a los Tribunales de justicia para la interposición de demanda con-

tencioso-administrativa contra el Servicio Andaluz de Salud.

El procedimiento que se ha relatado a grandes rasgos, es la forma legalmente prevista para hacer valer los derechos de los usuarios del Servicio Andaluz de Salud, a fin de obtener el resarcimiento de los daños que haya sufrido consecuencia de la actuación del citado organismo. La sensibilización de los profesionales de la medicina y los servidores públicos hacia los usuarios es cada vez mayor y todos debemos contribuir en función de la participación de cada interviniente, a la mejora del sistema de sanitario, y a los usuarios nos compete formular reclamación coherentes y fundadas por las actuaciones inadecuadas que sufran a través de los medios legalmente previstos.

## ORIGINAL

## Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial

Fernández Martínez O<sup>1</sup>, García Del Río García B<sup>1</sup>, Hidalgo Cabrera C<sup>1</sup>, López López C<sup>2</sup>, Martín Tapia A<sup>1</sup>, Moreno Suárez S<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Residentes de Medicina de Familia. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>2</sup> Residente de Medicina de Familia. Hospital Comarcal Motril.

### PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE DOS HOSPITALES DE DISTINTO NIVEL ASISTENCIAL

**Objetivos:** Medir la calidad de vida profesional de los médicos residentes, los factores asociados y su opinión sobre la creación de la especialidad de urgencias.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Población:** Los 109 residentes que realizan guardias de policlínica en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada (HVN) y en Hospital Comarcal de Motril (HCM).

**Intervenciones:** Cuestionario anónimo autoadministrado que recoge variables sociodemográficas, laborales y el Cuestionario de CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL (CVP-35). Consta de 35 ítems que valoran 3 dimensiones: Apoyo directivo (AD), Cargas en el trabajo (CT), Motivación Intrínseca (MI) y la Calidad de vida profesional percibida. Cada ítem es valorado de 1 a 10.

**Resultados:** Se recogieron 99 cuestionarios cumplimentados (90.82%). El 43.4% de los encuestados eran Residentes de primer año (R1), el 56.6% R2. El 58.6% residentes de familia. 68.7% Mujeres. El valor medio de la calidad de vida profesional percibida fue 4.15±3.44. Los valores medios para el resto de ítems fueron CT: 6.981±1.09; AD: 4.59±0.9; MI: 6.224±0.92. La percepción de la calidad de vida es significativamente mejor en los residentes de familia. Para el resto de dimensiones no se detectaron diferencias significativas.

Los residentes de HVN y HCM duermen 3.61±0.49 y 2.33±1.28 horas respectivamente ( $p<0.001$ ). Empeora el estado de ánimo tras las guardias en 70.3% y 61.5% de los residentes de HVN y HCM (NS), y en 75.9% médicas ( $p<0.01$ ). En HVN el 53.1% refieren algún trastorno físico por las guardias frente al 0% en HCM ( $p<0.036$ ). La ansiedad es el trastorno más prevalente. El 85.9% apoyan la creación de la especialidad de urgencias.

**Conclusiones:** Los residentes perciben una mala calidad de vida profesional, y un bajo apoyo por parte de los directivos. Tienen una motivación intrínseca media para afrontar una alta carga en el trabajo.

**Palabras clave:** Calidad de vida. Internado y Residencia. Satisfacción Personal.

Correspondencia: Odile Fernández Martínez. C/ Nécora, n.º 1, 5.º B. 18003 Granada. Telf.: 652 55 20 96. e-mail: lile@supercable.es

Recibido el 10-05-2006; aceptado el 22-06-2006.

Medicina de Familia (And) 2007; 2: 11-18.

### PERCEPTIONS ON THE QUALITY OF PROFESSIONAL LIFE HELD BY RESIDENT DOCTORS IN TWO HOSPITALS PROVIDING DIFFERENT LEVELS OF CARE

**Goal:** To measure the quality of resident doctors' professional lives and related factors, as well as their opinion regarding the recent creation of a specialty in emergency medicine.

**Design:** Cross sectional descriptive.

**Population Sample:** 109 resident doctors working on-call in two hospitals, one a polyclinic in Granada (*Virgen de las Nieves Hospital, HVN*) and the other a secondary hospital in Motril (*Santa Ana Hospital, HCM*).

**Methodology:** An anonymous self-administered questionnaire was used to gather data on social demographics and occupational variables. The CVP-35 questionnaire (Quality of Professional Life) was also administered. It consisted of 35 items to examine three dimensions: support from directors (AD), work load (CT), intrinsic motivation and perceived quality of professional life (MI). Each item was rated on a scale of 1 to 10.

**Results:** Ninety-nine questionnaires were completed and returned (90.82%). 43.4% of those surveyed were first-year residents (R1), 56.6% were second-year residents (R2), 58.6% were residents in general medicine and 68.7% were women. The average score for perceived quality of life was 4.15±3.44. The average scores for the remaining items were: CT: 6.981±1.09; AD: 4.59±0.9; MI: 6.224±0.92. Perceived quality of life was significantly better among general medicine residents. No significant differences were found in the remaining dimensions.

Residents at HVN and HCM got 3.61±0.49 and 2.33±1.28 hours of sleep, respectively ( $p<0.001$ ). Moods worsened after being on call for 70.3% and 61.5% of the residents at HVN and HCM (NS), and 75.9% for medical ( $p<0.01$ ). 53.1% of the residents at HVN mentioned having some physical ailment as a consequence of being on call, compared to 0% at HCM ( $p<0.036$ ). Anxiety was the most prevalent ailment. 85.9% of those surveyed said they supported the creation of a specialty in emergency medicine.

**Conclusions:** Residents' perceived their quality of life as poor and felt that directors provided very little support to them. Their intrinsic motivation to face high workloads was average.

**Key words:** Quality of Life. Interns and Resident Doctors. Personal satisfaction.

## Introducción

La satisfacción de los individuos en su trabajo es una de las variables más importantes relacionadas con el comportamiento organizacional y la calidad de vida <sup>1</sup>.

La Administración sanitaria tiene un gran interés por mejorar la calidad de los servicios prestados a la población y por el grado de satisfacción del paciente <sup>2</sup>, sin embargo hace poco hincapié en conocer la satisfacción de sus trabajadores y la calidad de vida profesional, a pesar de que el bienestar laboral de los profesionales influye en la efectividad de su trabajo <sup>3</sup>

García Sánchez <sup>4</sup> define el concepto de «calidad de vida profesional» como la «experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas».

Hasta la actualidad en España hay un solo estudio que evalúe la calidad de vida de los residentes <sup>5</sup>. Sin embargo en otros países de Europa y América se han llevado a cabo estudios para conocer tanto aspectos relacionados con la calidad de vida profesional de los residentes como la calidad asistencial que estos prestan <sup>6-8</sup>. Estos dos aspectos se ven influenciados de forma inequívoca por la realización de guardias. Las guardias implican una privación de sueño que va en detrimento de la calidad de vida de los residentes <sup>9-14</sup>, sobre todo cuando el residente se ve obligado a continuar su interminable jornada laboral tras 24 horas de asistencia médica continuada <sup>15-16</sup>, y son las guardias realizadas en los servicios de urgencias las que más merman la calidad de vida de los residentes y la calidad de su labor asistencial, dado que los servicios de urgencias son lugares generadores de estrés por excelencia. Y es en los servicios de urgencias donde el residente desarrolla gran parte de su labor asistencial, sobre todo los primeros años de la formación médica especializada. Diversos estudios demuestran que la privación del sueño hace que los residentes sean más proclives a cometer errores en tareas repetitivas y rutinarias y en aquellas que requieren una atención sostenida <sup>11, 15-16</sup>. En un estudio realizado en Australia, demostraron que la privación

de sueño produce efectos sobre la realización de tareas, similares a los de una intoxicación alcohólica, de forma que realizar una tarea tras 24 horas continuadas de vigilia equivale a realizarla con una concentración sanguínea de alcohol de 0.10% <sup>17</sup>.

La Administración Sanitaria debería conocer e intentar mejorar la calidad de vida de los residentes para que estos pudieran mejorar la calidad de la asistencia prestada a los usuarios de la sanidad.

La creación de la Especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias en España es un tema a debate en la actualidad. Hasta el momento actual los médicos especialistas de medicina de familia y los médicos generalistas son los que ejercen la medicina de urgencias en la mayoría de los servicios de urgencias. Además, al no ser la mayoría de las plantillas de Urgencias Hospitalarias autosuficientes, la atención de los servicios de urgencias es llevada a cabo también por médicos residentes de las diversas especialidades oficialmente reconocidas en España, mayoritariamente en sus primeros 2 años de formación, que más por necesidades asistenciales que por exigencias de su programa formativo, realizan en urgencias una labor asistencial que supera su capacidad asistencial. En nuestro estudio tratamos de conocer la opinión de los residentes acerca de la creación de la especialidad de urgencias.

Nuestros objetivos son medir la calidad de vida profesional de los médicos residentes del complejo hospitalario Virgen de las Nieves de Granada, hospital de nivel asistencial de tercer nivel, y del Hospital Comarcal de Motril y conocer los factores asociados, así como conocer la opinión de los médicos residentes a cerca la creación de la especialidad de urgencias.

## Sujetos y métodos

Realizamos un estudio descriptivo transversal en los 109 médicos residentes que realizan guardias de policlínica en las urgencias generales del Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves de Granada y en Hospital Comarcal de Motril, mediante una encuesta anónima autoadministrada entregada personalmente a todos los residentes.

Se entregaron dos cuestionarios:

—Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) validado para nuestro medio <sup>18</sup> que consta de 35 ítems. Cada ítem es valorado en una escala cuantitativa de 1 a 10, a la que superponen las categorías: “Nada” (Valores 1 y 2), “Algo” (Valores 3, 4,5) “Bastante” (Valores 6, 7,8) “Mucho” (Valores 9 y 10).

Valora 3 dimensiones: Apoyo directivo (AD), Cargas en el trabajo (CT) y Motivación Intrínseca (MI). Además consta de 2 ítems que valoran la Calidad de Vida Profesional percibida y la Capacidad para desconectar tras la jornada de trabajo.

Las Cargas en el trabajo se valoran mediante 11 ítems referentes a la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo.

El Apoyo directivo se valora mediante 12 ítems.

Y por último la Motivación Intrínseca se valora mediante 10 ítems.

Las subescalas de cada dimensión presentan una consistencia interna alta ( $\alpha$  de Cronbach entre 0.75 y 0.86)

—Cuestionario general que consistía en un bloque de preguntas precodificadas para recoger variables demográficas (edad y sexo) y relacionadas con el trabajo (especialidad, lugar donde estaban realizando la residencia, año de residencia, número de guardias/mes de policlínica y especialidad y libranza de las guardias).

—Cuestionario con variables sociolaborales para conocer la repercusión de las guardias sobre los médicos residentes: Horas de descanso nocturno. Trastornos físicos derivados de estas. Cambios en estado de ánimo por falta de descanso. Percepción de la docencia recibida y Percepción por los residentes de la necesidad de crear la especialidad de urgencias.

Se ubicó un buzón accesible a todos los residentes donde entregar los cuestionarios una vez cumplimentados. Se les indicó que los cuestionarios debían ser rellenados cuando no estuviesen realizando una guardia de policlínica ni en las 24 horas posteriores.

Los datos se introdujeron y analizaron en SPSS (v.12.0). Se calcularon las tablas de frecuencias para todas las variables de los 3 cuestionarios. Se realizó un análisis estadístico descriptivo calculan-

do porcentajes, medias (con su correspondiente IC del 95%), y desviación típica. Para la comparación de medias se utilizó la prueba t de Student y para la comparación de porcentajes se utilizó la  $\chi^2$  o la prueba exacta de Fisher. El nivel de significación elegido para todo el estudio fue el de  $p < 0.05$ .

## Resultados

Se entregaron 109 cuestionarios, recogiendo un total de 99 cuestionarios válidos (tasa de respuesta del 90.82%).

La edad de los residentes encuestados oscila entre 25 y 28 años (media 26.41 años  $\pm 1.3$ ). Destaca la prevalencia de mujeres en ambos hospital. De los 99 residentes el 68.7% son mujeres. En cuanto al año de residencia el 43.4% son residentes de primer año (R1), el 56.6% están en el segundo año de formación (R2). Los Residentes de primer año realizan sólo guardias de policlínica y los R2 además de guardias de policlínica realizan guardias de su especialidad. Los R1 realizan 5 guardias de policlínica al mes, los R2 2 guardias de policlínica y 3 o 4 de su especialidad.

Por especialidades, el 58.6% son residentes de medicina de familia y el 41.4% de otras especialidades.

96 realizan su residencia en el complejo hospitalario Virgen de las Nieves, y 13 en el hospital comarcal de Motril.

En el hospital de Motril todos los residentes que realizan guardias de policlínica son residentes de medicina de familia.

En cuanto a la libranza de las guardias y el número de guardias de policlínica realizadas al mes, el 90.9% libra las guardias y el 9.1 % nunca las libra.

En la tabla 1 se exponen los resultados obtenidos en el CPV-35.

El valor medio de la calidad de vida profesional percibida fue 4.15 (IC del 95%, 3.66-4.64). La percepción de la calidad de vida es significativamente mejor en los residentes de familia y en los residentes del hospital de Motril.

Para la dimensión “Cargas en el trabajo” las puntuaciones medias obtenidas fueron altas (6.981;

IC del 95%, 6.762-7.2). El Apoyo de los directivos alcanza una baja puntuación (4.59; IC del 95%, 4.409-4.772) mientras que la Motivación Intrínseca (6.224; IC del 95%, 6.039-6.409), y la capacidad para Desconectar (5.95; IC del 95%, 5.40-5.650) alcanzan una puntuación media.

Los residentes del hospital de Motril obtuvieron puntuaciones significativamente más altas para todas las dimensiones estudiadas.

Sin embargo no se encontraron diferencias significativas en las 3 dimensiones estudiadas, ni en la capacidad para desconectar del trabajo respecto al sexo, la edad, el número de guardias de policlínica/mes, la especialidad y la libranza de las guardias.

Los residentes de medicina de familia se encuentran más motivados, y están más satisfechos con el sueldo que el resto de sus compañeros. Los residentes de primer año tienen menos conflictos en su trabajo y reciben más apoyo por parte de sus compañeros.

Las diferencias encontradas en función de los distintos ítems se recogen en la tabla 2.

Los residentes de Hospital de Motril “disfrutan” de más horas de descanso nocturno ( $3.61 \pm 0.49$  respecto a  $2.33 \pm 1.28$  horas en Hospital Virgen de las Nieves,  $p < 0.001$ )

En el Virgen de las Nieves el 53.1% refiere algún trastorno físico y/o psíquico antes y durante la realización de las guardias, sin embargo en el Hospital de Motril ningún residente acusa trastornos físicos o psíquicos secundario o previo a una guardia de policlínica ( $p < 0.036$ ). Por sexos, el 53.3% de las mujeres refieren algún trastorno físico mientras que sólo el 29% hombres refieren trastornos de esta índole ( $p < 0.009$ ).

Los trastornos más prevalentes son: Ansiedad (24%), Insomnio (19.5%), Cefalea (15.6%) y Diarrea (7.5%).

En cuanto a la docencia percibida, el 84.6% de los residentes del Hospital de Motril evalúan positivamente la docencia que reciben durante las guardias, frente al 51.6% del H. Virgen de las Nieves ( $p < 0.028$ ).

Por especialidades, los residentes de mfyC consideran las guardias de policlínica más positivas para su formación respecto al resto de especiali-

dades. El 76.5% de los residentes de mfyC las consideran positivas frente al 41.9% de residentes de otras especialidades ( $p < 0.028$ ).

Tras la realización de una guardia empeora el estado de ánimo en el 70.3% de los

Residentes del Virgen de las Nieves y en el 61.5% del Hospital de Motril, no siendo esta diferencia significativa. El 75,9% de médicas refieren un empeoramiento en su estado de ánimo tras completar una guardia, respecto al 29% de los médicos ( $p < 0.002$ ).

El 85.9% de los residentes considera necesaria la creación de la especialidad de urgencias. El 58 % de los residentes de medicina de familia está a favor de la creación de dicha especialidad, sin embargo el 100% de los residentes de otras especialidades están a favor de la especialidad de urgencias ( $p < 0.001$ ).

El 70% de los residentes de Motril están en contra de la creación de dicha especialidad, frente al 5.8% de los residentes del Virgen de las Nieves ( $p < 0.001$ )

## Discusión

Según los resultados obtenidos en nuestro estudio los residentes perciben una mala calidad de vida profesional, dato que coincide con un estudio realizado con residentes de toda España que mide de manera subjetiva la percepción de la calidad de vida de los residentes<sup>5</sup>.

Hasta la actualidad no existen otros estudios en nuestro país que midan mediante una herramienta validada, como el CVP-35, la calidad de vida profesional de los residentes, por lo que no poseemos estudios de referencia y nos vemos obligados a comparar nuestros datos con los resultados obtenidos con médicos especialistas de atención primaria y del ámbito hospitalario.

El ítem que recibió mayor puntuación fue “Apoyo de mi familia” lo que coincide con otros estudios<sup>19</sup>. El segundo y tercer ítems más valorados fueron la “Cantidad de trabajo” y “Prisas y agobios por falta de tiempo para realizar mi trabajo”. Lo que refleja la sobrecarga laboral a la que se ven sometidos los residentes.

El ítem menos valorado fue “Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto”, siendo

este ítem uno de los menos valorados en otros estudios<sup>19-21</sup>.

En relación con la dimensión que valora el apoyo emocional recibido por parte de los directivos hay que destacar que es en este apartado donde se registran las puntuaciones más bajas del cuestionario tal y como ocurre en otros estudios<sup>19-21</sup>. Estas bajas puntuaciones reflejan que los residentes no perciben que la administración sanitaria se aproxime a sus necesidades profesionales, se encuentran insatisfechos con la retribución económica que reciben y solicitan tanto el reconocimiento de su esfuerzo como información de los resultados de su trabajo.

En relación con la dimensión de las cargas en el trabajo, los residentes se sienten agobiados por la gran sobrecarga laboral a la que son sometidos y la importante responsabilidad que se les concede a diario. Existe una clara relación entre la presión asistencial y el riesgo de desarrollar burnout<sup>22</sup>.

En cuanto a la motivación los residentes tienen una motivación intrínseca media, siendo los residentes de mfyf los que más motivados se sienten. Los recursos para afrontar las demandas laborales se basan en el apoyo familiar y en el caso de los R1 en el apoyo de sus compañeros. El compañerismo y el fuerte lazo de unión entre los residentes de primer año surge al tener que enfrentarse juntos y sin contar con experiencia previa a las temidas guardias de policlínica. La puntuación media obtenida en motivación intrínseca es más baja que en estudios previos realizados con médicos especialistas<sup>19-21</sup>

Los residentes no se encuentran capacitados para realizar el trabajo que se les exige, al contrario de lo que ocurre con los médicos especialistas<sup>19-21</sup>. En los dos hospitales encuestados desde el segundo mes de formación los residentes atienden las urgencias generales.

Los residentes de mfyf además de estar más motivados que el resto de sus compañeros, perciben una mejor calidad de vida. Sin embargo en estudios realizados con médicos especialistas aquellos profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario perciben una mejor calidad de vida que los que trabajan en atención primaria<sup>19-21, 23</sup>. Los residentes de mfyf están más satisfechos con el sueldo.

En el hospital de Motril los residentes soportan una carga asistencial menor, asumen menos responsabilidades, se sienten más orgullosos y satisfechos con su trabajo y se sienten más apoyados por sus adjuntos. En Motril los residentes perciben una mejor calidad de vida profesional que en Granada.

Las guardias de policlínica repercuten negativamente en el estado de ánimo de los médicos residentes, además ocasionan trastornos físicos y psíquicos antes y durante la realización de las mismas, datos que coinciden con otro estudio realizado con médicos residentes<sup>5</sup>. La diferencia es mayor en los residentes del Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Esta diferencia entre hospitales parece atribuible a las diferencias en la organización de los servicios de urgencias de ambos hospitales. Diferencias logísticas que permiten que los residentes de motril puedan disfrutar de un mayor número de horas de descanso nocturno. Parece que estas diferencias organizativas también son responsables de que los residentes de Motril "vivan" las guardias de policlínica de una manera más docente.

Los residentes de medicina de familia tienen en los servicios de urgencias una salida profesional futura, por lo que tienden a "sentir" las guardias y de forma paralela los servicios de urgencias como su "segundo hogar", lo que hace que aprecien las guardias de una manera más positiva para su formación profesional, y no estén tan a favor de la creación de la especialidad de urgencias como sus compañeros de otras especialidades.

Como conclusión cabe señalar que los residentes perciben una mala calidad de vida profesional, y un bajo apoyo por parte de los directivos. Tienen una motivación intrínseca media para afrontar una alta carga en el trabajo. Y están a favor de la creación de la especialidad de urgencias.

Este tipo de cuestionarios deberían de ser una herramienta usada de manera habitual para conocer la calidad de vida de los residentes para así poder crear iniciativas que prevengan el agotamiento profesional desde el inicio de la vida laboral de los futuros especialistas y secundariamente mejorar la calidad de la asistencia a los usuarios.

## Bibliografía

1. Fernández Sanmartín MI, Villagrasa Ferrer JR, Fe Gamó M, Vázquez Gallego J, Cruz Canas E, Aguirre Trigo MV, et al. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 487-97.
2. Reyes Rodríguez JF. La mejora continua de la atención al usuario desde su perspectiva. Una condición necesaria. *Cuadernos de Gestión* 1999; 5: 194-5.
3. Grol R, Mokkin H, Smiths A. Work satisfaction of general practitioner and the quality of patient care. *Fam Pract* 1985; 2: 128.
4. García Sánchez S. La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. *Revista de Qualitat* 1993;11: 4-9.
5. Menéndez-González M, Ryan Murúa P, García Salaverri B. Efecto subjetivo de las guardias sobre la salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes de España. *Arch Med* 2005; 1 (1).
6. Albanesi de Nasetta S, Nasetta P. Medical residents and quality of life. *Vertex*. 2005; 16: 245-50.
7. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Buddeberg C. Stress at work and well-being in junior residents. *Z Psychosom Med Psychother* 2005; 51:163-78.
8. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ* 2005; 5: 21.
9. Bailit JL, Weisberger A, Knotek J. Resident job satisfaction and quality of life before and after work hour reform. *J Reprod Med*. 2005; 50: 649-52.
10. Tov N, Rubin AH, Lavie P. Effects of workload on residents' sleep duration: objective documentation. *Isr J Med Sci* 1995; 31: 417-23.
11. Samkoff JS, Jacques CH. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. *Acad Med* 1991; 66: 687-93.
12. Asken MJ, Raham DC. Resident performance and sleep deprivation: a review. *J Med Educ* 1983; 58: 382-88.
13. Bartle EJ, Sun JH, Thompson L, Light AI, McCool C, Heaton S. The effects of acute sleep deprivation during residency training. *Surgery* 1988; 104: 311-6.
14. Butterfield PS. The stress of residency. A review of the literature. *Arch Intern Med* 1988; 148: 1428-35
15. Halbach MM, Spann CO, Egan G. Effect of sleep deprivation on medical resident and student cognitive function: A prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 188: 1198-201.
16. Howard SK, Gaba DM, Rosekind MR, Zarcone VP. The risks and implications of excessive daytime sleepiness in resident physicians. *Acad Med* 2002; 77: 1019-1025.
17. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature* 1997; 388: 235.
18. Cabezas, C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC* 2000; 7 (Suppl 7): 53-68.
19. Alonso Fernández M, Iglesias Carbajo AI, Franco Vidal A. Percepción de la calidad de vida profesional en una área sanitaria de Asturias. *Aten Primaria* 2002; 30: 483-89.
20. Sánchez González R, Álvarez Nido R, Lorenzo Borda S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *MEDIFAM* 2003; 13: 291-96.
21. Juvete Vázquez MT, Lacalle Rodríguez-Labajo M, Riesgo Fuertes R, Cortés Rubio JA, Mateo Ruiz C. Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área 1 de Madrid. *Aten Primaria* 2005; 36: 110-12.
22. Jorge Rodríguez F, Blanco Ramos MA, Isa Pérez S, Romero García L, Gayoso Diz P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36: 442-7.
23. Galobart Roca A, Grau Amorós J, Sicras Mainar A, García Parés G. Satisfacción profesional. *Med Clin (Barc)*. 1995; 105: 76.

**Tabla 1.** Puntuaciones del CVP-35

Propuesta	Media $\pm$ DE
<b>1. CARGAS EN EL TRABAJO</b>	<b>6,981 <math>\pm</math>2,09</b>
Cantidad de trabajo que tengo	8,87 $\pm$ 2,157
Prisas y agobios por falta de tiempo para realizar mi trabajo	8,75 $\pm$ 2,631
Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo que tengo	7,99 $\pm$ 2,446
Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo	6,90 $\pm$ 3,319
Tengo conflictos con otras personas de mi trabajo	2,89 $\pm$ 2,795
Falta de tiempo para mi vida personal	6,04 $\pm$ 3,185
Incomodidad física en el trabajo	6,13 $\pm$ 3,385
Carga de responsabilidad	8,48 $\pm$ 2,705
Interrupciones molestas	6,52 $\pm$ 3,573
Estrés (esfuerzo emocional)	8,28 $\pm$ 2,720
Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud	5,95 $\pm$ 3,353
<b>2. MOTIVACIÓN INTRÍNSECA</b>	<b>6,224<math>\pm</math> 0,927</b>
Satisfacción con el tipo de trabajo	5,39 $\pm$ 2,910
Motivación (ganas de esforzarme)	6,70 $\pm$ 3,238
Se exige capacitación para realizar mi trabajo	1,94 $\pm$ 1,946
Apoyo de mi familia	8,95 $\pm$ 2,335
Ganas de ser creativo	5,48 $\pm$ 3,597
Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual	5,51 $\pm$ 2,826
Mi trabajo es importante para la vida de otras personas	7,75 $\pm$ 2,913
Me siento orgulloso de mi trabajo	6,65 $\pm$ 2,892
Lo que tengo que hacer queda claro	5,30 $\pm$ 3,229
Apoyo de mi equipo (enfermería y auxiliar enfermería)	5,71 $\pm$ 3,168
<b>3. APOYO DIRECTIVO</b>	<b>4,59 <math>\pm</math>1,9</b>
Posibilidad de expresar lo que siento y necesito	4,51 $\pm$ 3,164
Satisfacción con el sueldo	3,77 $\pm$ 3,194
Reconocimiento de mi esfuerzo	3,45 $\pm$ 2,934
Posibilidad de promoción	2,24 $\pm$ 2,629
Apoyo de mis jefes o adjuntos	5,10 $\pm$ 2,997
Apoyo de mis compañeros	8,58 $\pm$ 2,485
Recibo información de los resultados de mi trabajo	2,36 $\pm$ 2,542
Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	1,43 $\pm$ 1,609
Tengo autonomía o libertad de decisión	6,48 $\pm$ 3,027
Variedad en mi trabajo	6,61 $\pm$ 3,180
Posibilidad de ser creativo	8,61 $\pm$ 2,376
Si hago propuesta es posible que sea escuchada	4,82 $\pm$ 3,340
<b>4. CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA</b>	<b>4,15<math>\pm</math> 3,443</b>
<b>5. DESCONECTO AL ACABAR LA GUARDIA</b>	<b>5,95<math>\pm</math> 3,760</b>

**Tabla 2.** Diferencias de la valoración de los distintos ítems en función de las variables control.

	Variables Control		p
	<b>Especialidad</b>		
	<i>MFYC</i>	<i>No MFYC</i>	
Cantidad de trabajo que tengo	8,62± 2,25	9,22± 1,9	0.01
Satisfacción con el sueldo	4,22 ±3,225	3,12 ±3,002	0.01
Prisas y agobios por falta de tiempo para realizar mi trabajo	8,45± 2,88	9,17± 2,07	0.02
Interrupciones molestas	7,02± 3,35	5,8 ±3,72	0.02
Motivación	7,10± 2,9	6,12± 3,55	0.03
Apoyo de mis adjuntos	5,48± 2,98	4,56 ±2,91	0.02
Estrés (esfuerzo emocional)	7,98 ±2,73	8,71± 2,63	0.03
Calidad de vida percibida	4,72± 3,51	3,34 ±3,105	0.005
	<b>Año residencia</b>		
	<i>R1</i>	<i>R2</i>	
Conflictos	3,37 ±3,12	2,52 ±2,4	0.01
Apoyo de mis compañeros	8,93 ±2,486	8,30 ±2,439	0.03
	<b>Lugar Residen</b>		
	<i>Motril</i>	<i>Granada</i>	
Cantidad de trabajo que tengo	7,08 ±2,25	9,14 ±1,87	0.0001
Satisfacción con el tipo de trabajo	7,08 ±3,13	5,14 ±2,75	0.0001
Satisfacción con el sueldo	6,46± 2,89	3,36± 2,94	0.0001
Reconocimiento de mi esfuerzo	5,46 ±2,26	3,15 ±2,83	0.0001
Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo que tengo	7± 2,29	8,14± 2,41	0.007
Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo	5,23 ±3,16	7,15 ±3,247	0.005
Prisas y agobios por falta de tiempo para realizar mi trabajo	6,96 ±2,974	9,06 ±2,332	0.0001
Motivación (ganas de esforzarme)	7,92± 2,656	6,51± 3,263	0.03
Apoyo de mis jefes o adjuntos	7,69± 2,548	4,71± 2,75	0.0001
Tengo conflictos con otras personas de mi trabajo	2,64 ±2,593	4,54 ±3,222	0.0001
Carga de responsabilidad	6,00± 2,581	8,86 ±2,382	0.0001
Estrés (esfuerzo emocional)	6,15± 2,463	8,60 ±2,521	0.0001
Incomodidad física en el trabajo	3,69± 2,702	6,5± 3,258	0.0001
Calidad de vida percibida	7,23± 2,48	3,69± 3,214	0.001
Me siento orgulloso de mi trabajo	7,85± 1,987	6,47 ±2,932	0.01

## ORIGINAL

## Prevalencia de síndrome metabólico en la Bahía de Cádiz

Madueño Caro AJ<sup>1</sup>, Péculo Carrasco JA<sup>2</sup>, Guija Villa E<sup>3</sup>, Luque Barea A<sup>1</sup>, Coco Alonso MJ<sup>1</sup>, Gómez Usabiaga C<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Médico de familia. Centro de salud La Laguna. Cádiz. <sup>2</sup> Experto Universitario en epidemiología e investigación clínica (Escuela andaluza de Salud Pública. Granada). <sup>3</sup> Médico de familia. Centro de salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz). <sup>4</sup> Residente MFC. Centro de salud Rodríguez-Arias. San Fernando (Cádiz).

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LA BAHÍA DE CÁDIZ

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en población general residente en la Bahía de Cádiz.

**Diseño:** Estudio descriptivo, transversal.

**Emplazamiento:** Cuatro localidades de ámbito urbano.

**Población y muestra:** Se incluyeron 208 sujetos, siguiendo muestreo aleatorio estratificado por localidades, sobre una población a estudio de 217.495 personas, con edades entre 20 y 70 años.

**Intervenciones:** Para diagnosticar SM, se siguen criterios del programa para la detección de hipercolesterolemia en adultos (*Expert Panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults*, ATP III, 2001). Se recogen datos antropométricos, sociodemográficos y bioquímicos. Se realiza análisis estadístico mediante estadística descriptiva, análisis bivariante (test de chi cuadrado para variables cuantitativas y ANOVA para cuantitativas, así como multivariante para variables predictoras).

**Resultados:** La tasa de respuesta fue del 66,7%. Edad media 46,1 (DE 12,7). El 51,3% de la muestra son mujeres. La prevalencia global del SM es del 24,5% (IC 95% 18,7-30,3). Por sexos, La prevalencia y el riesgo para presentar SM aumenta de forma significativa con la edad y en función del sexo (*Odds ratio* para variable edad= 1,049 y para sexo varón 2,358). La prevalencia es mayor en varones, siendo del 34,8% (IC 95% 25,1-44,5), y en mujeres del 19,6% (IC 95% 11,7-27,5). No se encuentran diferencias en la prevalencia del SM por zonas básicas, ni asociación estadística entre la presencia del SM y el nivel socioeconómico o cultural. El criterio diagnóstico "circunferencia abdominal" es el más frecuentemente asociado al diagnóstico (44,7%).

**Conclusiones:** La prevalencia de SM en la zona a estudio es elevada y similar a las encontradas en otras regiones españolas y países occidentales.

**Palabras clave:** síndrome metabólico, atención primaria, prevalencia.

## PREVALENCE OF THE METABOLIC SYNDROME IN THE BAY OF CADIZ

**Objective:** To determine the prevalence of the metabolic syndrome (MS) among the general population of residents in the Bay of Cadiz.

**Design:** Descriptive, cross-sectional study.

**Setting:** Four urban areas located within the municipality.

**Population and Sample:** Following a randomized stratified sample by urban area, 208 subjects were included in a population-based study of 217,495 adults between the ages of 20 and 70.

**Interventions:** The criteria used to diagnose MS were based on a program for detecting high blood cholesterol in adults (*Expert Panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults*, ATP III, 2001). Anthropometric, biochemical, and social demographic data was collected. Data was analyzed using descriptive statistics, bivariate analysis (chi squared test), ANOVA for quantitative and multivariate for predictive variables.

**Results:** Response rate was 66.7%. Average age 46.1 (SD 12.7). 51.3% of the population sample were women. The global prevalence of the MS is 24.5% (CI 95% 18.7-30.3). By sex, the prevalence and risk of acquiring the MS increases significantly with age and according to sex (*Odds ratio* for the age variable = 1.049; for males 2.358). Prevalence is higher among males (34.8%) than among women (19.6%). CI 95% 11.7-27.5. No difference was found in the prevalence of the MS by basic health zones, nor was there any statistical association between existence of the MS and socio-economic or cultural status. The diagnostic criteria of "waist circumference" was the one most frequently associated with the syndrome's diagnosis (44.7%).

**Conclusions:** Presence of the metabolic syndrome in the area under study is high and similar to that found in other Spanish regions and western countries.

**Key words:** metabolic syndrome, primary care, prevalence.

Correspondencia: Antonio José Madueño Caro. C/ Doctor José Manuel Pascual, 2, 1.º C, 11008, Cádiz. Teléfono 647094381. e-mail: madu@comcadiz.com

Recibido el 18-04-2006; aceptado para publicación el 2-02-2007.

Medicina de Familia (And) 2007; 2: 19-26.

## Introducción

En España, la provincia de Cádiz presenta, según datos publicados en el análisis provincial del III Plan Andaluz de Salud<sup>1</sup>, la mayor tasa de mortalidad debida a enfermedad isquémica del corazón, ajustada por cada 100000 habitantes (169,86 frente a 125,13 en Andalucía y 108,72 en el resto de España. Las recomendaciones en materia de prevención cardiovascular, publicadas en la última actualización del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), priorizan la necesidad de intervención a los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular, seguidos de aquellos con riesgo cardiovascular alto por agregación de factores de riesgo<sup>2</sup>. En 1988, *Reaven* sugirió que la resistencia a la insulina podría ser el nexo común entre la intolerancia a los hidratos de carbono, la obesidad, dislipemia, y la hipertensión arterial, siendo acuñada esta agregación de factores como síndrome X o síndrome metabólico (SM)<sup>3</sup>.

No existen criterios universalmente aceptados para hacer un diagnóstico de SM, aunque en la práctica los pacientes son reconocidos por sus múltiples factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Dentro de estos se pueden distinguir factores metabólicos (obesidad central, diabetes tipo 2, dislipemia, hiperuricemia), y no metabólicos (hipertensión arterial, protrombóticos, inflamatorios). Entre todos ellos, el más común es la obesidad o el sobrepeso<sup>4-6</sup>. Los criterios diagnósticos de SM son clínicos, antropométricos y/o bioquímicos y su etiología multifactorial, desempeñando la genética, y el estilo de vida (actividad física, dieta, tabaco) un papel primordial. Diferentes propuestas han sido planteadas por distintas organizaciones, dependiendo de la presencia de unos u otros FRCV en la consideración del diagnóstico<sup>7-9</sup>.

La importancia en realizar un correcto y temprano diagnóstico de SM estriba en que la agregación de distintos FRCV reporta una mayor morbimortalidad cardiovascular en la población general<sup>10</sup>. El incremento en riesgo lo es también para la mortalidad por todas las causas. Incluso, los factores asociados al SM lo son de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2<sup>11,12</sup>.

La prevalencia de SM presenta variabilidad geográfica. Existen diferencias posiblemente atribuibles a las variables principales a medir (rango de edad, raza, criterios diagnósticos utilizados para su definición, prevalencia independiente de los FRCV que configuran el SM) así como a la metodología empleada<sup>13-17</sup>. Así, se comunican datos de prevalencia en Estados Unidos (24%), donde también se publican recientemente datos de prevalencia para poblaciones con edad específica<sup>18-20</sup>. En Europa la prevalencia puede variar desde el 33,4% registrado en Turquía<sup>21</sup> al 13% registrado en Francia<sup>22</sup>, ambos con idénticos criterios definitorios. En España, los datos de prevalencia conocidos hasta la fecha también ponen en evidencia la importancia del problema en salud pública que el SM supone<sup>23-25</sup>. Especial interés en resaltar los resultados del estudio DESIRE<sup>26</sup>, con una prevalencia variable según dependiendo de criterios aplicados. Así, *World Health Organization* (OMS) (42,1%), *European Group For The Study Of Insulin Resistance* (EGIR) (26,4%) o *Third Report of the National Cholesterol Education Program* (NCEP) (22,6%).

Conocidos los datos epidemiológicos en términos de mortalidad isquémica para la provincia de Cádiz, así como la necesidad de reorganizar los servicios sanitarios de atención primaria en términos de prevención cardiovascular, el equipo investigador se plantea conocer la situación de salud para el problema a estudio. Esto es, establece como objetivo principal del presente estudio determinar la prevalencia del SM en la población general en la Bahía de Cádiz.

## Sujetos y métodos

Se diseñó estudio descriptivo, transversal, emplazándose el estudio en los Centros de Salud para Atención Primaria de las poblaciones de Cádiz, San Fernando, Puerto Real y El Puerto de Santa María, localidades todas ellas de ámbito urbano y pertenecientes al Distrito Sanitario Cádiz-Bahía-La Janda. Dichas poblaciones constituyen cuatro zonas básicas, sumando en conjunto un total de 18 centros de salud. Para la selección de participantes, se utiliza, previa autorización por parte de la gerencia del distrito de atención primaria en el que se realiza el estudio, la base de

datos poblacional unificada del Servicio Andaluz de Salud, cuya correspondencia con el censo de población general, según la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, se reconoce para la zona geográfica estudiada superior al 90%. La población total a estudio es de 307.655 personas. Se establece como criterio de inclusión estar en un rango de edad entre 20 y 70 años, criterio que cumplen 217.495 personas (nacidas después del 1/11/1934 y antes del 1/12/1984). Se calcula tamaño muestral para una prevalencia esperada del 21%, nivel de confianza del 95% y error estimado = 5,5%. Se estima un porcentaje de pérdidas del 50%, estableciéndose la muestra mínima en 316 sujetos.

Se realiza un muestreo aleatorio estratificado, constituyendo los estratos las zonas básicas de salud<sup>4</sup>, en las que se ubican 18 centros de salud. El tamaño de muestra en cada estrato es proporcional al número de personas adscritas a cada Centro. Se excluyen 1740 registros de sujetos en la base de datos en los que no aparece el Centro al que pertenecen. Se realiza selección muestral por medio del programa EPIDAT 3.0 (Consejería de Salud de la Xunta de Galicia). El equipo investigador adopta los criterios definidos en el programa para la detección de hipercolesterolemia en adultos (ATP III, 2001) (tabla 1) para determinar la presencia o no de SM en los sujetos a estudio. Se diseña un cuaderno de recogida de datos (CRD) para todas las variables a estudiar. Todos los datos son recogidos en una base de datos Microsoft "Access 2003 (Copyright" Microsoft Corporation, 1989-2002) y procesados posteriormente para el análisis estadístico con SPSS versión 12.0 SPSS Inc., 2003).

Mediante contacto telefónico, los sujetos seleccionados aleatoriamente, son invitados a participar en el estudio, citándosele en los centros de salud a dos visitas sucesivas. En la primera de ellas, tras información y consentimiento oral, se recogen datos relacionados con variables universales (edad, sexo); socioeconómicas (actividad laboral o no, nivel de ingresos: >1500; >1500<3000; >3000 euros brutos anuales) y culturales (nivel de estudios: sin estudios, estudios primarios; secundarios; superiores). A continuación de determinan sucesivas (hasta tres) mediciones de la presión arterial con esfigmomanómetro de mercurio,

así como medición de peso, talla y circunferencia abdominal. Se emplaza al sujeto a la segunda visita, siendo preciso acudir en ayunas, practicándose extracción de sangre para la obtención de datos para variables bioquímicas en laboratorio central del hospital de referencia.

#### *Análisis estadístico de datos*

Se realiza estadística descriptiva, con tablas de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, y media, desviación estándar y mediana para variables continuas. Para el análisis bivariante se realiza la prueba de  $\chi^2$  para asociación entre variables cualitativas y análisis de la varianza (ANOVA) para las cuantitativas. Para estudiar la asociación de las variables que podrían predecir la presencia de SM se realizó un análisis multivariante con un modelo de regresión logística binaria.

#### **Resultados**

Se incluyen a estudio un total de 208 sujetos. La tasa de respuesta se cifra en el 66,7%. En la figura 1 se detalla el esquema del estudio, así como el análisis de no respuesta. La edad media de los participantes fue de 46,1 (DE 12,7). El 51,3% de los sujetos fueron de sexo femenino. La prevalencia global del SM para la población estudiada es del 24,5% (IC 95% 18,7-30,3). La prevalencia del SM según la zona básica de procedencia se detalla en tabla 2. Se detallan también en la misma tabla datos en relación con la distribución de la prevalencia atendiendo a la variable edad (que fue subdividida en grupos de 20 a 35, 35 a 50 y mayores de 50 años). El nivel de estudios y el de ingresos económicos brutos anuales no se asocian a la presencia o no de SM con significación estadística. La frecuencia de aparición de los criterios definitorios con los que se mide la prevalencia de SM se detallan en la tabla 3. La circunferencia abdominal fue el criterio que más frecuentemente se asoció al diagnóstico de SM (44,7%). Tanto este criterio como el índice cintura-cadera sí aparecen asociados a la presencia del síndrome en el análisis bivariante con significación estadística.

La presencia de SM en función de variables potencialmente predictoras (zona básica, nivel de

ingresos y de formación académica) se determina mediante análisis multivariante aplicando modelo de regresión logística binaria, mostrándose los datos obtenidos en la tabla 4. Dándose igualdad en el resto de variables, la Odds ratio (OR) para la edad es de 1,049, esto es, el riesgo para presentar SM aumenta un 4,9% por cada año en aumento de edad. El sexo varón presenta una OR de 2,358. En ambas variables predictoras, existe significación estadística.

### Discusión

Los datos del presente estudio, en cuanto a la prevalencia global para la población estudiada, son similares con los publicados en otros estudios realizados en países occidentales e, incluso, en otras áreas de España, tal como se detalla en la introducción. Los datos de tasa de no respuesta, y su respectivo análisis de las causas de la misma, puede constituir una limitación para la generalización de los resultados obtenidos, recalando la dificultad que los estudios de prevalencia sobre población general entrañan en cuanto a la accesibilidad por parte del investigador a los sujetos seleccionados mediante muestreo aleatorio. En cualquier caso, el número de habitantes de la población diana, la técnica de muestreo empleada sobre la población adscrita a la base de datos utilizada en las zonas básicas estudiadas y la elevada correspondencia entre dicha fuente de datos y el censo general de población, hace, a criterio del equipo investigador, representativa la muestra.

Coherente también con la bibliografía es el incremento de la prevalencia de SM en relación directa a la edad (estimándose la odds ratio) así como la mayor prevalencia en el sexo varón. La no significación estadística en la posible asociación de variables socioeconómicas o culturales con el SM, lejos de permitir establecerse con claridad, invita a sugerir, en futuros estudios, mayor exhaustividad en el número y definición de variables relacionadas. De los resultados del estudio se desprende la mayor importancia que la obesidad central, (y posiblemente el sobrepeso) representada por la circunferencia abdominal, tiene en la aparición del SM en relación con otros FRCV. Llama la atención el alto porcentaje de pacientes incluidos a estudio en los que se datan

cifras de glucemia basal alterada (mayor de 110 mgs/dl), así como, en otros casos, cifras de tensión arterial elevadas. La realización del presente estudio forma parte del análisis de situación de salud en una zona geográfica con alta mortalidad por cardiopatía isquémica, dentro de una línea de investigación cuya próxima fase consistiría en el diseño de un programa específico de prevención cardiovascular y su sometimiento a contraste estadístico mediante un estudio cuasiexperimental de intervención, realizado íntegramente en atención primaria de salud.

### Conclusiones

La prevalencia del síndrome metabólico es elevada en la población a estudio, incluso superior a los datos de otros estudios publicados. Parece sensato, a la luz de los resultados de este y otros estudios publicados, recomendar, dado el mayor riesgo de los individuos con SM, la búsqueda oportuna, identificación y registro en la historia clínica del diagnóstico de SM, facilitando así la priorización que en prevención cardiovascular precisan estos sujetos. Se impone por tanto el diseñar y someter a experimentación programas de prevención en materia cardiovascular, así como priorizar su aplicación sobre la población con mayor riesgo, entre la que se incluye aquella con criterios de síndrome metabólico.

### Agradecimientos

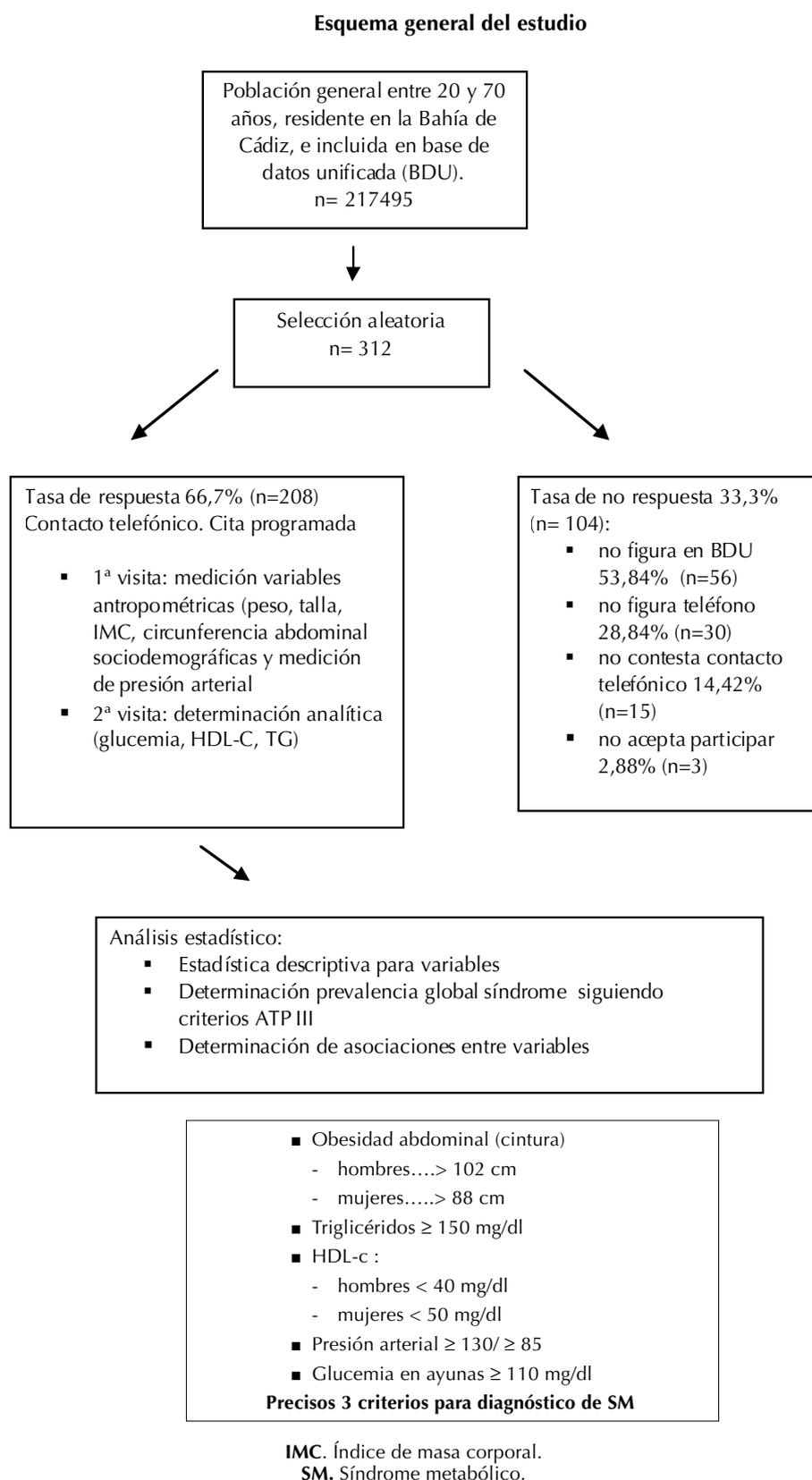
A los médicos de familia Vidal Barchilón Cohen, Enrique Alcaraz Vera, Vicente Corral Aliseda Y Fátima Ruiz Dávila como investigadores de campo; y a la fundación Pfizer España por la dotación de recursos para la realización del estudio.

### Bibliografía

1. III Plan Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2003.
2. Villar-Alvarez F, Maiques-Galán A, Brotons-Cuixat C, Torcal-Laguna J, Banegas-Banegas JR, Lorenzo-Piqueres A, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36 (Suppl 2): 11-26.
3. Reaven GM, Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*. 1988; 37: 1595-607.

4. Haffner S, Taegtmeier H. Epidemia obesity and the metabolic syndrome. *Circulation*. 2003; 108: 1541-5.
5. Becerra-Fernandez A, Martín Lázaro JF, Lucio Pérez MJ, Zorita Pérez MJ, Resistencia insulínica: Diagnóstico. En: *Síndrome Metabólico. Manual para Atención Primaria*. Antonio Becerra Fernández (editor). Madrid: Línea de comunicación; 2005; p. 91-96.
6. Aranceta J, Foz M, Gil B, Joverd E, Mantilla T, Millán J, et al. Documento de Consenso: obesidad y riesgo cardiovascular. *Clin Invest Arterioscl*. 2003; 15: 196-233.
7. Alberti KGMM, Zimmet PZ and Working group members. World Health Organization: definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO Consultation. Part 1: Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Geneva: World Health Organization; 1999.
8. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*. 2002; 106: 3143-421.
9. Balkau B, Charles MA, Drivsholm T, Borch-Johnsen K, Wareham N, Yudkin JS. Frequency of the WHO metabolic syndrome in European cohorts, and an alternative definition of an insulin resistance syndrome. *Diabetes Metab*. 2002; 28: 364-76.
10. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J, et al. The metabolic syndrome and total cardiovascular disease mortality in middle-age men. *JAMA*. 2002; 288: 2709-16.
11. Foz M, Barbany M, Remesar K, Carrillo M, Aranceta J, García-Luna PP, et al. Comisión de redacción del documento Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115: 587-97.
12. Matthews DR, Hosker JP, Rudenski AS, Naylor BA, Treacher DF, Turner RC. Homeostasis model assessment: insulin resistance and beta-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. *Diabetologia*. 1985; 28:412-9.
13. Ford ES, Giles WH. A comparison of the prevalence of the metabolic syndrome using two proposed definitions. *Diabetes Care*. 2003; 26: 575-81.
14. Alvarez A, López V, Suarez 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: 368-70.
15. Frequency of the WHO metabolic syndrome in European cohorts, and an alternative definition of an insulin resistance syndrome. *Diabetes Metab*. 2002; 28: 364-76.
16. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001; 285: 2486-97.
17. Grundy SM, Brewer B Jr, Cleeman JI, Smith SC Jr, Lenfant C. Definition of metabolic syndrome. *Circulation*. 2004; 109: 433-8.
18. Meigs JB. Epidemiology of the metabolic syndrome. *Am J Manag Care*. 2002; 8: 283-92.
19. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*. 2002; 287: 356-9.
20. Singh GK. Metabolic Syndrome in Children and Adolescents. *Cardiovasc Med*. 2006; 8: 403-413
21. Ozsahin AK, Gokcel A, Sezgin N, Akbaba M, Guvener N, Ozisik L, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in a Turkish adult population (abstract). *Diabetes Nutr Metab*. 2004; 17: 230-4.
22. Balkau B, Vernay M, Mhamdi L, Novak M, Arondel D, Vol S, et al. DESIR Study Group. The incidence and persistence of the NCEP (National Cholesterol Education Program) metabolic syndrome. The French DESIR study. *Diabetes Metab*. 2003; 29: 526-32.
23. Alvarez Leon EE, Ribas Barba L, Serra Majem L. Prevalence of the metabolic syndrome in the population of Canary Islands, Spain. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120: 172-4.
24. Alvarez-Sala LA, Suárez C, Mantilla T, Francg J, Ruilope LM, Banegas JR, et al. Estudio Preventcat: control del riesgo cardiovascular en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124: 406-10.
25. Banegas JR, Ruilope LM. Epidemia de enfermedades metabólicas. Una llamada de atención. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120: 99-100.
26. Ascaso J, Gabriel R, Franch J, Goday A, Fernández de Bobadilla J, Ortega R, et al. Grado de concordancia de los distintos criterios que definen el síndrome metabólico en el estudio DESIRE. *Avances en Diabetologia*. 2004; 20: 23.

**Tabla 1.** Criterios ATP III para diagnóstico de síndrome metabólico



**Tabla 2.** Análisis bivariante para la presencia de síndrome metabólico en función de sexo, grupo de edad, nivel académico, nivel de ingresos y zona básica de salud.

Variables	Síndrome Metabólico		Chi cuadrado
	%	IC 95%	P
<b>Sexo</b>			<b>0,019*</b>
<i>Hombre</i>	<b>34,8%</b>	25,1% - 44,5%	
<i>Mujer</i>	<b>19,6%</b>	11,7% - 27,5%	
<b>Grupo de edad</b>			<b>0,004*</b>
<i>De 20 a 35 años</i>	<b>13,0%</b>	3,3% - 22,7%	
<i>De 36 a 50 años</i>	<b>20,6%</b>	11,0% - 30,2%	
<i>De 51 a 70 años</i>	<b>38,6%</b>	27,2% - 50,0%	
<b>Nivel de estudios</b>			0,964
<i>Sin estudios</i>	27,3%	8,7% - 45,9%	
<i>Estudios primarios</i>	27,6%	17,5% - 37,7%	
<i>Estudios secundarios</i>	24,2%	13,5% - 34,9%	
<i>Estudios superiores</i>	24,0%	7,3% - 40,7%	
<b>Nivel de ingresos anuales</b>			0,280
<i>Menos de 15.000 €</i>	21,2%	11,3% - 31,1%	
<i>Entre 15.001 € y 30.000 €</i>	28,6%	20,0% - 37,2%	
<i>Más de 30.001 €</i>	38,9%	16,4% - 61,4%	
<b>Zona Básica de Salud</b>			0,476
<i>Cádiz</i>	29,5%	20,8% - 38,2%	
<i>Puerto Real</i>	26,3%	6,5% - 46,1%	
<i>El Puerto de Santa María</i>	17,5%	5,7% - 29,3%	
<i>San Fernando</i>	32,0%	13,7% - 50,3%	

\* Indica significación estadística

**Tabla 3.** Análisis bivariante de factores de riesgo para SM en función de la variable "sexo".  
Valores en formato: Media (Desviación típica)

Variables	Variable Sexo		ANOVA
	Hombre	Mujer	P
<b>Edad</b> (años)	45 (12,9)	47 (12,6)	0,483
<b>Perímetro abdominal</b> (cm)	<b>100 (12,4)</b>	<b>90 (15,3)</b>	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Índice cintura-cadera</b>	<b>0,97 (0,088)</b>	<b>0,87 (0,094)</b>	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Índice Masa Corporal</b>	28,4 (4,44)	28,1 (8,42)	0,769
<b>PA sistólica</b> (mmHg)	<b>133 (18,9)</b>	<b>127 (18,7)</b>	<b>0,023*</b>
<b>PA diastólica</b> (mmHg)	<b>82 (11,2)</b>	<b>76 (10,7)</b>	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Glucemia basal</b> (mg/dl)	105 (23,1)	102 (28,1)	0,410
<b>Colesterol total</b> (mg/dl)	216 (37,0)	210 (38,5)	0,269
<b>Colesterol HDL</b> (mg/dl)	<b>52 (12,3)</b>	<b>61 (14,2)</b>	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Colesterol LDL</b> (mg/dl)	139 (40,7)	134 (36,7)	0,399
<b>Triglicéridos</b> (mg/dl)	<b>157 (92,7)</b>	<b>125 (77,2)</b>	<b>0,010*</b>

\* Indica significación estadística

**Tabla 4.** Modelo de regresión logística multivariante para la variable "Síndrome Metabólico".

Variables	$\beta$	Odds Ratio	IC 95%	P
<b>Edad</b>	0,048	1,049	1,015 – 1,086	<b>0,005*</b>
<b>Sexo</b>				<b>0,028*</b>
<i>Mujer</i>		1		
<i>Hombre</i>	0,858	2,358	1,097 – 5,068	
<b>Nivel de estudios</b>				0,980
<i>Sin estudios</i>		1		
<i>Estudios primarios</i>	0,183	1,201	0,346 – 4,166	
<i>Estudios secundarios</i>	0,019	1,019	0,244 – 4,264	
<i>Estudios superiores</i>	0,055	1,057	0,207 – 5,390	
<b>Nivel de ingresos anuales</b>				0,701
<i>Menos de 15.000 €</i>		1		
<i>Entre 15.001 € y 30.000 €</i>	0,299	1,348	0,574 – 3,325	
<i>Más de 30.001 €</i>	0,592	1,808	0,426 – 7,680	
<b>Zona Básica de Salud</b>				0,741
<i>Cádiz</i>		1		
<i>Puerto Real</i>	-0,014	0,986	0,278 – 3,496	
<i>El Puerto de Santa María</i>	-0,285	0,752	0,255 – 2,216	
<i>San Fernando</i>	0,438	1,549	0,543 – 4,418	

\* Indica significación estadística

$\beta$  = Coeficiente de regresión IC 95% = Intervalo de confianza al 95%

## ORIGINAL BREVE

## Brote de brucelosis interprovincial por ingesta de queso fresco sin higienizar

Barroso García P<sup>1</sup>, Lucerna Méndez MaA<sup>2</sup>, Cortés Majo M<sup>3</sup>, Toranzo Luna M<sup>4</sup>, Escabias Machuca FJ<sup>5</sup>, Molina Cano F<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Sección de Epidemiología. Distrito Sanitario de Atención Primaria Levante-Alto Almanzora (Almería). <sup>2</sup> Servicio de Prevención. Hospital de Poniente (Almería). <sup>3</sup> Sección de Epidemiología. Distrito Sanitario Sevilla Sur. <sup>4 5 6</sup> . Centro de Salud de Vélez-Rubio. Zona Básica de Salud de Los Vélez.

### BROTE DE BRUCELOSIS INTERPROVINCIAL POR INGESTA DE QUESO FRESCO SIN HIGIENIZAR

**Objetivo:** Investigar un brote de brucelosis declarado en agosto de 2004 en Vélez-Rubio (Almería), para determinar fuente de infección, mecanismo de transmisión y proponer medidas de prevención.

**Diseño:** Estudio descriptivo y de casos-controles apareados (se seleccionaron tres controles por caso).

**Emplazamiento:** Centros de Salud de Vélez-Rubio y Alcalá de Guadaira.

**Población:** Caso sospechoso/probable: persona con clínica compatible y aglutinación a *Brucella* positiva, diagnosticado entre julio de 2004 y marzo de 2005; caso confirmado: cuando además se identificó agente causal o comprobó seroconversión. Intervenciones: Como fuentes de información se utilizaron fichas de declaración de enfermedad, encuestas epidemiológicas, historias clínicas e información microbiológica. Se calcularon odds ratio (OR) e intervalos de confianza para estudiar relación entre casos, fuente de infección y mecanismos de transmisión. Se utilizó el test de Chi-cuadrado y corrección de Yates.

**Resultados:** Se identificaron 10 casos (9 en Almería y 1 en Sevilla), 8 probables y 2 confirmados; con edades entre 45 y 81 años. Los síntomas se iniciaron entre mayo y septiembre de 2004. El más frecuente fue fiebre (100%). La OR para ingesta de queso fresco sin higienizar fue de 112 (IC 4,48-16968,94),  $p < 0,001$ . Se intervino el ganado fuente de infección.

**Conclusiones:** Se confirmó brote de brucelosis interprovincial por el consumo de queso fresco sin higienizar procedente de venta ambulante. Se identificó la fuente de infección y se realizaron actuaciones por parte de Agricultura.

**Palabras clave:** Brote epidémico, brucelosis, transmisión por ingesta.

### A BRUCELOSIS OUTBREAK IN TWO PROVINCES ATTRIBUTED TO THE CONSUMPTION OF FRESH, NON-PASTEURIZED CHEESE

**Goal:** To study an August 2004 outbreak of brucellosis notified in Vélez-Rubio (Almería) and to determine the source of that infection as well as its transmission mechanisms, in addition to proposing preventive measures.

**Methodology:** Descriptive study and paired case controls (three controls were selected for each case).

**Setting:** Health Centers in de Vélez-Rubio (Almería) and Alcalá de Guadaira (Seville).

**Population:** Suspected/probable case: a person with compatible clinical symptoms and positive *brucella agglutination* diagnosed between July 2005 and March 2005. Confirmed case: in addition to identifying the causal agent, laboratory test results resulted in a confirmation.

**Interventions:** Report forms, epidemiological surveys, clinical histories, and laboratory tests were used as sources of data. Odds ratios (OR) and confidence intervals were calculated to study the relationship among cases, sources of infection, and transmission mechanisms. The Chi Square test and Yates correction were employed.

**Results:** 10 cases were identified (9 in Almería and 1 in Seville), 8 of them probable and 2 confirmed, in persons between the ages of 45 and 81. The symptoms first appeared between the months of May and September 2005. Fever was the most frequent symptom (100%). The OR for the consumption of fresh, non-pasteurized cheese was 112 (CI 4,48-16968,94),  $p < 0,001$ . Infected animals were intervened.

**Conclusions:** The inter-provincial outbreak of brucellosis was confirmed as stemming from the consumption of non-pasteurized cheese sold on the street. The source of infection was identified and the Department of Agriculture carried out the necessary actions.

**Key words:** epidemiological outbreak, brucellosis, transmission by consumption.

Correspondencia: Pilar Barroso García. Distrito Sanitario de Atención Primaria Levante-Alto Almanzora. C / Silvestre Martínez de Haro S/N. 04600 Huércal-Overa (Almería). Telf. 950029700 - FAX 950029706. e-mail: mariap.barroso.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 10-05-2006; aceptado para publicación el 14-09-2006.

Medicina de Familia (And) 2007; 2: 27-32.

## Introducción

En España, la brucelosis continúa siendo la principal zoonosis, aunque la evolución de la incidencia humana ha presentado un descenso continuado desde 1984, con el valor más bajo en el año 2004<sup>1</sup>. Esta disminución de tasas hace que España se sitúe por debajo de Portugal y Turquía, en niveles similares a los de Italia y Grecia, pero aún superiores a las de Francia<sup>2</sup>. La brucelosis humana en España está producida en más del 95% de los casos por *Brucella melitensis*, por ello, es una enfermedad muy relacionada con la brucelosis ovina y caprina<sup>3</sup>.

En algunos casos la enfermedad se sigue presentando en forma de brotes epidémicos. En la revisión bibliográfica realizada se han encontrado estudios de brotes en los últimos años en España, no así en otros países. La mayoría se debe a ingesta de lácteos sin higienizar como los notificados en Ciudad Real<sup>4</sup> y Córdoba<sup>5</sup>. En algunas ocasiones, los casos pueden deberse a otro mecanismo de transmisión, y tienen relación con la actividad profesional, como el brote producido por vía aérea en trabajadores de un matadero<sup>6</sup>, o la mayor seroprevalencia descrita en trabajadores de una planta de tratamiento de residuos biosanitarios<sup>7</sup>.

El día 2 de agosto de 2004, el servicio de Preventiva del hospital "La Inmaculada" de Huércal-Overa comunicó un caso de brucelosis, vinculado con otro previo declarado el 7 de julio, ambos del municipio de Vélez-Rubio y relacionados con la ingesta de queso fresco de elaboración artesanal. Posteriormente se relacionaron más casos, uno de ellos en Alcalá de Guadaira (Sevilla).

Vélez-Rubio pertenece a la Zona Básica de Salud de Los Vélez, zona en la que se mantienen tasas elevadas de brucelosis, en su mayoría por transmisión por contacto, no habiéndose notificado brotes alimentarios en los últimos años. El objetivo del estudio fue la investigación del brote para determinar la fuente de infección, el mecanismo de transmisión y proponer las medidas de prevención oportunas.

## Metodología

Se realizó una investigación epidemiológica en el municipio afectado para identificar vehículo de

transmisión y fuente de infección, describir el brote y llevar a cabo las medidas de prevención y control.

Se informó a los médicos de Atención Primaria de la zona de la existencia de estos casos, para que realizaran diagnóstico diferencial de enfermos con clínica compatible, y se identificaran posibles casos asintomáticos mediante búsqueda activa. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de las variables de persona, lugar y tiempo y un estudio de casos-controles apareados.

Se realizó una encuesta epidemiológica por parte del veterinario y médicos del Centro de Salud de Vélez-Rubio y Alcalá de Guadaira en la que se estudiaban las variables de: sexo, edad, domicilio, profesión, fecha de inicio de síntomas, sintomatología, ingreso hospitalario, datos de laboratorio y datos para identificación de la fuente de infección (contacto con animales, ingesta de leche u otros productos no higienizados). Para elaborar dicha encuesta epidemiológica, se eligió un cuestionario utilizado previamente en otros brotes<sup>5</sup>, adaptado a nuestro ámbito de estudio.

Los casos se relacionaron con residir o tener familiares o amigos en Vélez-Rubio y fuente de infección común. Se consideró caso sospechoso/probable a aquella persona con clínica compatible (aparición aguda o insidiosa de fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, anorexia, astenia, pérdida de peso, cefalea, artralgias, esplenomegalia y linfadenopatías) entre julio de 2004 y marzo de 2005, además de una prueba Rosa de Bengala positiva o aglutinación mayor a 1/160, y caso confirmado cuando además se identificó agente causal o se comprobó seroconversión (incremento del cuádrupo o más en dos muestras con 15 días de diferencia con técnicas de aglutinación en tubo o equivalentes).

Teniendo en cuenta estudios previos<sup>5</sup>, se definió control a aquella persona que había acudido al Centro de Salud de Vélez-Rubio o de Alcalá de Guadaira 5 días antes o después de la fecha de inicio de síntomas del caso, del mismo sexo, con una diferencia de 5 años por encima o debajo de la edad del caso y con el mismo médico de Atención Primaria. Si no se encontraba ningún control que cumpliera estos criterios, perteneciente al mismo médico, se elegiría de otra de las con-

sultas del Centro de Salud. Se les solicitó su consentimiento verbal para su participación en la encuesta epidemiológica.

Para el estudio casos-contróles se estudió un caso de cada familia para evitar sobrerrepresentación en el análisis de datos y tres controles por cada caso.

Como fuentes de información se utilizaron las fichas de declaración de enfermedad, encuestas epidemiológicas, historias clínicas e información microbiológica. Los datos se analizaron con el Programa Epiinfo. Se calcularon OR e intervalos de confianza para estudiar la relación entre casos, fuente de infección y mecanismos de transmisión. Se utilizó el test de Chi-cuadrado y la corrección de Yates.

Se comunicó a la Oficina Comarcal Agraria de Agricultura la posible fuente de infección para que se llevaran a cabo las actuaciones necesarias en el ganado.

## Resultados

Se identificaron 10 casos (9 en Vélez-Rubio y 1 en Alcalá de Guadaíra), 8 probables (aglutinaciones positivas a *Brucella spp.*) y 2 confirmados (hemocultivo positivo o seroconversión), que pertenecían a 7 familias distintas. De esas familias se identificaron un total de 28 expuestos, se recogieron muestras clínicas de todos ellos, y se detectaron 3 personas asintomáticas con aglutinaciones positivas a *Brucella spp.* a los que se les puso tratamiento, pero no fueron incluidos entre los casos del brote.

Las edades oscilaron entre 45 y 81 años con media de 61,2 y desviación estándar de 13,1. El grupo de edad con más casos fue el de 50 a 59 años con 4 (40%), seguido del de 70 a 79 años con 3 casos (30%). El 60% de los casos fueron mujeres y el 40% hombres.

Los síntomas se iniciaron entre mayo y septiembre de 2004 (Figura 1). El diagnóstico y declaración de los casos se realizó entre julio de 2004 y marzo de 2005, a partir de ese momento no se notificaron más casos relacionados. El síntoma más frecuente fue la fiebre (100%) y como complicaciones se presentaron, una orquitis, una meningitis y una espondilodiscitis (Tabla 1). Los afectados con estas complicaciones precisaron

hospitalización. En la encuesta epidemiológica pudo conocerse que se habían ingerido quesos frescos entre los meses de marzo y julio de 2004, que procedían de venta ambulante y de elaboración casera. La persona que elaboraba los quesos también resultó afectada.

Para el estudio casos-contróles se estudió un caso de cada familia (7 casos) y tres controles por cada caso (21 controles). La OR para ingesta de queso fresco sin higienizar de elaboración artesanal fue de 112 (IC 4,48-16968,94),  $p < 0,001$  (Tabla 2). No se pudieron obtener muestras de dicho alimento para estudio. Se intervino el ganado fuente de infección (451 ovinos y 40 caprinos, de ellos fueron positivos 159 y 5 respectivamente, realizándose sacrificio de éstos) y se comunicó la alerta al Ayuntamiento implicado.

## Discusión

La forma de aparición temporo-espacial de los casos, y su relación epidemiológica nos confirma la presencia de un brote de fuente común. Aunque como en otros brotes estudiados<sup>4</sup>, su detección no fue rápida. En este aspecto influyó en primer lugar, que un primer caso detectado en julio, no informara sobre la procedencia del queso consumido; y en segundo lugar la forma de aparición de los síntomas, como meningitis en el segundo caso, y como orquitis en el caso relacionado en otra provincia, el cual no fue correctamente diagnosticado hasta meses posteriores al inicio de síntomas. Esto unido al hecho de que es una enfermedad con un período largo de incubación hizo que al igual que en otros brotes notificados<sup>5</sup>, cuando se detectó ya no quedarán muestras de alimentos para estudio, pues este tipo de productos se elaboraron en los meses de primavera. Aunque algunos afectados indicaban que se los habían regalado se consideró brote en establecimiento público por venta ambulante, además todos los casos estaban relacionados por lazos familiares y de amistad. El hecho de tratarse de una venta clandestina hizo que no se pudiera conocer el número exacto de expuestos con lo que hubo que estimarlos a través de las familias afectadas, y la detección fue lenta. Hubo algunos miembros de las familias que indicaban haber consumido queso y no se habían afectado, esto

podría deberse a que al parecer se elaboraron quesos en varios meses y puede que no todos comieran de los quesos afectados.

El número de afectados fue el resultado de una búsqueda activa a raíz de la declaración del brote, indicando a los médicos la necesidad de diagnóstico diferencial ante cuadro compatible y de realizar serologías en personas relacionadas, aunque no presentasen clínica. De esta forma se detectaron casos asintomáticos, como en otros brotes estudiados<sup>4,5</sup>. A partir de marzo de 2005 no se detectaron más casos relacionados, esto hace pensar que los casos detectados fuesen los realmente afectados en el brote. En el estudio casos-controles, se realizó el apareamiento tomando un caso de cada familia para evitar sobrerrepresentación en el análisis de datos<sup>5</sup>. A los controles no se les realizó analítica, aspecto que habría que tener en cuenta en este tipo de estudios, dado que al ser la brucelosis una enfermedad que puede presentarse de forma asintomática, se podría cometer un sesgo de selección. El análisis epidemiológico de las variables estudiadas dio como resultado la asociación con la ingesta de queso fresco sin higienizar procedente de venta ambulante como vehículo de infección, esto no se pudo comprobar con examen microbiológico de alimentos, suponiendo una limitación al estudio, aunque sí de forma similar a otros trabajos<sup>4,5</sup> a través del estudio del ganado fuente de infección. Se descartó como vía de contagio el contacto directo con animales de riesgo dado que sólo un caso lo refería. También se descartó la leche como potencial alimento origen del brote dado que los casos consumían leche pasteurizada de origen industrial. No se consideró el queso curado por no suponer un riesgo en la transmisión de la brucelosis.

Aunque no se dispone de información sobre serotipo en las muestras humanas, teniendo en cuenta el análisis epidemiológico y estadístico, podríamos suponer que estuvo producido por *Brucella melitensis* dado que más de un 95% de la brucelosis en humanos en España está producida por esta especie<sup>3</sup> y porque la batería utilizada en el laboratorio de sanidad animal está relacionada con este serotipo.

Los afectados de Alcalá de Guadaíra pudieron relacionarse en el brote cuando indicaron que unos amigos (también afectados) los habían visi-

tado en su localidad de residencia y les habían regalado un queso procedente de Vélez-Rubio. En todo momento se mantuvo informado al Ayuntamiento del municipio que es el encargado de controlar la venta ambulante.

A pesar de las medidas que se están llevando a cabo para el control de la enfermedad en los últimos años (en concreto en esta Zona Básica se habían realizado entre otras, actuaciones de educación sanitaria sobre grupos de riesgo), no parecen lo suficientemente eficaces para controlar estas situaciones, de ahí la necesidad de seguir insistiendo en ellas. Un hecho a tener en cuenta es que la explotación ganadera estaba libre de brucelosis en un control realizado en diciembre del 2003, según datos de la Oficina Comarcal Agraria de Los Vélez, aunque como antecedentes esta ganadería en el año 2000 dio 4 ovinos positivos. En el chequeo realizado a raíz del brote en septiembre de 2004 se investigó el ganado de la explotación compuesto por 451 ovino y 40 caprinos, con resultado de 159 ovinos y 5 caprinos positivos, procediéndose al sacrificio de éstos. Este cambio de situación del ganado podría deberse a que el ganadero introdujera algún animal sin control sanitario, o a que lo haya tenido en pastos comunes (un ganado vecino era positivo), además el rebaño no estaba vacunado con la vacuna Rev-1; algunos de estos aspectos han sido indicados por otros autores como causa de mayor seroprevalencia en ganado<sup>8</sup>. Con la actual Ley de Sanidad animal<sup>9</sup> se ha dado un paso importante en la lucha contra esta enfermedad ya que permite la posibilidad de poner sanciones ante estas situaciones.

A lo largo del período de la investigación se realizaron medidas de control y recomendaciones. Por un lado como ya se ha indicado, se sacrificó el ganado afectado, además, los veterinarios de la Oficina Comarcal Agraria han informado en varias ocasiones al ganadero sobre la necesidad de control sanitario de los animales que se introducen en la explotación y se ha recomendado la vacunación en pequeños rumiantes. La ganadería va a continuar en seguimiento por parte de Agricultura. Este brote ha producido un aumento de casos en una provincia que habitualmente mantiene una tasa más elevada que la media de Andalucía.

La morbilidad por brucelosis ha sido uno de los problemas de salud priorizados en el III Plan Provincializado en Almería<sup>10</sup>. Con este motivo se organizan periódicamente reuniones provinciales con representantes de todas las Oficinas Comarcales Agrarias, Distritos Sanitarios, Delegación de Salud y de Agricultura; se realiza un seguimiento individualizado de los casos declarados y se desarrollan otras actuaciones para disminuir morbilidad en pequeños rumiantes. En relación con este Plan y debido a la aparición del brote se llevó a cabo una reunión con el Ayuntamiento del municipio afectado, se analizó la situación y se insistió en la necesidad de control de la venta ambulante, y de concienciación a la población del consumo de productos con control sanitario.

### Bibliografía

1. Sánchez Serrano LP, Ordóñez Banegas P, Díaz García MO, Torres Frías A. Human and animal incidence of brucellosis declining in Spain. *Eurosurveillance Weekly* 2005; 10.
2. Ariza J. Brucelosis en el siglo XXI. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 339-44.
3. Blasco JM. Estado actual de la brucelosis en España. *Profesión veterinaria* 2004; 15: 22-34.
4. Castell Monsalve J, Rullán JV, Peiró Callizo EF, Nieto-Sandoval Alcolea A. Estudio de un brote epidémico de 81 casos de brucelosis consecutivo al consumo de queso fresco sin pasteurizar. *Rev Esp Salud Publica* 1996; 70: 303-311.
5. Méndez Martínez C, Páez Jiménez A, Cortés Blanco M, Salmoral Chamizo E, Mohedano Mohedano E, Plata C et al. Brucellosis outbreak due to a pasteurized raw goat cheese in Andalucía (Spain), January-March 2002: *Eurosurveillance* 2003; 8: 164-168.
6. Rodríguez Valín ME, Pousa Ortega A, Pons Sánchez C, Larrosa Montañés A, Sánchez Serrano LP, Martínez Navarro F. La brucelosis como enfermedad profesional: Estudio de un brote de transmisión aérea en un matadero. *Rev Esp Salud Publica* 2001; 75: 159-170.
7. López Hernández B, Almagro Nieves D, Cabrera Castillo MJ. Seroprevalencia de brucelosis en los trabajadores de una planta de tratamiento de residuos biosanitarios. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 376-7.
8. Lithg-Pereira PL, Rojo-Vazquez FA, Mainar-Jaime RC. Case-control study of risk factors for high within-flock small-ruminant brucellosis prevalence in a brucellosis low-prevalence area. *Epidemiol Infect* 2004; 132: 201-10.
9. Boletín Oficial del Estado. Ley 8/2003, de 24 de abril, de sanidad animal. BOE núm. 99, 25/04/2003.
10. III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2003.

**Tabla 1.** Distribución de frecuencias de síntomas y complicaciones entre los casos encuestados

Síntomas	N.º afectados	Porcentaje (%)
Fiebre	10	100
Artralgias	7	70
Mialgias	6	60
Astenia	6	60
Malestar general	6	60
Escalofríos	5	50
Sudoración	4	40
Pérdida de peso	3	30
Total	10	100

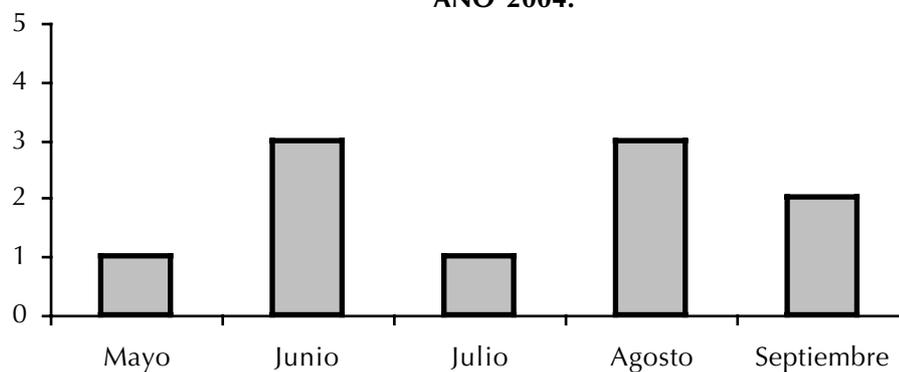
Complicaciones	N.º afectados	Porcentaje (%)
Orquitis	1 de 4 hombres	20
Meningitis	1	10
Espondilodiscitis	1	10

**Tabla 2.** Estudio analítico de los factores de riesgo

Factores de riesgo	SI		NO		OR	Intervalo confianza 95%
	caso	control	caso	control		
Posee ganado	1	4	6	17	0,71	(0,02-9,92)
Contacto con animales	1	5	6	16	0,53	(0,02-6,98)
Ingesta de queso	7	18	0	3	1,17	(0,08-34,57)
Ingesta de queso fresco	7	12	0	9	5,25	(0,47-135,14)
Ingesta queso fresco artesanal	7	1	0	16	112	(4,48-16968,94)

**Figura 1**

**CURVA EPIDÉMICA SEGÚN FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS.  
AÑO 2004.**



## ARTÍCULO DE REVISIÓN

## La visita domiciliaria como escenario para la prevención

Alba Talero LH, MD<sup>1</sup>, Murillo Moreno RH, MD<sup>2</sup><sup>1</sup> MD, Especialista en medicina familiar. Departamento de Medicina Preventiva, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.<sup>2</sup> MD, Magíster en salud pública. Instituto Nacional de Cancerología de Colombia**Resumen**

La transición epidemiológica y sus costos en salud imponen retos al desarrollo de tecnologías sanitarias. La visita domiciliaria se propone no sólo como estrategia para el cuidado de pacientes sino como medio para la prevención. Son ventajas de este enfoque el acceso a información no perceptible en otros escenarios, la evaluación del entorno y una mejor relación médico-paciente que conlleva mayor adherencia a la prescripción preventiva. La visita domiciliaria preventiva incluye tres etapas: preparación (enfoque, población objetivo, revisión de información, elaboración del plan), ejecución (creación de contextos, mapas relacionales, prescripción, suministro), y evaluación (seguridad, eficacia, utilidad, impacto económico). Su implementación debe considerar el impacto organizativo ya que un portafolio con escenarios alternos favorece la satisfacción y calidad de vida de los usuarios, pero requiere estrategias costo-efectivas dirigidas a grupos vulnerables (niños, ancianos, hipertensos, diabéticos), como complemento de los servicios asistenciales y las acciones preventivas adelantadas en los servicios de salud. Palabras claves: atención domiciliaria, visita domiciliaria, efectividad, prevención.

**Introducción**

La transición epidemiológica observada en la mayoría de países del mundo impone retos espe-

ciales para los sistemas de salud y para el desarrollo de tecnologías sanitarias.

En el año 2.000 las enfermedades crónicas fueron la primera causa de muerte y discapacidad. Estos desórdenes en conjunto representaron el 60% de la mortalidad, estimándose que para el año 2.020 contribuirán a más del 60% de la carga global de enfermedad<sup>1</sup>. Una de sus consecuencias es la repercusión en los costos directos de los tratamientos y en la demanda general de servicios asistenciales. En algunos países este grupo de causas representa el 21% del total de costos en salud, y ellas son además responsables de la mayor proporción de pérdida de ingresos por muerte prematura<sup>2</sup>. Al respecto, la OMS ha puesto de manifiesto la inexperiencia de los sistemas de salud para abordar este tipo de enfermedades<sup>3</sup>.

Sin que existan acuerdos absolutos sobre las estrategias para enfrentar la carga de enfermedad, en términos generales, las intervenciones preventivas han mostrado beneficios en áreas como la salud mental, las enfermedades infecciosas, los accidentes y las enfermedades crónicas<sup>4, 5, 6, 7, 8, 9</sup>. Adicionalmente, desde la perspectiva de costo-efectividad, la atención domiciliaria se ha incorporado de forma progresiva como una tecnología útil en diferentes entornos incluido el manejo de enfermedades crónicas. Entre 1980 y 1996 la atención en casa se incrementó en más de 400% en los Estados Unidos y el número de agencias que prestan este tipo de atención lo hizo en un 200%<sup>10</sup>, con servicios que incluyen desde la hospitalización domiciliaria hasta ayuda social como el lavado de ropa, la alimentación y la administración de medicamentos.

El domicilio se ha utilizado en menor proporción como escenario para la promoción de la salud y

Correspondencia: Luz Helena Alba Talero. Calle 73 # 0-16 apartamento 401. Bogotá DC, Colombia. Teléfono: 57-1-3208320 extensión 4655. Fax: 57-1-2889273. e-mail: lalba@javeriana.edu.co

Recibido el 25-08-2006; aceptado para publicación el 18-09-2006.

Medicina de Familia (And) 2007; 2: 33-44.

la prevención de problemas como el maltrato infantil y los accidentes. No obstante, esta faceta del cuidado en casa no ha sido adecuadamente estructurada y organizada y no hay evidencia suficiente acerca de sus resultados, a pesar de que en términos teóricos ofrece, frente a otros escenarios, ventajas reales, debido entre otras razones a que brinda información no perceptible en otros espacios y favorece una mejor relación médico paciente y por tanto una mayor adherencia a la prescripción realizada por los profesionales de salud<sup>11</sup>.

Este artículo presenta un marco para la realización de actividades preventivas en el domicilio considerando las fases de preparación, ejecución y evaluación de las mismas.

#### *Aspectos metodológicos*

La revisión de literatura se orientó a buscar publicaciones científicas que ayudaran a responder ¿Cuál es la efectividad de las acciones preventivas en el domicilio? ¿Cuáles factores se relacionan con su efectividad? y ¿Cuáles modelos de atención preventiva domiciliaria existen? La búsqueda se realizó en Medline, en revistas de medicina familiar y en textos de visita domiciliaria. El tipo de artículos considerados comprende meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y series de casos. Los artículos de revisión y los textos apoyaron la conceptualización del domicilio como espacio para la prevención y los modelos de atención domiciliaria. Se excluyeron artículos o capítulos de texto centrados en la atención domiciliaria como espacio para la atención de enfermedades.

#### **Ventajas y desventajas de la visita domiciliaria como escenario para la prevención**

Una de las ventajas más relevantes de la realización de actividades preventivas en el hogar es la mayor información sobre el entorno familiar y sobre recursos de apoyo social, aspectos fundamentales en la valoración integral del individuo y en la elaboración del perfil de riesgo biopsicosocial (Tabla 1). Estas variables no son fácilmente evaluables en otros escenarios de la asistencia sanitaria por los cortos tiempos de consulta y por

la rápida solución que requieren los problemas médicos que demandan atención con mayor frecuencia. En cuidado primario, los tiempos de atención llegan a reducirse hasta 10 minutos y hasta 82% de los motivos de consulta pueden relacionarse con patologías (agudas y crónicas) que requieren una acción curativa puntual y oportuna<sup>12</sup>. A pesar de que hay mayor satisfacción de los pacientes con promedios de consulta superiores a 15 minutos, este estándar es cada vez más difícil de sostener en las condiciones actuales de los servicios de salud<sup>13</sup>.

El encuentro con el paciente y su familia en el domicilio, permite obtener, de forma relativamente sencilla (observación directa y preguntas simples), información suficiente para caracterizar el grupo acerca de las interrelaciones y el soporte que distintos integrantes se proporcionan entre sí, así como sobre la presencia de otros recursos. Esta información posibilita identificar la vulnerabilidad individual y familiar frente a condiciones específicas, la capacidad de adaptación a la enfermedad, la respuesta aguda a procesos determinados, el grado de adherencia a los tratamientos y el uso de soporte social concreto para el manejo de condiciones bien definidas y favorece por tanto una prescripción más precisa y mejor orientada para la promoción de la salud y la reducción de riesgos<sup>14, 15, 16, 17, 18</sup>.

De otra parte, la visita domiciliaria facilita la evaluación de factores medio ambientales como la exposición a agentes biológicos y físicos, la influencia de factores químicos o radiación, y el efecto de aspectos arquitectónicos y de ingeniería<sup>19, 20</sup>. Lugares como el baño y la cocina, y actividades como la preparación de alimentos y la limpieza se mencionan como reservorios de microorganismos y como mecanismos frecuentes en la transmisión de enfermedades<sup>21</sup>. La higiene personal y del área física son claves para disminuir el impacto de enfermedades infecciosas originadas en el hogar, y la visita domiciliaria representa una oportunidad sin igual para actuar en ese sentido<sup>22</sup>.

Desde la perspectiva clínica el estudio de condiciones ambientales ha estado particularmente asociado a las enfermedades infecciosas, sin embargo, el mismo análisis reviste importancia en rela-

ción con las enfermedades crónicas. En este sentido, considerar tiempo, frecuencia e intensidad de la exposición, además de verificar la presencia del agente (ruido, humo de tabaco, plomo, mercurio, pesticidas, etc.), permite precisar la estimación del riesgo y los nexos de causalidad, así como orientar la intervención hacia la limitación del contacto con fines preventivos, la detección de manifestaciones tempranas asociadas a la exposición o la intervención oportuna de efectos crónicos.

La identificación del riesgo de accidentes es otro aspecto relevante del análisis ambiental. Las características del inmueble (ventanas, escaleras, pisos, etc.), la existencia de barreras arquitectónicas y la ubicación y calidad de la iluminación se relacionan con la ocurrencia de caídas, especialmente en niños y ancianos. En la población anciana hasta un 85.5 % de las caídas tienen su origen en causas extrínsecas potencialmente modificables<sup>23</sup>. Los accidentes más frecuentes en el hogar son caídas, quemaduras, intoxicaciones y asfixias<sup>24</sup>. Las quemaduras ocurren con mayor frecuencia en la cocina o en el baño y en este caso la población pediátrica es la más afectada con una relación inversa entre edad y prevalencia de presentación<sup>25</sup>. La información específicamente orientada a grupos vulnerables ha demostrado ser efectiva para prevenir accidentes<sup>26, 27, 28, 29</sup>, lo que es más factible si los riesgos se identifican de manera objetiva. La educación sobre modificación de riesgos para caídas realizada en visita domiciliaria reduce hasta en 31% estos accidentes<sup>30</sup>, y hasta 72% de quienes los han experimentado perciben una disminución significativa de los mismos luego de modificar el domicilio<sup>31</sup>.

En relación con la salud mental la atención domiciliaria también brinda oportunidades de diagnóstico e intervención. La falta de intimidad y de tranquilidad a causa del hacinamiento y de la insuficiencia de espacio influyen negativamente en el desarrollo de los niños y se relacionan con mayor frecuencia de problemas como el incesto y la violencia intrafamiliar<sup>20</sup>. La relación entre espacio, condiciones físicas del hogar y salud mental constituye un campo de investigación actual por sus conexiones directas e indirectas. La ubicación de la residencia en los pisos más elevados de grandes edificios se asocia con altas pre-

valencias de trastornos psicosociales en mujeres y niños, el hacinamiento y los altos niveles de ruido con estados elevados de estrés, los malos olores y la contaminación ambiental con aumento en los trastornos de comportamiento, y la inadecuada iluminación con mayor prevalencia de depresión<sup>32</sup>.

De otra parte, el encuentro domiciliario, por darse en un ambiente más íntimo, favorece el acercamiento al paciente y a la familia como grupo de apoyo social, permitiendo fortalecer o mejorar la relación y la comunicación médico-paciente; lo que a su vez facilita que uno y otro expresen más libremente sentimientos, creencias, pensamientos e incluso temores frente a la enfermedad y sus factores de riesgo, o frente a los tratamientos y recomendaciones médicas. Efecto de ello es un incremento en la detección de problemas de salud y en las recomendaciones generadas. Algunos programas de visita domiciliaria documentan, en promedio, cuatro nuevos diagnósticos al realizar desplazamientos al hogar sistemáticamente (de los cuales, al menos 23% podrían haber impactado la salud de forma considerable), y generan ocho nuevas recomendaciones por paciente<sup>33</sup>.

En contraposición a las ventajas y oportunidades descritas para la acción preventiva en el hogar, existen dificultades que constituyen barreras importantes para la difusión de esta actividad dentro de la práctica médica rutinaria. El tiempo, incluido desplazamiento y duración efectiva de la visita, es mayor que el utilizado en otros escenarios. Algunos estudios documentan tiempos promedio de 33 minutos (incluido el desplazamiento), con sólo una tercera parte destinada a la atención<sup>34</sup>. Si se realiza una visita preventiva, el número de variables a evaluar hace necesario un tiempo efectivo de encuentro más prolongado, razón que otorga relevancia mayor a la revisión de aspectos como la dispersión geográfica de la población, el tráfico y los medios de transporte.

Además de los costos derivados del desplazamiento y de una inversión de tiempo mayor, la actividad extramural supone la creación de una infraestructura asistencial y administrativa con destinación de recursos adicionales a los de la prestación tradicional de servicios de salud. No obstante, los pocos análisis de costo-efectividad realiza-

dos hasta el momento plantean la visita domiciliaria como una estrategia con gran potencialidad para reducir costos, especialmente si se toman en cuenta los costos por atención hospitalaria en general, y en niños y ancianos en particular<sup>11</sup>. Tales análisis no se enfocan a las actividades preventivas en el domicilio, y aun cuando parecería obvio que los resultados serían igualmente favorables al incorporar esta faceta a la atención en casa, la evidencia disponible no permite realizar tal afirmación.

La falta de estandarización de las actividades preventivas y asistenciales en el domicilio, la falta de formación (conocimientos y habilidades) del personal médico a este respecto, la ausencia de incentivos económicos y la dispersión de los domicilios de los pacientes constituyen otras limitantes para la implementación rutinaria de la estrategia<sup>35</sup>.

### **Desarrollo de la visita domiciliaria como herramienta de prevención**

Desde el punto de vista operativo, la visita domiciliaria considera tres etapas básicas: la preparación, la ejecución y la evaluación (Figura 1)<sup>36</sup>.

#### *Preparación de la visita domiciliaria*

La formulación de objetivos y, en términos generales, la planificación de actividades en el domicilio se determina por el enfoque que se dé a la actividad. Robinson plantea dos modelos de visita domiciliaria, el primero centrado en la búsqueda de problemas y enfocado a la detección de anomalías específicas; como tal, con énfasis curativo y orientado al diagnóstico y tratamiento médico. El segundo centrado en las relaciones y dirigido a proporcionar soporte familiar con objetivos menos precisos y más próximo al trabajo social que al campo de la salud<sup>11</sup>.

Billingham por su parte, considera tres modelos de visita domiciliaria. El primero es preventivo e incentiva el cambio de comportamientos inadecuados y la participación en actividades de tamizaje, el segundo es un modelo radical que pretende el cambio social y ambiental basado en el actuar político para modificar las causas de las enfermedades, y el tercero, es un modelo de auto

empoderamiento que supone la participación de individuos y comunidades en la identificación, planeación y ejecución de acciones para lograr el mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad<sup>11</sup>.

Además del enfoque o modelo, un elemento central en esta fase es la estrategia en la que se inscribe la visita, es decir, su consideración como método de abordaje para toda la población (sanos o enfermos), o sólo para ciertos grupos según su riesgo. Una valoración inicial en el domicilio representa una alternativa de búsqueda activa para obtener más y mejor información, y para incrementar coberturas por facilitar el acceso a todo el grupo familiar y no a un único paciente como comúnmente ocurre en el consultorio; sin embargo, es claro que la visita domiciliaria ha mostrado mayor efectividad en poblaciones vulnerables (embarazadas, niños, ancianos)<sup>11</sup>. La elección final entre una u otra alternativa depende de consideraciones técnicas como las aquí planteadas, de análisis económicos, del modelo de atención imperante en los sistemas de salud y de la voluntad política.

Sin enfoque preventivo sistemático, la visita domiciliaria inicia usualmente mediante el contacto con el paciente que asiste a consulta con fines curativos, y, a través del paciente "guía" se llega a otros miembros del grupo familiar, para convertir el domicilio en escenario común de prevención (individuo y familia). Independiente de si el contacto inicial es individual o grupal, es importante discutir la realización de la actividad aclarando sus fines preventivos; esta acción concreta expectativas y puede facilitar el suministro de información y la adopción de recomendaciones mínimas como la concertación de una cita que permita contar con la presencia de recursos familiares o sociales importantes.

Al margen del enfoque, la preparación de la visita requiere la revisión de antecedentes (historia clínica personal y familiar), el diseño de instrumentos para registrar la información a obtener y la dotación de elementos para su ejecución. Por tratarse de un encuentro en el entorno del paciente, reviste especial interés el análisis de datos acerca del ciclo vital individual de cada miembro del grupo, del ciclo vital familiar y de los riesgos bio-

lógicos y psicosociales. El plan elaborado debería tomar en cuenta la verificación y realización de actividades de tamización, inmunizaciones, quimioprofilaxis y educación sobre temas a abordar según el perfil de riesgo.

Si el modelo es relacional, la planificación debe incluir además de la revisión de información sobre el núcleo social de apoyo, la definición del problema relacional que enfrentan, la selección del grupo humano apropiado para la atención y el análisis de alternativas de intervención.

### *Ejecución de la visita domiciliaria con enfoque preventivo*

La ejecución de la visita domiciliaria comprende el inicio (el cual se modifica dependiendo de si es el primer encuentro o es un encuentro de seguimiento); la atención preventiva (diagnóstico, prescripción y ejecución de actividades preventivas); y la terminación del encuentro.

Cuando se trata del primer encuentro en el domicilio, durante el desplazamiento al lugar de residencia del paciente se contrasta de manera permanente la información obtenida en el consultorio. La verificación de condiciones de acceso y seguridad favorece una mejor planificación de futuros encuentros, y, en términos generales, la observación directa del entorno social y comunitario permite una valoración más objetiva del perfil de riesgo individual y colectivo, así como del plan de prevención previamente elaborado<sup>37</sup>.

Una vez en el domicilio, es necesario generar una atmósfera de confianza que facilite la atención, tomando en cuenta que las acciones preventivas pueden no corresponder con las prioridades del paciente o el grupo. Se describen tres momentos o situaciones contextuales en la interacción paciente-familia y equipo de salud durante el desarrollo de acciones en la comunidad: una situación disociada, una situación convergente, y una situación contextual compartida<sup>38</sup>. En el primer momento las agendas e intereses del equipo de salud y del paciente-familia pueden estar separadas o incluso ser diferentes. Si el equipo demuestra interés en el cuidado de la salud, justifica la importancia de las actividades a realizar dentro del

contexto social y se ajusta a las necesidades del paciente, la relación puede progresar hacia el segundo momento, en donde se espera que la agenda de los profesionales y el ámbito del paciente coincidan (convergente). Finalmente, si concuerdan intereses, necesidades y expectativas de las dos partes se tendrá un contexto compartido en donde la negociación para confeccionar los contenidos de la intervención se dará con mayor facilidad.

Además de la creación de contextos, en la fase inicial de la visita se construye el mapa de interrelaciones familiares. En este sentido, el análisis de los patrones de comunicación, tanto verbal como no verbal, permite evaluar el grado en que la familia ejerce su rol como recurso de apoyo social<sup>39</sup>. Adicionalmente, la observación de las características de la vivienda, incluida la disposición de los objetos presentes, orienta acerca de las costumbres, valores, reglas y normas imperantes en el hogar<sup>36</sup>.

El diagnóstico inicia el segundo momento en la ejecución de la visita domiciliaria como acción preventiva y debe ser visto como complemento de la información clínica reunida en los encuentros previos. En esa medida, se orienta a la precisión de riesgos ya identificados o a la búsqueda de nuevos factores, además de la caracterización de elementos para la intervención y el seguimiento. Elaborar un diagnóstico adecuado depende en gran medida del plan trazado en la etapa de preparación, en donde debió definirse la necesidad de información adicional para construir un perfil de riesgo definitivo; pero, este sólo será posible mediante una observación cuidadosa y la indagación subsiguiente acerca de los estilos de vida, los recursos familiares y el entorno físico. Algunos instrumentos comunes en medicina familiar como la historia clínica enfocada por riesgos, el familiograma, el ecomapa, el APGAR familiar y las cartas de mantenimiento de la salud pueden ser útiles en este momento<sup>34, 40</sup>.

Quizás en una proporción mayor que lo descrito para el diagnóstico, las acciones preventivas a realizar durante la visita se definen en la fase de preparación. Consecuentemente, la prescripción de actividades de tamización, inmunización, quimioprofilaxis y consejería responden a un plan el-

borado previamente, el cual debe ser ajustado y precisado en desarrollo de la visita domiciliaria de acuerdo con la complementación del diagnóstico (Figura 2).

La educación en salud o consejería médica es una de las acciones que ha demostrado ser adecuadamente abordada en el domicilio, mientras que las actividades de tamización, inmunización y quimioprofilaxis, son, en general, mejor llevadas a cabo en otros escenarios<sup>6</sup>. Aún así, la visita domiciliaria puede representar una importante oportunidad para incrementar o asegurar coberturas de vacunación y tamización, particularmente en países en vías de desarrollo. A pesar de limitaciones como la dificultad de mantener una cadena de frío adecuada para la vacunación o las dificultades para la toma de muestras; el desarrollo tecnológico actual brinda una perspectiva diferente mediante avances como la autotoma de muestras para detección de DNA de virus del papiloma humano en tamizaje de cáncer de cuello uterino<sup>41, 42</sup>, la glucometría en diabetes, o las pruebas rápidas para tamizaje de VIH-SIDA<sup>43</sup>.

Contrariamente, la realización de actividades educativas puede representar un reto especial debido al tiempo necesario para su ejecución y al hallazgo de condiciones no favorables en el domicilio o en su entorno cercano (recursos de apoyo, seguridad, etc.). En razón a lo descrito, evaluar la pertinencia de la ejecución de actividades preventivas en el domicilio es muy relevante, por lo que la definición de planes de acción inmediatos o planes a ejecutar posteriormente (en los servicios de salud o en el domicilio) debería hacerse solo después de un correcto análisis de conveniencia<sup>44</sup>.

Al cierre del encuentro es necesario verificar el cumplimiento de lo programado; elaborar el listado de nuevos problemas; y avanzar, según la prescripción, en la planificación de futuras actividades preventivas (recalcando los riesgos que requieren control inmediato y asegurando el entendimiento de las recomendaciones por parte del paciente o su familia). Finalmente debe destinarse tiempo a la recolección de información que permita una adecuada evaluación de la actividad y que brinde la posibilidad de retroalimentar al paciente y al equipo de salud.

### *Evaluación de la visita domiciliaria*

Existen al menos dos dimensiones en la evaluación de la visita domiciliaria. La primera se relaciona con la intervención preventiva de una persona o un grupo familiar (objeto de esta publicación), y la segunda es la evaluación de la visita domiciliaria como tecnología en desarrollo de un programa o estrategia. A pesar de que existen diversas orientaciones y metodologías, en términos generales, el objetivo de toda evaluación es hacer sugerencias para mejorar el proceso; por ello el cambio, la acción y el progreso deben ser propósitos centrales al evaluar, mas allá de las mediciones y de la recolección de información<sup>45</sup>.

En el marco de evaluación de tecnologías se proponen cinco parámetros: seguridad, eficacia, efectividad, utilidad e impacto económico<sup>46</sup>. La mayoría de ellos pueden usarse en las dos dimensiones anotadas tomando en cuenta las particularidades de cada una (Figura 3) y sin detrimento de la complementariedad que ellas deben tener.

La eficacia y la efectividad se plantean respectivamente como el logro de objetivos en condiciones ideales (controladas) y en condiciones habituales (no controladas), y son usualmente medidas en la evaluación de una estrategia o programa. Determinar estos parámetros a nivel individual implica la revisión del proceso (secuencia de eventos durante la visita) y su relación con los resultados, tomando como punto de partida los objetivos establecidos en la fase de preparación dentro del modelo de visita seleccionado<sup>45</sup>.

La vigilancia epidemiológica brinda elementos para verificar los resultados de las acciones preventivas, particularmente de aquellas orientadas a controlar eventos evitables como las enfermedades inmunoprevenibles, las complicaciones de enfermedades infecciosas y crónicas, o la ocurrencia de accidentes (población infantil y ancianos).

La efectividad de actividades como la consejería no siempre puede cuantificarse objetivamente y de forma inmediata por la dificultad de establecer la relación temporal entre una recomendación dada y el momento en el cuál el sujeto cambia su comportamiento. La evaluación de este parámetro se facilita por el seguimiento y tiene más valor si se realiza en el mediano o largo plazo, a lo que contribuye el adecuado registro de infor-

mación tras la realización de cada actividad en el domicilio o en el consultorio.

Adicional a la vigilancia, son indicadores útiles el nivel de conocimiento en torno al cuidado de la salud, el seguimiento de recomendaciones para la prevención de caídas y la modificación de estilos de vida (consumo de tabaco y alcohol, sedentarismo, etc.). En razón a objetivos implícitos como el mejoramiento de la relación médico-paciente y la adecuada valoración del contexto familiar y de los recursos de apoyo social, la satisfacción del usuario es una medida importante que se relaciona, en este caso, con los aspectos interpersonales del cuidado médico, con la calidad técnica y con la eficacia de las acciones percibida por el paciente <sup>47</sup>.

Desde la perspectiva del usuario, la atención domiciliaria mejora el acceso, permite un cuidado más comprehensivo dada la consideración del contexto, y facilita la relación con el personal de salud; sin embargo, la actividad tiene la potencialidad de inducir daño <sup>45</sup> como se expresó al hablar de los riesgos inherentes a la inmunización y tamización en el domicilio, a lo que se suma la probabilidad de originar problemas éticos derivados de compartir la intimidad del hogar; en este sentido, es necesario garantizar la confidencialidad de la información y evaluar estos parámetros en las preguntas de satisfacción. Desde la perspectiva del equipo de salud, valorar la seguridad y viabilidad de seguimientos futuros implica la revisión de la localización geográfica, las condiciones del desplazamiento, posibles situaciones de violencia y conflicto, e inclusive el nivel educativo y las condiciones socio-económicas del sector <sup>48</sup>.

La utilidad se mide en relación con la contribución de la visita domiciliaria a mejorar la calidad de vida <sup>45</sup>; esta a su vez se define como la percepción de bienestar experimentado por una persona y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. Existen múltiples instrumentos para evaluar la calidad de vida; en el área médica la medición se centra en las dimensiones física, psicológica y social usando parámetros objetivos y la auto-percepción del estado de salud del individuo <sup>49</sup>. La visita domiciliaria ha sido utilizada como escenario para la

aplicación de escalas de calidad de vida en pacientes con patologías específicas, en donde la exploración de aspectos relacionados con el bienestar ha demostrado mejorar los canales de comunicación médico-paciente y facilita la detección de problemas en áreas que tienden a ser subestimadas por el personal de salud <sup>50</sup>.

Quizás el aspecto de más difícil evaluación en la dimensión unifamiliar o individual es el económico. En este caso hay una valoración objetiva y favorable por parte de los pacientes, pero es difícil obtener conclusiones para el servicio de salud a partir de una sola atención. Los análisis de costos (costo-beneficio, costo-resultado, etc.), son una medida de la eficiencia de la estrategia y deben tomar en cuenta la modificación de patrones de utilización de otros servicios (reducción de consultas de medicina general y especializada, disminución de hospitalizaciones, optimización de ayudas diagnósticas, etc.) <sup>11</sup>.

La información necesaria para la evaluación en el plano individual o unifamiliar, objeto de esta revisión, se reúne al cierre de la visita mediante preguntas directas, mediante la aplicación de cuestionarios de satisfacción y calidad de vida (que pueden dejarse para remisión posterior con el fin de favorecer la validez de las respuestas) y mediante la revisión de registros clínicos y otros datos del seguimiento del paciente/familia. La evaluación permite generar un nuevo plan de mantenimiento de la salud basado en un mayor conocimiento del perfil de riesgo. Los encuentros futuros persiguen en general objetivos más concretos y en razón a los costos de la actividad, la programación de nuevas visitas debe considerar detenidamente su necesidad real, así como sus ventajas y desventajas dadas las condiciones del paciente.

### Consideraciones finales

Hay suficiente evidencia acerca de las ventajas de la atención domiciliaria para el desarrollo de actividades preventivas, siendo las más claras la valoración de riesgos y recursos del individuo y su familia no perceptibles en otros escenarios de cuidado primario, y la posibilidad de fortalecer la relación médico-paciente facilitando mayor adherencia a la prescripción médica <sup>11, 13, 14, 19-22, 25-28, 32</sup>.

Sin embargo, implementar una estrategia de atención domiciliaria con enfoque preventivo debe considerar su impacto en aspectos organizativos, lo que implica estimar si los beneficios para los usuarios y las entidades de salud garantizan la destinación de recursos suficientes para continuar la actividad, sabiendo que muchos de los resultados serán observados a largo plazo<sup>51</sup>.

Un portafolio amplio de servicios con escenarios alternos puede favorecer el nivel de satisfacción de los usuarios y el mejoramiento de la calidad de vida<sup>49</sup>; no obstante, los costos adicionales que ello supone exigen la búsqueda de una estrategia costo-efectiva para su implementación. La mayor efectividad en grupos vulnerables específicos como los niños, los ancianos o las puérperas hacen de esta población el foco principal de la actividad;<sup>11</sup> pero a pesar de ello, resulta razonable considerar su extensión a grupos de adultos como aquellos que forman parte de programas de hipertensión o diabetes, en donde la visión preventiva tiene repercusiones económicas y sanitarias favorables<sup>16, 17, 18</sup>.

En cualquier caso, los elevados costos y la falta de desarrollo hacen difícil contemplar la visita domiciliaria como una herramienta preventiva de uso sistemático en la actualidad, sobre todo en países en vías de desarrollo. Por ello, una visión más cercana a la realidad percibe la visita domiciliaria como complemento de los servicios asistenciales y de las acciones preventivas que se adelantan en los servicios de salud. En este orden de ideas, su implementación con fines preventivos supone además de la valoración de los aspectos descritos (seguridad, efectividad, utilidad, eficiencia, impacto organizativo, costos), la definición juiciosa de la población objetivo y el desarrollo de guías o protocolos.

### Bibliografía

1. World Health Organization. Global forum on noncommunicable disease prevention and control. Geneva; 2001.
2. Health Canada. Cost of illness. Ottawa: Health Canada; 1996.
3. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions. Global report Geneva; 2002.
4. Hann MN, Wallace R. Can dementia be prevented? Brain aging in a population-based context. *Annu Rev Public Health* 2004; 25: 1-24.
5. Krumholz HM, Weintraub WS, Bradford WD, Heidenreich PA, Mark DB, Paltiel D. The cost of prevention: can we afford it? Can we afford not to do it? *J Am coll cardiol* 2002; 40: 579-651.
6. Miller TR, Levy DT. Cost-outcome analysis in injury prevention and control: eighty four recent estimates for The United States. *Med Care* 2000; 38: 562-82.
7. Song F, Raftery J, Aveyard P, Hyde C, Barton P, Woolacott N. Cost-effectiveness of pharmacological intervention for smoking cessation: a literature review and a decision analytic analysis. *Med Decis Making* 2002; 22(5 Suppl): S26-37.
8. Schulze MB, Hu FB. Primary prevention of diabetes: what can be done and how much can be prevented? *Annu Rev Public Health* 2005; 26: 445-67.
9. Cefalu W. Economics of diabetes-cost impact of not treatment diabetes early and intensively. *Clin Cornerstone* 2004; 6: 51-60.
10. Montauk SL. Home Health Care. *Am Fam Physician* 1998; 58: 1608-1616.
11. Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson JJA, Tolley K, Blair M, et al. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technol Assess* 2000; 4: 1-229.
12. Gilchrist VJ, Langa DM, Goodwin MA. Illuminating the 'black box'. A description of 4454 patient visits to 138 family physicians. *J Fam Pract* 1998; 46: 361.
13. Gross DA, Zyzanski SJ, Borawski EA, Cebul RD, Stange KC. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998; 47: 261.
14. Doherty W, Campbell T. Families and health. California: SAGE Publications; 1988.
15. Seely J. Working with the family in primary care. A systems approach to health and illness. New York: Praeger Publishers; 1984.
16. Trief PM, Sandberg J, Greenberg RP, Graff K, Castronova N, Yoon M, Weinstock RS. Describing support: a qualitative study of couples living with diabetes. *Families, Systems & Health* 2003; 21: 57-67.
17. Chesla CA, Fisher L, Skaff MM, Mullan JT, Gilliss CL, Kanter R. Family predictors of disease management over one year in latino and European American patients with type 2 diabetes. *Fam Proc* 2003; 42: 375-390.

18. Thompson SJ, Auslander WF, White NH. Influence of family structure on health among youths with diabetes. *Health & Social Work* 2001; 26: 7-14
19. Hertz I. Environmental epidemiology. In: Rothman KJ, Greenland S. *Modern epidemiology*. 2nd ed. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins; 1998. p. 555-583.
20. La salud y el ambiente en el desarrollo sostenible. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2000.
21. Kagan LJ, Aiello AE, Larson E. The role of home environment in the transmission of infectious diseases. *J Community Health* 2002; 27: 247-67.
22. Stanwell, SL. The infection potential in the home and the role of hygiene: historical and current perspectives. *Int J Environ Health Res* 2003; 13: 9-17.
23. Parrilla FM, Vargas DA, Cárdenas DP, Martínez S, Díaz MA, Cárdenas A. Factores de riesgo, precipitantes, etiología y consecuencias de las caídas en el anciano. *Medicina de Familia (And)* 2004; 5: 31-34.
24. Ramírez H. Prevención de accidentes. En: Posada A. *El niño sano*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1997. p. 443-455.
25. Broides A, Assaf M. Home accidents in Arab Bedouin children in southern Israel. *J Child health care* 2003; 7; 207-14.
26. Miron D, Shinnawi F, Meenes R, Avishai I, Sarid Y, Rotem M. Childhood injuries in northern Israel—prevalence and risk factors. *Harefuah* 2003; 142: 579-82, 648.
27. Gielen AC, Wilson ME, McDonald EM, Serwint JR, Andrews JS, Hwang WT, Wang MC. Randomized trial of enhanced anticipatory guidance for injury prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155: 42-9.
28. Kelly B, Sein C, McCarthy PL. Safety education in a pediatric primary care setting. *Pediatrics*. 1987; 79: 818-24.
29. Clamp M, Kendrick D. A randomised controlled trial of general practitioner safety advice for families with children under 5 years. *BMJ* 1998; 316: 1576-9.
30. Nikolaus T, Bach M. Preventing falls in community-dwelling frail older people using a home intervention team (HIT): results from the randomized Falls-HIT trial. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 300-5.
31. Scanameo AM, Fillit H. House call: a practical guide to seeing the patient at home. *Geriatrics* 1995; 50: 33-39.
32. Evans GW. The built environmental and mental health. *J Urban Health* 2003; 80: 536-55.
33. Ramsdell JW, Swart J, Jackson JE, Renvall M. The yield of a home visit in the assessment of geriatric patients. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 17-24.
34. De Francisco MA. Análisis del coste de la visita domiciliaria de enfermería a inmovilizados. Aproximación al estudio de eficiencia. *Aten Primaria* 1997; 19: 110-116.
35. Arias L, Alarcón M. *Medicina familiar en la práctica*. Primera edición. Cali: Centro Editorial de Catorse; 1997.
36. Rakel R, Holleman W. Home Care. *J Fam Pract* 1991; 32: 535.
37. Megías F. La visita a domicilio. Generalidades. En: López I. *Atención domiciliaria: diagnóstico de enfermería*. Bogotá: Interamericana/McGraw-Hill; 1994. p. 5-7.
38. De la Cuesta C. Creación de contextos: trabajo intangible de la enfermería comunitaria. *Aten Primaria* 1994; 195:13-19.
39. Fitzpatrick MA, Ritchie LD. Communication Theory and the Family. In Boss PG, Doherty JR, LaRossa WR, Schumm, Steinmetz SK Editores. *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach*. New York: Plenum Press; 1993. p. 565-585.
40. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*. 2nd ed. Alexandria: International Medical Publishing; 1996.
41. Dzuba IG, Diaz EY, Allen B, Leonard YF, Lazcano Ponce EC, Shah KV, et al. The acceptability of self-collected samples for HPV testing vs. the pap test as alternatives in cervical cancer screening. *J Womens Health Gend Based Med* 2002; 11:265-75.
42. Wright TC Jr, Denny L, Kuhn L, Pollack A, Lorincz A. HPV DNA testing of self-collected vaginal samples compared with cytologic screening to detect cervical cancer. *JAMA*. 2000; 283: 81-6.
43. Centers for Disease Control and Prevention. Approval of a new rapid test for HIV antibody. *JAMA* 2002; 288: 2960.
44. Rodríguez M. Visita domiciliaria a recién nacidos y educación para la salud. *Atención primaria* 1997; 20: 453-454
45. Valadez J, Bamberger M. *Monitoring and Evaluating Social Programs in Developing Countries: A handbook for policymakers, managers, and researchers*. Washington DC: The World Bank; 1994.
46. Conde JL. *Evaluación de Tecnologías Médicas Basada en la Evidencia*. Manuscritos de la AE-TES. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2002.

47. Kane RL. Understanding health care outcomes research. Gaithersburg (MD): Aspen Publishers; 1997.
48. Morris RJ, Krueger C, Yaross D. The dangers of home health. J Health Prot Manage 2004; 20: 60-8.
49. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. N Engl J Med 1996; 334: 835-839.
50. Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LD, Aaronson NK. Health-related quality of life assessments and patient-physician communication. JAMA 2002; 288: 3027-3035.
51. Olsen IT. Sustainability of health care: a framework for analysis. Health Policy and Planning 1998; 13: 287-295.

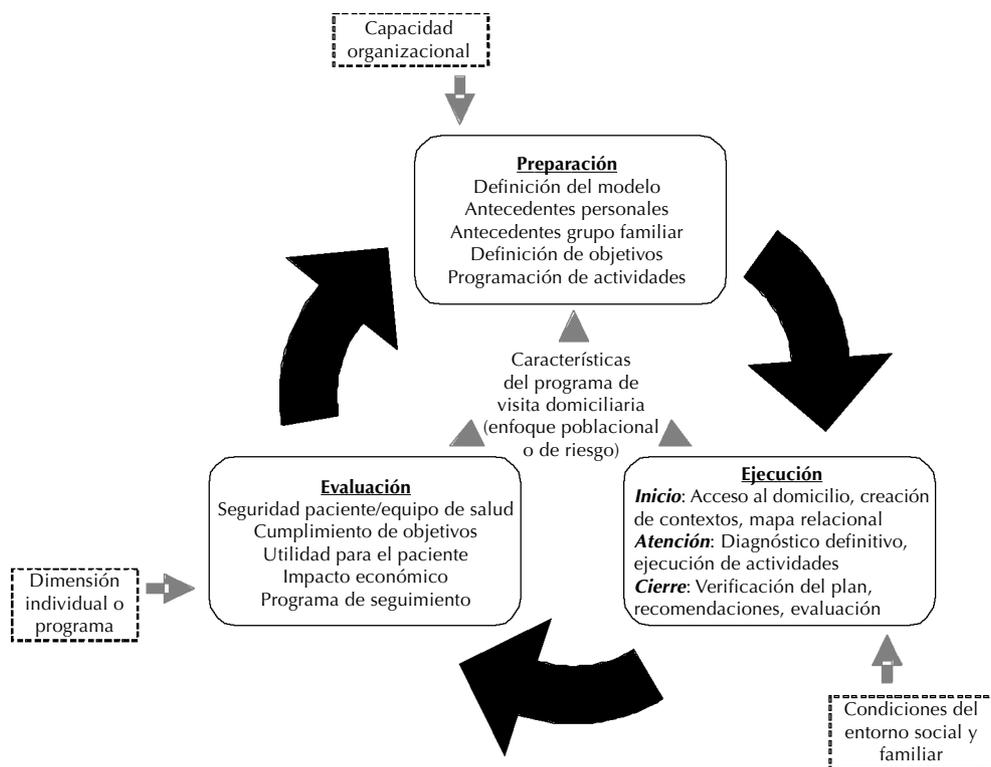
### PREGUNTAS TIPO TEST

1. Cual de las siguientes opciones es una ventaja de la visita domiciliaria como un escenario para la prevención:
- A. El tiempo que se requiere para su realización
  - B. Permite reunir información sobre el contexto familiar\*\*
  - C. Costos
  - D. Estandarización de actividades preventivas
  - E. La formación del personal de salud
2. La educación sobre modificaciones de riesgos para caídas realizada en visita domiciliaria ha demostrado reducir la ocurrencia de las mismas:
- A. Hasta en un 82% de los casos
  - B. En menos del 5% de los pacientes
  - C. Hasta en un 31% de los accidentes\*\*
  - D. En un porcentaje inferior al 2%
  - E. En más del 50% de los casos
3. Señale el o los aspectos a considerar en la fase de preparación de la visita domiciliaria:
- A. Creación de contextos
  - B. Cumplimiento de objetivos
  - C. Realización del mapa relacional
  - D. Definición del modelo de visita domiciliaria \*\*
  - E. Verificación del plan de acción
4. Señale la categoría de actividades preventivas realizadas en el domicilio que ha demostrado mayor efectividad:
- A. Educación en salud \*\*
  - B. Tamización
  - C. Quimioprofilaxis
  - D. Inmunizaciones
5. El indicador que permite evaluar el impacto de una actividad en el mejoramiento de la calidad de vida de un individuo es:
- A. Efectividad
  - B. Eficacia
  - C. Seguridad
  - D. Satisfacción del usuario
  - E. Utilidad \*\*

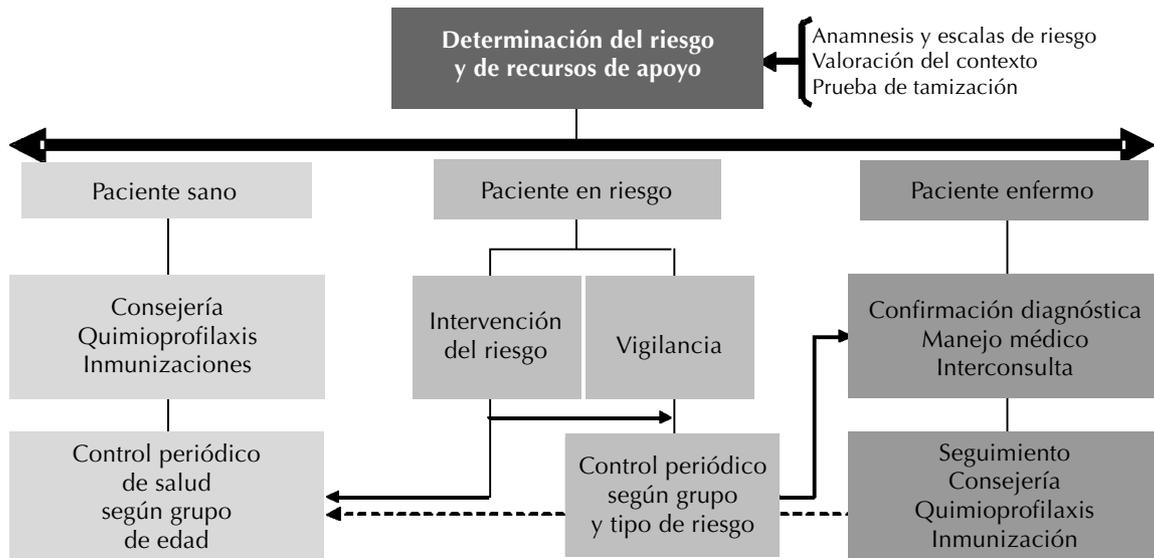
**Tabla 1.** Ventajas y desventajas de la visita domiciliaria como escenario para la prevención

Ventajas	Desventajas
Permite reunir mejor información sobre el contexto familiar	Requiere tiempos más prolongados para su realización
Facilita la evaluación de recursos de apoyo social	Requiere infraestructura asistencial y administrativa específica
Favorece la evaluación medio-ambiental	Sus costos son más altos que los de la consulta ambulatoria en los servicios
Favorece una mejor valoración del riesgo	Hay poca estandarización de actividades
Potencia la relación médico-paciente	Ausencia de incentivos económicos para el personal
Favorece una prescripción más precisa y mejor orientada	El personal de salud no tiene formación adecuada para la actividad
Mejora la adherencia a las recomendaciones	Dispersión geográfica de los pacientes

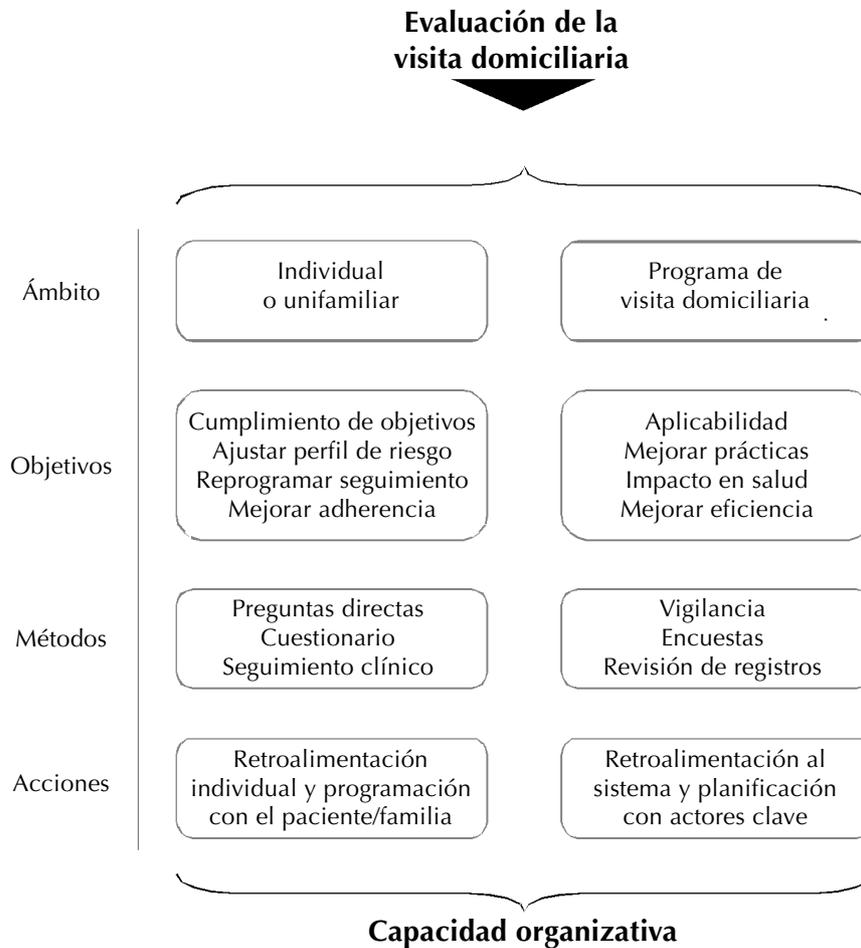
**Figura 1.** Etapas y componentes de la visita domiciliaria



**Figura 2.** Diagnóstico y prescripción en prevención



**Figura 3.** Componentes de la evaluación de la visita domiciliaria con enfoque preventivo



## A DEBATE

# Técnicas para la puesta en práctica de una medicina biopsicosocial. Costo-eficiencia y efectividad clínica

Fernández Rosado FJ<sup>1</sup>, Ouaridi Dadi A<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Coordinador de participación ciudadana de la Unidad Clínica con acreditación docente Pinillo Chico de El Puerto de Santa María. <sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Clínica de Jerez Centro. Farmacóloga Clínica.

### 1. Introducción

En los últimos años cada vez son más los clínicos que presentan sus dudas a cerca del uso que se está haciendo, a lo que un grupo de epidemiólogos e internistas de la Universidad de MacMaster, en Canadá llamó Medicina Basada en la Evidencia.

Los que tuvimos la suerte de tener una preparación investigadora durante nuestra formación, nos pareció que no era nada nuevo, ya que lo hacíamos como algo natural, con la diferencia que la fisiopatología y el contacto con la realidad nunca la olvidábamos y hasta que no uníamos realidad, fisiopatología y resultados científicos no descansábamos.

La MBE se ha centrado más en el resultado estadístico y/o epidemiológico que en la realidad del día a día de la medicina. Por lo que este instrumento se está mal utilizando, con intereses espurios, mientras los ciudadanos son utilizados como pelotas de ping pong, sin recibir la más mínima información de que es lo que estamos haciendo con su salud.

Leíamos con preocupación las palabras de Marcial Angell<sup>1</sup>, 20 años editora de The New England Journal of Medicine, sobre que la mayoría de los ensayos clínicos se realizan por la industria farmacéutica, y el enorme poder que tienen a la hora de difundir resultados, y como hay autores fantasmas mercenarios de los laboratorios. Mientras que la medicina de familia apenas cuenta con posibilidades de una investigación independiente centrada en la costo-eficiencia.

No nos extrañamos que continuamente salgan nuevas publicaciones con una intachable metodología científica, sobre la necesidad de medicalizar aún más a los ciudadanos, hasta puntos imposibles de llevar a la práctica pues el paciente ya no puede tomar más medicamentos, o es imposible de financiar tal gasto. Mientras cada vez adolecemos de nuevos fármacos realmente innovadores.

Encontramos nuevas tendencias científicas como los receptores cannabinoides con las que esperamos agradables sorpresas, pero tememos que a la hora de llevarlo a la práctica clínica nos alejemos de un uso costoeficiente.

### 2. Experiencia de los autores

Hace tres años publicábamos en esta misma revista<sup>2</sup>, que existía una cadena que conducía a los ciudadanos de un determinado nivel social a una morbimortalidad anticipada, hoy queremos romper esa cadena.

Creemos que es el momento, de darles a los ciudadanos la oportunidad de decidir que considere prioritario para su salud. No podemos seguir escuchando que los ciudadanos no están capacitados para ello o ¿qué les importan a ellos? si somos nosotros los que decidimos.

Tenemos que abrir las puertas de Nuestras Unidades Clínicas y nuestras instituciones a los ciudadanos, para que ellos y solo ellos sean nuestros gestores y nuestros auditores.

Para obtener este objetivo hemos analizado durante 10 años la interacción especialistas en MFyC, y sociedad.

Cinco años de intersectorialización en Rota, colaborando con Alcalde, Concejalías de sanidad, economía, medios de comunicación, logró una importante subvención para una campaña publicitaria. La Salud biopsicosocial fue su centro, en carteles, autobuses, televisión y radio <sup>1</sup>.

Los siguientes cinco años en El Puerto de Santa María, colaborando con la Federación de Asociaciones de Vecinos, el Foro Social (portavoz durante un año), Alcalde, Concejalías de Asuntos Sociales, Concejalía de Igualdad, Educación y Consejo de la Mujer (cuatro años integrándola). Nos reunimos con asociaciones, vecinales o no, ONG, sindicatos y partidos políticos, Subdelegado del Gobierno, Delegado de la Junta de Andalucía, medios de comunicación, Federación de Asociaciones de Padres de Alumnos, Colegios, Directores de los Colegios, Jefes de Estudios, Empresa Pública de Empleo, Juzgados, Prisiones, etc. Hemos conseguido un mural de 22 m<sup>2</sup> sobre la conciliación laboral entre las parejas, una campaña en televisión sobre igualdad.

Y en Jerez de la Frontera con Asociaciones de vecinos, Centros cívicos, Institutos de la E.S.O., Concejalías de Educación e Igualdad, Directores y Jefes de Estudios de los Institutos, alumnos de la E.S.O. etc. Hemos organizados coloquios sobre Salud y sociedad, orientado a la igualdad y un concurso de redacción en los cuatro institutos dependientes de la Unidad Clínica de San Benito sobre Hábitos Saludables.

Hemos puesto en marcha un programa intersectorial "Mejora de Calidad de Vida" donde priorizamos barrios mas deprimidos y buscamos soluciones con vecinos y organismos competentes. Queremos que sea un programa obligatorio en todas la Unidades Clínicas. Queremos crear en las Unidades Clínicas la figura del defensor del ciudadano, elegido democráticamente.

En definitiva intentamos saber que es lo que necesitan los ciudadanos y que es lo que le ofrecemos.

Hemos comunicado estos temas a la Escuela Andaluza de Salud Publica a las Jornadas de Salud y Género y al XXVI Congreso de la SEMFYC, ambos en el 2006.

## 2. Revisiones de la literatura científica

El Dr. Sydney Burwell, profesor de Medicina en Harvard afirmaba que en los próximos 10 años se demostrará que la mitad de lo que enseñamos es falso.

Los autores hemos encontrado en la medicina basada en la evidencia, pero sin marketing, que las infraestructuras, los hábitos saludables, la calidad de vida, la felicidad y el apoyo social, disminuye la morbimortalidad de los ciudadanos, y estos hallazgos perduran a lo largo de la historia.

Desde el descenso de la mortalidad por tuberculosis en el siglo XIX gracias a la mejora de las infraestructuras y no a los tuberculostaticos que aún no existían, hasta las consecuencias en salud de las personas que estuvieron próximas al World Trade Center<sup>3</sup> durante el atentado, demostrando como el apoyo social y los mejores recursos mejora las alteraciones físicas y psíquicas secundarias a la catástrofe.

Por otro lado la ley Roemer, nos indica que los recursos que ponemos en marcha están mal orientados y mal priorizados, cada vez que ponemos en marcha nuevos servicios, lo fundamental es que muchos ciudadanos lo usen, creyendo que hiperutilización es sinónimo de rentabilidad, aunque no lo necesiten o sean contraproducente, baste observar lo que está ocurriendo con los procesos clínicos, los estamos desarrollando en nuestro centros de salud, desde un punto de vista biomédico, no estamos contando con la colaboración de los ciudadanos y al final estamos creando hiperdemanda y gastos superfluos, por no abarcarlos desde un punto de vista integral o biopsicosocial. Intentamos ser reduccionista en nuestra practica diaria, solo en algunas ocasiones si vemos problemas sociales claros ampliamos los diagnósticos, pero la realidad es que tras la mayoría de los ciudadanos se esconde una larga lista de acontecimientos vitales que le conducen a una forma de enfermar, que los fármacos únicamente no podrán impedir y que será necesario conducir a los ciudadanos a una calidad de vida mejor como terapia integral, asegurándonos de esta forma, sacar a los ciudadanos de su contexto enfermizo, y llevándolos a otro generador de Salud.

El Doctor Tudor Hart con su “ley de cuidados inversos” hacia hincapié en el gasto superfluo de la sanidad.

El programa del niño sano está demostrando que aumenta la demanda, nos contaba uno de nuestros gestores, creemos que si estos datos son ciertos, este programa podría estar aumentando la sensación de enfermedad de las madres, por lo que debería reorganizarse de otra forma para que no solo prevengamos enfermedades a los niños, sino que también demos mas tranquilidad a las madres.

En 1996 se publicaba el macroestudios sobre desigualdades y salud en España en que se relacionaba morbimortalidad con déficits educativos y económicos, posiblemente en relación con el nivel de sufrimiento o dolencias<sup>4</sup>.

Diversos estudios han detectado un elevado número de problemas psicosociales en las consultas de atención primaria de salud, que podrían llegar a un 70%<sup>5</sup>.

Así, Pickering<sup>6</sup> demuestra que el estrés laboral tiene una clara relación con el incremento de la presión arterial (PA) fundamentalmente la fracción sistólica, el incremento de la masa del ventrículo izquierdo y las enfermedades coronarias en varones.

En pacientes hipertensos, los resultados demostraron que para un aumento de la frecuencia cardiaca de 40 lat/min la *Odds ratio* para todas las causas de mortalidad fue estadísticamente significativa<sup>7</sup>.

El efecto beneficioso sobre la PA de los episodios vitales positivos también está confirmado en adolescentes sanos<sup>8</sup>.

Es evidente que la calidad de vida está íntimamente relacionado con la salud<sup>9,10</sup> y las publicaciones que lo avalan no están contaminadas con intereses económicos.

En el extenso estudio sobre el uso de bloqueadores beta en pacientes con infarto de miocardio (BHITA)<sup>11</sup>, la presencia de elevados AVE junto con el aislamiento social se vio asociada a la mortalidad total y a la de causa coronaria.

En el cáncer digestivo se demostró como la comorbilidad de ansiedad y depresión se acompaña de una peor calidad de vida, una actitud no

activa ante el cáncer y se acompaña de un menor apoyo social, ello conlleva que los granulocitos proliferen, los monocitos desciendan, y los linfocitos declinen perceptiblemente (32.87 contra 34.00,  $P < 0.05$ ); por otra parte, el porcentaje de CD3, CD4, CD8 y CD56 estaban en un nivel inferior. Se estudió un total de 5201 hombres y mujeres de 65 años o más, comprobándose como los altos niveles de síntomas depresivos son un factor de riesgo independiente para la mortalidad<sup>12</sup>.

El agotamiento en la motivación puede ser la causa de la relación depresión-mortalidad, la principal causa de muerte es cardiovascular<sup>13</sup>. En 6145 individuos se demostró que la depresión se asociaba a un aumento de la proteína c reactiva y a un aumento del riesgo cardiovascular<sup>14</sup>.

La depresión en relación con el insomnio demostró en hombres un aumento de la mortalidad en un estudio de 1870 individuos<sup>15</sup>.

Lissoni en 2001<sup>16</sup> habla por primera vez de la neuroinmunología donde las emociones pueden influir en la inmunidad, la depresión la disminuye y la alegría y el placer sexual la aumenta implicando en dicho mecanismo a las sustancias esteroideas, opioides y catecolaminas suprarrenales y a las cannabinérgicas respectivamente. Estudios experimentales han demostrado que el bloqueo del receptor cannabinoide 1 de (CB-1) reduce la tendencia a la obesidad y la dislipemia, disminuyendo la evolución hacia la diabetes mellitus<sup>17</sup>, estando implicados en el comportamiento emocional, en el aprendizaje y en la memoria<sup>18</sup>.

En un reciente artículo de The Diabetes Prevention Program Research Group, la diabetes, la hipertensión arterial, la hiperinsulinemia y la intolerancia a la glucosa se previene con ejercicio y pérdida de peso ( $p < 0.02$   $r = 0.22$ ), la mortalidad desciende a menos del 33%, con una correcta dieta y ejercicio se produce un descenso del peso en estos enfermos con  $p < 0.00001$ <sup>19</sup>, ¿qué esperamos para desarrollar estas técnicas?, ¿Hacemos todo lo que deberíamos?, ¿Preferimos buscar fármacos milagrosos o artículos que lo avalen?

En JAMA Barbara Starfield afirma que 12000 intervenciones quirúrgicas son innecesarias, 76 millones de recetas se podían haber evitado, 8 millones de hospitalizaciones innecesarias y que

la tercera causa de muerte es yatrógena<sup>20</sup>. En la revista *Circulation* se concluía que 20' diarios, durante 12 meses, de bicicleta en mayores de 75 años con angina de pecho estable, es más eficiente que los bay pass coronarios<sup>21</sup>.

Abogamos por una medicina innovadora donde prioricemos actividades clínicas basadas en los principios del cuidado primario orientado a la comunidad (COPC)<sup>22</sup>. En donde la intersectorialización entre todas las instituciones que cuidan de la calidad de vida de los ciudadanos sea supervisada de forma permanente por los ciudadanos.

Los profesionales de la medicina hasta ahora hemos recibido una formación fundamentalmente bioquímica, lo que ha hecho que ignoremos problemas importantes que afectan a la salud de los ciudadanos. Así ignoramos los condicionamientos culturales y económicos de los ciudadanos como generadores per se de enfermedad.

Las consecuencias del cuidado de las personas con problemas de dependencia.

El comportamiento epidémico y/o endémico de la agresividad de género(20-55%)<sup>23</sup> o no, a los ancianos (4-6%)<sup>24</sup> o abusos a los menores (en España podría ser del 15% en niños y del 22% en niñas, menores de 17 años)<sup>25</sup>, un informe del Parlamento Europeo habla de una mayor frecuencia de maltrato en la mujer que de tabaquismo, es raro que detectemos estos problemas en un porcentaje similar en nuestras consultas, aunque estemos tratándolos sin saberlo durante decenios, ya que carecemos de habilidades para su detección y tratamiento.

La calidad de los alimentos con excesiva refrigeración de frutas y verduras, con lo que perdería su poder anticancerígeno<sup>26</sup>. La contaminación de los alimentos con productos químicos, como residuos de DDE, PCB, hexaclorobenceno e isómeros del lindano, como el  $\beta$ -hexaclorociclohexano<sup>27</sup>, sustancias que encontramos en la sangre de las placentas<sup>28</sup>. Condiciones laborales penosas, aumento de ulceraciones en miembros inferiores en pacientes ancianos, empresarios que obligan a sus empleados a estar de pie toda la jornada. Gastos superfluos en salud, intervenciones quirúrgicas y tratamientos farmacológicos innecesarios, denervaciones dentales que no solucionan el

problema sino que lo agravan. Comidas perjudiciales. Ayuntamientos poco comprometidos con el deporte, déficits de carriles bici o multiusos de calidad (si modificamos el contexto, mejoramos hábitos saludables)<sup>29</sup>, servicios sociales poco resolutivos, intersectorialización nula.

El elevadísimo nivel del fracaso escolar, cuyas cifras son superiores a las que se publican, principalmente en ciudadanos con más déficits culturales y económicos y que repercute en una mayor morbimortalidad.

Incluso con frecuencia estamos solucionando los problemas de los más desfavorecidos encarcelándolos y marginándolos. Hemos detectado como el control del absentismo escolar en niños de familias marginales se relaja o los presos no van a las clases en prisión por lo que la reinserción resulta difícil.

La no utilización de los medicamentos por los pacientes y su devolución a las farmacias supone unas pérdidas que pueden alcanzar el 74 por ciento respecto al coste inicial de los productos. Son datos obtenidos en España en los puntos SIGRE. Este trabajo forma parte de un proyecto europeo para cuantificar los costes que tiene para los sistemas sanitarios la no utilización de los medicamentos<sup>30</sup>. Parece claro que no existe una buena comunicación entre las necesidades de los ciudadanos y lo que ofrece el sistema sanitario.

Las bases Cochrane son en general poco ilusionantes para los que creemos en intervenciones integrales, no obstante en algunas de ellas encontramos palabras esperanzadoras, así encontramos "que la protección de la salud debe tener mayor prioridad a través de cambios fiscales y legislativos nacionales, dirigidos a reducir el tabaquismo, el consumo dietario de grasas, sal «oculta» y calorías, y aumentar las facilidades y oportunidades de ejercicio"<sup>31</sup>. Creemos que estos objetivos solo lo conseguiremos con el apoyo de los ciudadanos ya que los intereses económicos impiden todo intento de cambio en nuestra salud.

#### 4. Conclusiones. Técnicas para la puesta en práctica de la medicina biopsicosocial

1. Aplicar la Escala de Acontecimientos vitales Estresantes de reajuste vital o social de Hol-

- mes y Rahe<sup>32</sup>, que es la más difundida en la bibliografía, y que está validada y adaptada en España para la atención primaria<sup>33, 34</sup>. Es imposible ayudar a los ciudadanos sino sabemos que es lo que realmente les preocupa, de esta forma evitaremos cuadros psicósomáticos y psicósociales, que tanta hiperdemanda y gasto sanitario produce, casi obligándonos a intervenciones sanitarias innecesarias como ya vimos en las páginas anteriores. No olvidemos que el déficit de la financiación de la sanidad pasa por una mayor efectividad clínica.
2. Poner en marcha el Programa de Mejora de Calidad de Vida: reuniones con los vecinos y representantes de las diferentes administraciones. Donde priorizamos determinados barrios con problemas importantes, y entre todos buscamos soluciones y organizamos actividades para potenciar el bienestar de los ciudadanos sin que medicalizemos sus problemas. Se trata de conseguir que tomen conciencia de las necesidades de infraestructuras y servicios que tienen y la forma de solucionarlos. Si modificamos el contexto en que viven los ciudadanos conseguiremos modificar sus riesgos y hábitos no saludables, reduciendo su morbimortalidad por desigualdad. Reduciendo las necesidades farmacológicas y médicas al tener una vida más feliz.
  3. Reducción drástica de abuso de ansiolíticos, os invitamos a que todos analicemos el número de pacientes que permitimos que abusen de psicofármacos, cuando deberíamos coordinarnos con todas las administraciones para conseguir que esa persona tenga más calidad de vida, y no estemos medicalizando sus problemas o farmacologizando o derivando sus problemas no médicos a hospital o cirugía, creando una demora que nunca podremos resolver aunque aumentemos indefinidamente el número de centros de salud y hospitales, es la forma de invertir la ley de Roemer. Evitamos una medicina que esclaviza a los ciudadanos a unos fármacos que crean dependencia y damos la imagen de que somos dioses, capaces de resolverlo todo con la simple firma de una receta. Creemos que es esta la forma de evitar la “ley de los cuidados inversos”.
  4. Crear la figura del Defensor del Ciudadano en las Unidades Clínicas, dándole oportunidad para que esté presente en todas nuestras reuniones. Se puede hacer en principio a dedo entre los ciudadanos que conozcamos más sensibles a estos temas y posteriormente por votación democrática. Se le puede dar funciones de respuesta de reclamaciones, oportunidades de mejora y Comité Ético de Ensayos Clínicos.
  5. Implicar a todos los profesionales desde celedores, residentes, estudiantes de medicina y dirección del centro a un servicio más reflexivo y costo eficiente al ser controlado directamente por los ciudadanos por los que realmente deben sentir los beneficios de una buena labor profesional. Creemos que Grimshaw J.M. y Chassin M.R. terminaría convencido de que es la mejor manera de implicar a los profesionales en una efectividad y un compromiso profesional.
  6. Priorizar la felicidad y la calidad de vida de los ciudadanos. Todos los procesos tienen un mejor pronóstico cuando el enfermo es feliz, bien por apoyo social o familiar, en definitiva si tienen calidad de vida. Conseguido este propósito, en la mayoría de los casos, los objetivos terapéuticos son más fáciles de lograr. Este objetivo es imposible de lograr si creamos indefensión o desesperanza en los ciudadanos, por ello debemos evitar dar diagnósticos sin aclarar que esos problemas son secundarios a conseguir una calidad de vida, que es prioritaria para nosotros. Sin olvidar que no existen enfermos sino personas con alteraciones en su salud.
  7. Conseguir equidad en la sanidad, con un uso costo eficiente centrado en el ciudadano, Las políticas de ahorro deben de ser integrales y nunca parcelares. Estudiantes de medicina y residentes deben ser instruidos en la enorme importancia de la igualdad para la salud. Necesitamos tantos recursos, para nuevas exploraciones al alcance del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, ya que la gran

mayoría de derivaciones son por no tener nosotros esa tecnología.

Los nuevos fármacos no deben estar basados en campañas de marketing, sino en una mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos, no desechando fármacos antiguos por el simple hecho de que ya no son rentables. Los Médicos de Familia y los ciudadanos tenemos que incorporar aún más a la investigación pues tenemos el valiosísimo contacto con la sociedad.

8. Abogamos por un despacho de consulta sin motivos sanitarios, con una mesa redonda, con una bata menos clásica, con un centro sanitario con música de fondo, con mensajes de felicidad y calidad de vida y nunca de enfermedad. Facilitando la realización de una medicina biopsicosocial. Por lo que la coordinación con los servicios sociales debe ser fluida, comprometida y eficiente.
9. Por todo ello la intersectorialización es la mejor forma de abarcar a las personas y sus problemas, la complejidad del ser humano necesita soluciones complejas y efectivas que no cronifiquen los problemas sino que los resuelva en el menor número de consultas e intervenciones posibles. Los gestores deben apostar por romper barreras entre diferentes administraciones. Existen en el siglo XXI unas nuevas enfermedades como desigualdad, soledad, frustración, agresividad, incultura, marginación, inmadurez, dependencia e infelicidad, por lo que las clásicas enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, cáncer, tuberculosis, etc. pasarían a ser síndromes.
10. Si tras leer este artículo aún crees que la salud pública en España solo depende de una receta, o de más recursos sanitarios o de unos fármacos más económicos o innovadores, o de más hospitales, posiblemente tu visión de la salud este alejada de la sociedad y los personas. Deberías de comenzar por quitarte la bata y salir a la calle para conocer que necesitan tus pacientes y que les estamos dando. Sin lugar a dudas la solución está en una mejor utilización de los recursos por parte de todas las administraciones.

## Bibliografía

1. Marcial A. The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What To Do About It. The New York Review Book 2004; 51.
2. Fernández Rosado FJ, Ouaridi Dadi A. Medicina biopsicosocial de la utopía a la realidad. Intervención Comunitaria con sponsorship. Medicina de Familia (And) 2003; 4: 13-19.
3. Adams RE, Oscarino JA, Galea S. Social and psychological resources and health outcomes after the World trade Center disaster. Soc Sci Med. 2006; 62: 176-188.
4. Navarro V, Benach J. Desigualdades sociales en salud en España. Rev Esp Salud Pública 1996; 70: 505-636.
5. Corney RH. A survey of professional help sought by patients for psychosocial problems. Br J Gen Pract 1990; 40: 365-6.
6. Pickering T, Devereux R, James G, Gerin W, Landsbergis P, Schnall P, et al. Environmental influences on blood pressure and the role of job strain. J Hypertens 1996; 14: 179-85.
7. Sheps DS, McMahon RP, Becker L, Carney RM, Freedland KE, Cohen JD, et al. Mental Stress-Induced Ischemia and All-Cause Mortality in Patients With Coronary Artery Disease. Results From the Psychophysiological Investigations of Myocardial Ischemia Study. Circulation 2002; 105: 1780-1784.
9. Meeske KA, Patel SK, Palmer SN, Nelson MB, Parow AM. Factors associated with health-related quality of life in pediatric cancer survivors. Pediatric blood y cancer 2006; 15.
10. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. Health Qual Life Outcomes 2004; 2: 51.
11. Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg J, Chaudhary B. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. N Engl J Med 1985; 311: 552-9.
12. Zhou FL, Zhang WG, Wei YC, Xu KL, Hui LY, Wang XS, et al. Impact of comorbid anxiety and depression on quality of life and cellular immunity changes in patients with digestive tract cancers. World J Gastroenterol 2005; 11:2313-2318.
13. Schulz R, Beach SR, Ives DG, Martire LM, Ariyo AA, Kop WJ. Association between depression and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. Arch Intern Med 2000; 160: 1761-1768.
14. Stanislav V, Kasl SV, Abramson JL, Vaccarino V. Association Between Depression and Elevated C-

- Reactive Protein Marion Danner. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 347-356.
15. Mallon L, Broman JE, Hetta J. Relationship Between Insomnia, Depression, and Mortality: A 12-Year Follow-Up of Older Adults in the Community. *International Psychogeriatrics* 2000; 12: 295-306.
  16. Lissoni P, Cangemi P, Pirato D, Roselli MG, Rovelli F, Brivio F, et al. A review on cancer-psycho-spiritual status interactions. *Neuroendocrinol Lett* 2001; 22: 175-180.
  17. Van Gaal LF, Rissanem AM, Scheen AJ, Ziegler O, Rossner S. Effects of the cannabinoid-1 receptor blocker rimonabant on weight reduction and cardiovascular risk factors in overweight patients: 1-year experience from the RIO-Europe study. *Lancet* 2005; 365: 1363-4.
  18. Martin M., Ledent C, Parmentier M, Maldonado R, Valverde O. Involvement of CB1 cannabinoid receptors in emotional behaviour. *Psychopharmacology* 2002; 159: 379-387.
  19. The Diabetes Prevention Program Research Group. The Diabetes Prevention Program: Design and methods for a clinical trial in the prevention of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1999; 22: 623-634.
  20. Starfield B. Is US Health Really the Best in the World? *JAMA*.2000; 284: 483-485.
  21. Hambrecht R, Walther C, Mobius-Winkler S, et al. Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease: a randomized trial. *Circulation* 2004; 109: 1371-8.
  22. Baker NJ, Harper PG, Reif CJ. Use of clinical indicators to evaluate COPC projects. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 355-60.
  23. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002; 324: 271-4.
  24. Comijs HC, Pot AM, Smit HH, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society* 1998; 46: 885-8.
  25. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A. Prevalencia and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse Negl.* 1995; 19: 1039-50.
  26. Grandics P. Cancer: a single disease with a multitude of manifestations? *J Carcinog.* 2003; 2: 9.
  27. Porta M, Kogevinas M, Zumeta E, Sunyer J, Ribas-Fitó N. Ribas-Fitó y col. Concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población española: el rompecabezas sin piezas y la protección de la salud pública. *Gac Sanit* 2002;16: 257-66.
  28. Ribas-Fito N, Gladen BC, Brock JW, Klebanoff MA, Longnecker MP. Prenatal exposure to 1, 1-dichloro-2,2-bis (p-chlorophenyl)ethylene (p,p'-DDE) in relation to child growth. *Int J Epidemiol* 2006; 35: 853-8.
  29. Gordon PM, Zizzi SJ, Pauline J. Use of a community trail among new and habitual exercisers: a preliminary assessment. *Prev Chronic Dis.* 2004; 1: 11A.
  30. Vaillo de Mingo M. Las pérdidas por los medicamentos sin usar supera el 70% de su coste. URL: <http://www.correofarmaceutico.com>. Última actualización: noviembre de 2005.
  31. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JThM, Assendelft WJJ. Intervenciones para mejorar el tratamiento de la diabetes mellitus en el ámbito de la atención primaria, pacientes ambulatorios y la comunidad (Revisión Cochrane traducida) 2000.
  32. Holmes TS, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1976; 11: 213-8.
  33. González JL, Morera A. La valoración de sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis* 1983; 4: 20-5.
  34. De la Revilla L, Aybar R, De los Ríos AM, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1997; 19: 133-7.

**TABLA DE PUNTOS CLAVES**

Medicina Biopsicosocial aumenta la efectividad, reduce la demanda y el gasto farmacéutico
Evitamos epidemias de indefensión
Nos coordinamos con la sociedad, al modificar el contexto modificamos los hábitos de vida de los ciudadanos
Evitamos una medicina idólatra y esclavizante
Creamos el defensor de la salud ciudadana
Respondemos a las cuestiones de Grimshaw J.M. y Chassin M.R....

## CARTAS AL DIRECTOR

### Huétor “on air”: una nueva forma de relación con nuestros pacientes

Sr. Director:

Estás sentada en la consulta, un día cualquiera, y mientras haces las recetas de tu paciente ella te dice:

“Doctora, ¿puedo hacerle una pregunta?”

“Claro María, cuénteme...”

“Es que... mi hija creo que esconde comida y la veo cada vez más delgada... ¿qué puedo hacer? He intentado hablar con ella, pero ya sabe como son estos jóvenes...”

A diario surgen preguntas de este tipo en nuestra consulta:

“Mi canario tiene gripe, ¿puede contagiarme la gripe aviar?”

“¿Puede esta pastilla afectar al feto?”

“En el gimnasio me han dado este bote...”

La población se preocupa por su salud y necesita una información clara para poder tomar sus propias decisiones. Nos planteamos entonces: ¿cómo ser accesibles, sobre todo a la población que no acude al Centro de Salud? y pensamos en usar la radio como medio de comunicación al alcance de todos, para informar a nuestros pacientes sobre temas de salud y así mejorar la relación asistencial, evaluando posteriormente los conocimientos adquiridos tras la emisión del programa de radio.

Para ello, solicitamos a la radio local un espacio para emitir un programa semanal a cerca de temas de salud elegidos por los propios pacientes

mediante una encuesta. En el programa, el médico de familia contesta a las preguntas que los oyentes mandan a la radio. Hasta ahora se han tratado temas como: tabaco, SIDA, sexo y drogas, gripe aviar, obesidad y trastornos de la conducta alimentaria, ejercicio y sustancias ergogénicas, y factores de riesgo cardiovascular.

Cuando finalicen los programas, se pretende pasar una encuesta a la población para evaluar la influencia que ha tenido en sus conocimientos sobre estos temas de salud.

La radio constituye así un sistema informativo de fácil acceso para el paciente.

La consulta anónima facilita el acercamiento sobre todo de los jóvenes, evitando el “cara a cara” de la consulta de Atención Primaria.

Llevamos ya tres años realizando este programa y la aceptación por parte de los pacientes ha sido muy buena, participando activamente al sentirse escuchados y percibir el interés por parte del profesional.

A nosotros, como profesionales, nos obliga a actualizarnos en temas de salud y nos ayuda a disminuir la ansiedad que nos crean las dudas de nuestros pacientes.

Ante este hecho, se nos plantean nuevos retos... quizás... ¿Tele-Huétor?

*Villarrubia Martos B, Pérez Fernández L,  
Hinojal Jiménez J.  
Residentes de tercer año de Medicina Familiar  
y Comunitaria. Centro de Salud Huétor Tájar  
(Granada).  
bvillarrubia@hotmail.com*

## PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de julio a 31 de diciembre de 2006)

Álvarez Rico F, Canalejo Echeverría A, Gálvez Alcaraz L, Manteca González A.

*Médicos de familia*

Los artículos, publicados entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2006, 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
- (CE) Estudio de coste-efectividad
- (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.

Turabian JL, Pérez B. El proceso por el cual los médicos de familia gestionan la incertidumbre: no todo son cebras y caballos. *Aten Primaria*. 2006; 38: 165-167 [AO,I]

González P, Janaudis MA, Rozenfeld M. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria*. 2006; 38: 225-229 [AO,I]

Hollinghurst S, Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials. *B J Gen Pract*. 2006; 56: 530-535 [M,II]

Wilson A, Childs S. The effect of interventions to alter the consultation length of family physicians: a systematic review. *B J Gen Pract*. 2006; 56: 876-882 [M,I]

Porteous T, Ryan M, Bond C, Hannaford P. Preferences for self-care or professional advice for minor illness: a discrete choice experiment. *B J Gen Pract*. 2006; 56: 911-917 [T,I]

Derrett C, Burke L. The future of primary care nurses and health visitors. *BMJ*. 2006; 333: 1185-1186 [AO,I]

Bravo Y, Sculpher M. Making decisions under uncertainty-the role of probabilistic decision modelling. *Fam Pract*. 2006; 23: 391-392 [AO,I]

Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract*. 2006; 23: 414-420 [T,I]

Foster A, Jordan K, Croft P. Is frequent attendance in primary care disease-specific? *Fam Pract*. 2006; 23: 444-452 [T,I]

Ridd M, Shaw A, Salisbury C. 'Two sides of the coin'-the value of personal continuity to GPs: a qualitative interview study. *Fam Pract*. 2006; 23: 461-468 [C,I]

Walter FM, Emery J. Perceptions of family history across common diseases: a qualitative study in primary care. *Fam Pract*. 2006; 23: 472-480 [C,I]

Beaulieu MD, Dory V, Pestiaux D, Pouchain D, Gay B, Rocher G, et al. General practice as seen through the eyes of general practice trainees: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2006; 24: 174-180 [C,II]

Anden A, Andersson SO, Rudebeck CE. Concepts underlying outcome measures in studies of consultations in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2006; 24: 218-223 [R,I]

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

Okuyemi K, Nollen N, Ahluwalia J. Interventions to facilitate smoking cessation. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 262-271 [R,II]

Hayes SN. Preventing cardiovascular disease in women. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 1331-1340 [M,II]

Estruch R, Martínez-González M, Corella D, Salas-Salvado J, Ruiz-Gutierrez V, Covas M, et al. Effects of a mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 1-11 [EC,II]

NIH State-of-the-Science Panel. National Institutes of Health State-of-the-Science conference statement: tobacco use: prevention, cessation, and control. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 839-844 [R,II]

Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Lohr KN. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 845-856 [M,II]

Hulten E, Jackson JL, Douglas K, George S, Villines TC. The effect of early, intensive statin therapy on acute coronary syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 1814-1821 [M,I]

Thavandiranathan P, Bagai A, Brookhart MA, Choudhry NK. Primary prevention of cardiovascular diseases with statin therapy:

- a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 2006; 166: 2307-2313 [M,I]
- Sanfeliu G, Peiro S, Gosalbes V, Cervera P. Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en España. Una aproximación desde los estudios observacionales. *Aten Primaria.* 2006; 38: 250-257 [M,I]
- Leal M, Abellan J, Mena MS, Candel R. Recaptación activa de hipertensos jóvenes ya diagnosticados y que no acuden a consulta. ¿Alta rentabilidad cardiovascular? *Aten Primaria.* 2006; 38: 305-306 [QE,I]
- Camarelles F. La ley antitabaco. Un año después. *Aten Primaria.* 2006; 38: 425-426 [AO,I]
- Maiques A. Nuevas indicaciones y objetivos terapéuticos en las dislipemias. *Aten Primaria.* 2006; 38: 473-475 [AO,I]
- Parrilla F, Segura A, Segu JL. Utilización de la ecuación de Framingham-REGICOR en un centro de atención primaria. Impacto sobre la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. *Aten Primaria.* 2006; 38: 490-495 [T,I]
- Soria R, Legido A, Escolano C, Lopez Yeste A, Montoya J. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *B J Gen Pract.* 2006; 56: 768-774 [EC,I]
- McKinstry B, Hanley J, Heaney D, McCloughan L, Elton R, Webb D. Impact on hypertension control of a patient-held guideline: a randomised controlled trial. *B J Gen Pract.* 2006; 56: 842-847 [EC,I]
- Ebrahim S, Sung J, Song YM, Ferrer RL, Lawlor DA, Davey Smith G. Serum cholesterol, haemorrhagic stroke, ischaemic stroke, and myocardial infarction: Korean national health system prospective cohort study. *BMJ.* 2006; 333: 22 [S,I]
- Campion J, McNeill A, Checinski K. Exempting mental health units from smoke-free laws. *BMJ.* 2006; 333: 407-408 [AO,I]
- Marshall SM, Flyvbjerg A. Prevention and early detection of vascular complications of diabetes. *BMJ.* 2006; 333: 475-480 [R,I]
- Cassar K. Intermittent claudication. *BMJ.* 2006; 333: 1002-1005 [R,I]
- Heart Protection Study Collaborative; Mihaylova B, Briggs A, Armitage J, Parish S, Gray A, Collins R. Lifetime cost effectiveness of simvastatin in a range of risk groups and age groups derived from a randomised trial of 20,536 people. *BMJ.* 2006; 333: 1145 [CE,I]
- Kashani A, Phillips CO, Foody JM, Wang Y, Mangalmurti S, Ko DT, et al. Risks associated with statin therapy: a systematic overview of randomized clinical trials. *Circulation.* 2006; 114: 2788-2797 [M,I]
- Knopp RH, d'Emden M, Smilde JG, Pocock SJ. Efficacy and safety of atorvastatin in the prevention of cardiovascular end points in subjects with type 2 diabetes: the Atorvastatin Study for Prevention of Coronary Heart Disease Endpoints in non-insulin-dependent diabetes mellitus (ASPEN). *Diabetes Care.* 2006; 29: 1478-1485 [EC,II]
- Kilpatrick ES, Rigby AS, Atkin SL. The effect of glucose variability on the risk of microvascular complications in type 1 diabetes. *Diabetes Care.* 2006; 29: 1486-1490 [S,I]
- Zandbergen AA, Sijbrands EJ, Lamberts SW, Bootsma AH. Normotensive women with type 2 diabetes and microalbuminuria are at high risk for macrovascular disease. *Diabetes Care.* 2006; 29: 1851-1855 [S,I]
- Zgibor JC, Piatt GA, Ruppert K, Orchard TJ, Roberts MS. Deficiencies of cardiovascular risk prediction models for type 1 diabetes. *Diabetes Care.* 2006; 29: 1860-1865 [S,I]
- Neil HA, DeMicco DA, Luo D, Betteridge DJ, Colhoun HM, Durrington PN, et al; CARDS Study Investigators. Analysis of efficacy and safety in patients aged 65-75 years at randomization: Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS). *Diabetes Care.* 2006; 29: 2378-2384 [EC,I]
- Moen MD, Wagstaff AJ. Nebivolol: a review of its use in the management of hypertension and chronic heart failure. *Drugs.* 2006; 66: 1389-1409 [R,I]
- Wagstaff AJ. Valsartan/Hydrochlorothiazide: a review of its use in the management of hypertension. *Drugs.* 2006; 66: 1881-1901 [R,I]
- Kurth T, Gaziano JM, Cook NR, Logroscino G, Diener HC, Buring JE. Migraine and risk of cardiovascular disease in women. *JAMA.* 2006; 296: 283-291 [S,I]
- Okin PM, Wachtell K, Devereux RB, Harris KE, Jern S, Kjeldsen SE, et al. Regression of electrocardiographic left ventricular hypertrophy and decreased incidence of new-onset atrial fibrillation in patients with hypertension. *JAMA.* 2006; 296: 1242-1248 [EC,I]
- Coca SG, Krumholz HM, Garg AX, Parikh CR. Underrepresentation of renal disease in randomized controlled trials of cardiovascular disease. *JAMA.* 2006; 296: 1377-1384 [M,I]
- Bazzano LA, Reynolds K, Holder KN, He J. Effect of folic acid supplementation on risk of cardiovascular diseases: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA.* 2006; 296: 2720-2726 [M,I]
- Carandang R, Seshadri S, Beiser A, Kelly-Hayes M, Kase CS, Kannel WB, et al. Trends in incidence, lifetime risk, severity, and 30-day mortality of stroke over the past 50 years. *JAMA.* 2006; 296: 2939-2946 [S,I]
- McRae S, Tran H, Schulman S, Ginsberg J, Kearon C. Effect of patient's sex on risk of recurrent venous thromboembolism: a meta-analysis. *Lancet.* 2006; 368: 371-378 [M,I]
- Dagenais GR, Pogue J, Fox K, Simoons ML, Yusuf S. Angiotensin-converting-enzyme inhibitors in stable vascular disease without left ventricular systolic dysfunction or heart failure: a combined analysis of three trials. *Lancet.* 2006; 368: 581-588 [R,I]
- Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet.* 2006; 368: 647-658 [CC,II]
- Romero-Corral A, Montori VM, Somers VK, Korinek J, Thomas RJ, Allison TG, et al. Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies. *Lancet.* 2006; 368: 666-678 [M,II]
- Strategies for stroke management. *Lancet.* 2006; 368: 2106 [AO,II]
- Cholesterol: the good, the bad, and the stopped trials. *Lancet.* 2006; 368: 2034 [AO,I]
- Hernández R, Armario P, Martín-Baranera M, Castellanos P. Agregación de factores de riesgo cardiovascular y de prevalencia de síndrome metabólico en personas con hipertensión arterial resistente. *Med Clin (Barc).* 2006; 127: 241-245 [T,I]
- Real JT, Romero P, Martínez S, Pedro T, Carmena R, Ascaso JF. Papel de la dislipemia aterogénica en el desarrollo del síndrome metabólico. *Med Clin (Barc).* 2006; 127: 321-324 [T,I]
- Vegazo O, Banegas JR, Civeira F, Serrano PL, Javier F, Luengo E. Prevalencia de dislipemia en las consultas ambulatorias del Sistema Nacional de Salud: Estudio HISPALIPID. *Med Clin (Barc).* 2006; 127: 331-334 [T,I]
- Buitrago F, Canon L, Díaz N, Cruces E, Bravo B, Pérez I. Comparación entre la tabla del SCORE y la función Framingham-REGICOR en la estimación del riesgo cardiovascular en una población urbana seguida durante 10 años. *Med Clin (Barc).* 2006; 127: 368-373 [T,I]

- Sicras A, Navarro R, Fernández J, Checa JC. Eficacia de la atorvastatina en comparación con otras estatinas en situación de práctica clínica habitual en el ámbito de la atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 555-556 [T,I]
- Serna C, Moreno O, Molto JM. Evidencia científica en el tratamiento de la hipertensión arterial crónica en la prevención del ictus. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 626-633 [R,II]
- De Luis D, Aller R, Zarzuelo S. Sal en la dieta en la era de los antihipertensivos. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 673-675 [R,I]
- Teijo C, Fernández E, Álvarez S, Muñoz M. Ausencia de descenso nocturno de la presión arterial: relación con la trombogénesis, la inflamación y la presión de pulso. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 676-677 [T,I]
- Cordero A, Moreno J, Alegria E. La hipertensión arterial esencial, ¿es esencialmente metabólica? *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 705-708 [R,I]
- Calvo c, Hermida RC, Ayala DE, López JE, Rodríguez M, Chayán L, et al. Cronoterapia con torasemida en pacientes hipertensos: aumento de la duración y la eficacia terapéuticas con su administración a la hora de acostarse. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 721-729 [EC,I]
- Robles NR, Velasco J, Mena C, Angulo E, Garrote T. Microalbuminuria en pacientes diabéticos y en pacientes con hipertensión arterial: estudio de una cohorte de 979 pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 761-764 [T,I]
- Tranche S, López I, Mostaza JM, Soler B, Mantilla MT, Taboada M, et al. Control de factores de riesgo coronario en prevención secundaria: estudio PRESENA. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 765-769 [T,I]
- De la Figuera M, Llisterri JL. Enfoque conjunto de los factores de riesgo cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 774-775 [AO,I]
- Palareti G, Cosmi B, Legnani C, Tassetto A, Brusi C, Iorio A, et al. D-dimer testing to determine the duration of anticoagulation therapy. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1780-1789 [EC,II]
- Halton TL, Willett WC, Liu S, Manson JE, Albert CM, Rexrode K, et al. Low-carbohydrate-diet score and the risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1991-2002 [T,II]
- Wang TJ, Gona P, Larson MG, Tofler GH, Levy D, Newton-Cheh C, et al. Multiple biomarkers for the prediction of first major cardiovascular events and death. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2631-2639 [S,I]
- Corbalan R ¿Qué podemos hacer para modificar los factores de riesgo coronario? *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59: 1089-1092 [AO,I]
- Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. ACC/AHA/ESC: Guía de práctica clínica 2006 para el manejo de pacientes con fibrilación auricular. Versión resumida. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59: 1329 [R,II]
- Kvenild K, Romundstad S, Midtjell K, Kruger O, Hallan H, Holmen J. Microalbuminuria in treated hypertensives: Only a mirror image of cardiovascular risk? *Scand J Prim Health Care*. 2006; 24: 145-153 [T,I]
- Hedblad B, Nerbrand C, Ekesbo R, Johansson L, Midlov P, Brunkstedt I, et al. High blood pressure despite treatment: Results from a cross-sectional primary healthcare-based study in southern Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2006; 24: 224-230 [T,I]
- Villarreal E, Campos M, Romero NR, Garza ME, Martínez L, Cortes AR. Coste de la atención al paciente diabético-hipertenso en el primer nivel de atención. *Aten Primaria*. 2006; 38: 537-542 [T,I]
- Khunti K, Stone M, Burden A, Turner D, Raymond N, Burden M et al. Randomised controlled trial of near-patient testing for glycated haemoglobin in people with type 2 diabetes mellitus. *B J Gen Pract*. 2006; 56: 511-517 [EC,I]
- Marshall SM, Flyvbjerg A. Prevention and early detection of vascular complications of diabetes. *BMJ*. 2006; 333: 475-480 [R,I]
- Wagner H, Degerblad M, Thorell A, Nygren J, Stahle A, Kuhl J, et al. Combined treatment with exercise training and acarbose improves metabolic control and cardiovascular risk factor profile in subjects with mild type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1471-1477 [EC,I]
- Knopp RH, d'Emden M, Smilde JG, Pocock SJ. Efficacy and safety of atorvastatin in the prevention of cardiovascular end points in subjects with type 2 diabetes: the Atorvastatin Study for Prevention of Coronary Heart Disease Endpoints in non-insulin-dependent diabetes mellitus (ASPEN). *Diabetes Care*. 2006; 29: 1478-1485 [EC,II]
- Kilpatrick ES, Rigby AS, Atkin SL. The effect of glucose variability on the risk of microvascular complications in type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1486-1490 [S,I]
- Rigalleau V, Lasseur C, Raffaitin C, Perlemoine C, Barthe N, Chauveau P, et al. Glucose control influences glomerular filtration rate and its prediction in diabetic subjects. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1491-1495 [T,I]
- Clarke PM, Simon J, Cull CA, Holman RR. Assessing the impact of visual acuity on quality of life in individuals with type 2 diabetes using the short form-36. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1506-1511 [T,I]
- Davies M, Brophy S, Williams R, Taylor A. The prevalence, severity, and impact of painful diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1518-1522 [T,I]
- Johnson SL, Tierney EF, Onyemere KU, Tseng CW, Safford MM, Karter AJ, et al. Who is tested for diabetic kidney disease and who initiates treatment? The Translating Research Into Action For Diabetes (TRIAD) Study. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1733-1738 [S,I]
- Davis WA, Bruce DG, Davis TM. Is self-monitoring of blood glucose appropriate for all type 2 diabetic patients? The Fremantle Diabetes Study. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1764-1770 [S,II]
- Barnard ND, Cohen J, Jenkins DJ, Turner-McGrievy G, Gloede L, Jaster B, et al. A low-fat vegan diet improves glycemic control and cardiovascular risk factors in a randomized clinical trial in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1777-1783 [EC,I]
- Barnett AH, Dreyer M, Lange P, Serdarevic-Pehar M. An open, randomized, parallel-group study to compare the efficacy and safety profile of inhaled human insulin (Exubera) with glibenclamide as adjunctive therapy in patients with type 2 diabetes poorly controlled on metformin. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1818-1825 [EC,II]
- Montori VM, Wang YG, Alonso-Coello P, Bhagra S. Systematic evaluation of the quality of randomized controlled trials in diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1833-1838 [T,I]
- Zandbergen AA, Sijbrands EJ, Lamberts SW, Bootsma AH. Normotensive women with type 2 diabetes and microalbuminuria are at high risk for macrovascular disease. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1851-1855 [S,I]

## DIABETES

- Ceglia L, Lau J, Pittas AG. Meta-analysis: efficacy and safety of inhaled insulin therapy in adults with diabetes mellitus. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 665-675 [M,I]

- Zgibor JC, Piatt GA, Ruppert K, Orchard TJ, Roberts MS. Deficiencies of cardiovascular risk prediction models for type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1860-1865 [S,I]
- Walker EA, Molitch M, Kramer MK, Kahn S, Ma Y, Edelstein S, et al. Adherence to preventive medications: predictors and outcomes in the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1997-2002 [T,I]
- Kirkman MS, Shankar RR, Shankar S, Shen C, Brizendine E, Baron A, et al. Treating postprandial hyperglycemia does not appear to delay progression of early type 2 diabetes: the Early Diabetes Intervention Program. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2095-2101 [EC,II]
- Winkelmayer WC, Zhang Z, Shahinfar S, Cooper ME, Avorn J, Brenner BM. Efficacy and safety of angiotensin II receptor blockade in elderly patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2210-2217 [EC,I]
- Ong CR, Molyneaux LM, Constantino MI, Twigg SM, Yue DK. Long-term efficacy of metformin therapy in nonobese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2361-2364 [S,II]
- Triplitt C, Glass L, Miyazaki Y, Wajcberg E, Gastaldelli A, et al. Comparison of glargine insulin versus rosiglitazone addition in poorly controlled type 2 diabetic patients on metformin plus sulfonylurea. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2371-2377 [EC,I]
- Neil HAW, DeMicco DA, Luo D, Betteridge DJ, Colhoun HM, Durrington PN et al on behalf of the CARDS Study Investigators. Analysis of efficacy and safety in patients aged 65-75 years at randomization: Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS). *Diabetes Care*. 2006; 29: 2378-2384 [EC,I]
- Smith B, Wingard DL, Smith TC, Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Does coffee consumption reduce the risk of type 2 diabetes in individuals with impaired glucose? *Diabetes Care*. 2006; 29: 2385-2390 [S,I]
- Selvin E, Coresh J, Brancati FL. The burden and treatment of diabetes in elderly individuals in the u.s. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2415-2419 [T,I]
- Snowling NJ, Hopkins WG. Effects of different modes of exercise training on glucose control and risk factors for complications in type 2 diabetic patients: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2518-2527 [M,I]
- Hicks PC, Westfall JM, Van Vorst RF, Bublitz Emsermann C, Dickinson LM, et al. Action or inaction? Decision making in patients with diabetes and elevated blood pressure in primary care. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2580-2585 [T,I]
- Cho JH, Chang SA, Kwon HS, Choi YH, Ko SH, Moon SD, et al. Long-term effect of the Internet-based glucose monitoring system on HbA1c reduction and glucose stability: a 30-month follow-up study for diabetes management with a ubiquitous medical care system. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2625-2631 [EC,I]
- Garg S, Jovanovic L. Relationship of fasting and hourly blood glucose levels to HbA1c values: safety, accuracy, and improvements in glucose profiles obtained using a 7-day continuous glucose sensor. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2644-2649 [QE,I]
- Gulliford MC, Charlton J, Latinovic R. Risk of diabetes associated with prescribed glucocorticoids in a large population. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2728-2729 [R,I]
- Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Kreisberg RA. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes: a consensus statement from the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2739-2748 [R,I]
- Deeks ED, Scott LJ. Pioglitazone/Metformin. *Drugs*. 2006; 66: 1863-1877 [R,I]
- Wiecha JM, Chetty VK, Pollard T, Shaw PF. Web-based versus face-to-face learning of diabetes management: the results of a comparative trial of educational methods. *Fam Med*. 2006; 38: 647-652 [QE,I]
- Pavkov ME, Bennett PH, Knowler WC, Krakoff J, Sievers ML Nelson RG. Effect of youth-onset type 2 diabetes mellitus on incidence of end-stage renal disease and mortality in young and middle-aged Pima Indians. *JAMA*. 2006; 296: 421-426 [S,I]
- Gerstein HC, Yusuf S, Bosch J, Pogue J, Sheridan P, Dinccag N, et al. Effect of rosiglitazone on the frequency of diabetes in patients with impaired glucose tolerance or impaired fasting glucose: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2006; 368: 1096-1105 [EC,II]
- Danaei G, Lawes CM, Vander Hoorn S, Murray CJ, Ezzati M. Global and regional mortality from ischaemic heart disease and stroke attributable to higher-than-optimum blood glucose concentration: comparative risk assessment. *Lancet*. 2006; 368: 1651-1659 [M,II]
- Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemio K, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet*. 2006; 368: 1673-1679 [EC,II]
- Robles NR, Velasco J, Mena C, Angulo E, Garrote T. Microalbuminuria en pacientes diabéticos y en pacientes con hipertensión arterial: estudio de una cohorte de 979 pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 761-764 [T,I]
- Gonzalez P, Faure E, Del Castillo A. Coste de la diabetes mellitus en España. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 776-784 [M,II]
- Bosch J, Yusuf S, Gerstein HC, Pogue J, Sheridan P, Dagenais G, et al. Effect of ramipril on the incidence of diabetes. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1551-1562 [EC,I]
- Belfort R, Harrison SA, Brown K, Darland C, Finch J, Hardies J, et al. A placebo-controlled trial of pioglitazone in subjects with nonalcoholic steatohepatitis. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2297-2307 [EC,II]
- Kahn SE, Haffner SM, Heise MA, Herman WH, Holman RR, Jones NP, et al. Glycemic durability of rosiglitazone, metformin, or glyburide monotherapy. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2427-2443 [EC,II]
- Kolding J, Lauritzen T. Inadequate treatment of dyslipidemia in people with type 2 diabetes: Quality assessment of diabetes care in a Danish County. *Scand J Prim Health Care*. 2006; 24: 181-185 [T,I]
- CÁNCER.** Incluye: mama, cervix, próstata, colon, otros.
- Du Toit J, Hamilton W, Barraclough K. Risk in primary care of colorectal cancer from new onset rectal bleeding: 10 year prospective study. *BMJ*. 2006; 333: 69-70 [S,I]
- Mallett S, Deeks JJ, Halligan S, Hopewell S, Cornelius V, Altman DG. Systematic reviews of diagnostic tests in cancer: review of methods and reporting. *BMJ*. 2006; 333: 413 [M,I]
- Kendall M, Boyd K, Campbell C, Cormie P, Fife S, Thomas K, et al. How do people with cancer wish to be cared for in primary care? Serial discussion groups of patients and carers. *Fam Pract*. 2006; 23: 644-650 [C,II]
- Eliassen AH, Colditz GA, Rosner B, Willett WC, Hankinson SE. Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer. *JAMA*. 2006; 296: 193-201 [S,I]
- Wolk A, Larsson SC, Johansson JE, Ekman P. Long-term fatty fish consumption and renal cell carcinoma incidence in women. *JAMA*. 2006; 296: 1371-1376 [S,I]

- Lindor NM, Petersen GM, Hadley DW, Kinney AY, Miesfeldt S, Lu KH, et al. Recommendations for the care of individuals with an inherited predisposition to Lynch syndrome: a systematic review. *JAMA*. 2006; 296: 1507-1517 [M,I]
- Wong YN, Mitra N, Hudes G, Localio R, Schwartz JS, Wan F, et al. Survival associated with treatment vs observation of localized prostate cancer in elderly men. *JAMA*. 2006; 296: 2683-2693 [S,I]
- Litwin MS, Miller DC. Treating older men with prostate cancer: survival (or selection) of the fittest? *JAMA*. 2006; 296: 2733-2734 [AO,II]
- Djulgovic B, Lyman GH. Screening mammography at 40-49 years: regret or no regret? *Lancet*. 2006; 368: 2035-2037 [AO,II]
- Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L for the Trial Management Group. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2006; 368: 2053-2060 [EC,II]
- Gonzalez M, Gomez C, Vilches Y. Ultima etapa de la enfermedad neoplásica progresiva: cuidados en la agonía, síntomas refractarios y sedación. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 421-428 [R,II]
- Bertagnolli MM, Eagle CJ, Zauber AG, Redston M, Solomon SD, Kim K, et al. Celecoxib for the prevention of sporadic colorectal adenomas. *N Engl J Med*. 2006; 355: 873-884 [EC,I]
- Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, Mozzillo N, Elashoff R, Essner R, et al. Sentinel-node biopsy or nodal observation in melanoma. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1307-1317 [EC,II]
- Henschke CL, Yankelevitz DF, Libby DM, Pasmantier MW, Smith JP, Miettinen OS. Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1763-1771 [S,I]
- Regula J, Rupinski M, Kraszewska E, Polkowski M, Pachlewski J, Orłowska J, et al. Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1863-1872 [T,II]
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Wong D, Blumberg D, Lowe L. Guidelines for the use of antibiotics in acute upper respiratory tract infections. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 956-966 [R,II]
- Osguthorpe JD, Nielsen DR. Otitis externa: Review and clinical update. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 1510-1516 [R,I]
- Hornberger J, Robertus K. Cost-effectiveness of a vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 317-325 [T,I]
- Palop V, Martínez-Mir I. Documento de consenso sobre la utilización de antibióticos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2006; 38: 137-138 [AO,II]
- Baos V, Barbero A, Diogene E, Eguilleor A, Eyaralar T, Ibañez J, et al. Documento de consenso sobre la utilización de antibióticos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2006; 38: 174-177 [AO,II]
- Arroll B, Kenealy T. Are antibiotics effective for acute purulent rhinitis? Systematic review and meta-analysis of placebo controlled randomised trials. *BMJ*. 2006; 333: 279 [M,I]
- Everitt HA, Little PS, Smith PW. A randomised controlled trial of management strategies for acute infective conjunctivitis in general practice. *BMJ*. 2006; 333: 321 [EC,I]
- Mandel EM, Casselbrant ML. Recent developments in the treatment of otitis media with effusion. *Drugs*. 2006; 66: 1565-1576 [R,I]
- Hopstaken RM, Coenen S, Butler CC, Nelemans P, Muris JW, Rinkens PE, et al. Prognostic factors and clinical outcome in acute lower respiratory tract infections: a prospective study in general practice. *Fam Pract*. 2006; 23: 512-519 [S,I]
- Lazaro E, Oteo J. Evolución del consumo y de la resistencia a antibióticos en España. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2006; 30: 10-19 [R,II]
- Hammer SM, Saag MS, Schechter M, Montaner JS, Schooley RT, Jacobsen DM, et al. Treatment for adult HIV infection: 2006 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA*. 2006; 296: 827-843 [M,III]
- Spiro DM, Tay KY, Arnold DH, Dziura JD, Baker MD, Shapiro ED. Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296: 1235-1241 [EC,II]
- Simon V, Ho DD, Abdool Karim Q. HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. *Lancet*. 2006; 368: 489-504 [R,II]
- Heininger U, Seward JF. Varicella. *Lancet*. 2006; 368: 1365-1376 [R,II]
- Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet*. 2006; 368: 1429-1435 [M,I]
- De Irala J, Alonso A. Changes in sexual behaviours to prevent HIV. *Lancet*. 2006; 368: 1749-1750 [AO,I]
- Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S. Global control of sexually transmitted infections. *Lancet*. 2006; 368: 2001-2016 [AO,II]
- Clave P, de Kraa M, Arreola V, Girvent M, Farre R, Palomera E, et al. Factores pronósticos de la neumonía adquirida en la comunidad en ancianos. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 201-205 [T,II]
- García MA. Neumonía en el anciano: un viejo desafío, nuevas perspectivas. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 214-215 [AO,I]
- Hladik W, Dollard SC, Mermin J, Fowlkes AL, Downing R, Amin MM, et al. Transmission of human herpesvirus 8 by blood transfusion. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1331-1338 [S,II]
- Wenzel RP, Fowler AA. Clinical practice. Acute bronchitis. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2125-2130 [R,I]
- ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA**
- Naberan K, De la Roza C, Lamban M, Gobartt E, Martin A, Miravittles M. Utilización de la espirometría en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 2006; 42: 638-644 [T,II]
- Roede B, Bindels P, Brouwer H, Bresser P, de Borgie C, Prins J. Antibiotics and steroids for exacerbations of COPD in primary care: compliance with Dutch guidelines. *Br J Gen Pract*. 2006; 56: 662-665 [S,II]
- Poels PJ, Schermer TR, van Weel C, Calverley PM. Spirometry in chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ*. 2006; 333: 870-871 [AO,I]
- Noonan M, Rosenwasser LJ, Martin P, O'Brien CD, O'dowd L. Efficacy and safety of budesonide and formoterol in one pressurised metered-dose inhaler in adults and adolescents with moderate to severe asthma: a randomised clinical trial. *Drugs*. 2006; 66: 2235-2254 [EC,I]
- Rabe KF, Atienza T, Magyar P, Larsson P, Jorup C, Lalloo UG. Effect of budesonide in combination with formoterol for relief

er therapy in asthma exacerbations: a randomised controlled, double-blind study. *Lancet*. 2006; 368: 744-753 [EC,I]

Murray CS, Woodcock A, Langley SJ, Morris J, Custovic A. Secondary prevention of asthma by the use of Inhaled Fluticasone propionate in Wheezy INfants (IFWIN): double-blind, randomised, controlled study. *Lancet*. 2006; 368: 754-762 [EC,I]

Holgate ST, Polosa R. The mechanisms, diagnosis, and management of severe asthma in adults. *Lancet*. 2006; 368: 780-793 [R,II]

O'Byrne PM, Parameswaran K. Pharmacological management of mild or moderate persistent asthma. *Lancet*. 2006; 368: 794-803 [R,II]

Haland G, Carlsen KC, Sandvik L, Devulapalli CS, Munthe-Kaas MC, Pettersen M, et al. Reduced lung function at birth and the risk of asthma at 10 years of age. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1682-1689 [S,II]

Stratelis G, Molstad S, Jakobsson P, Zetterstrom O. The impact of repeated spirometry and smoking cessation advice on smokers with mild COPD. *Scand J Prim Health Care*. 2006; 24: 133-139 [EC,I]

Lampela P, Saynajakangas O, Keistinen T. Is the treatment of acute COPD exacerbations in Finland shifting to general practitioners? *Scand J Prim Health Care*. 2006; 24: 140-144 [T,I]

Geijer RM, Sachs AP, Verheij TJ, Lammers JW, Salome PL, Hoes AW. Are patient characteristics helpful in recognizing mild COPD (GOLD I) in daily practice? *Scand J Prim Health Care*. 2006; 24: 237-242 [T,I]

Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, West R. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. *Thorax*. 2006; 61: 1043-1047 [T,II]

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

Lurie SJ, Gawinski B, Pierce D, Rousseau SJ. Seasonal affective disorder. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 1521-1524 [R,I]

Dobscha SK, Corson K, Hickam DH, Perrin NA, Kraemer DF, Gerity MS. Depression decision support in primary care: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 477-487 [EC,I]

Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 2314-2321 [M,I]

Martinez R, Reynolds S, Howe A. Factors that influence the detection of psychological problems in adolescents attending general practices. *B J Gen Pract*. 2006; 56: 594-599 [S,I]

Biddle L, Donovan J, Gunnell D, Sharp D. Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study. *B J Gen Pract*. 2006; 56: 924-931 [C,I]

Campion J, McNeill A, Checinski K. Exempting mental health units from smoke-free laws. *BMJ*. 2006; 333: 407-408 [AO,I]

Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg NA. Obsessive-compulsive disorder. *BMJ*. 2006; 333: 424-429 [R,I]

Lovell K, Cox D, Haddock G, Jones C, Raines D, Garvey R, et al. Telephone administered cognitive behaviour therapy for treatment of obsessive compulsive disorder: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*. 2006; 333: 883 [EC,I]

Golden J, Lawlor B. Treatment of dementia in the community. *BMJ*. 2006; 333: 1184-1185 [AO,I]

Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ*. 2006; 333: 1196 [EC,I]

Hoffer LJ. Tube feeding in advanced dementia: the metabolic perspective. *BMJ*. 2006; 333: 1214-1215 [AO,II]

Probst JC, Laditka SB, Moore CG, Harun N, Powell MP, Baxley EG. Rural-urban differences in depression prevalence: implications for family medicine. *Fam Med*. 2006; 38: 653-660 [T,I]

Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*. 2006; 368: 119-123 [S,I]

Blennow K, de Leon MJ, Zetterberg H. Alzheimer's disease. *Lancet*. 2006; 368: 387-403 [R,II]

Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. *Lancet*. 2006; 368: 2156-2166 [R,II]

Marmol F. Litio: 55 años de historia en el tratamiento del trastorno bipolar. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 189 - 195 [R,I]

Friedman RA. Violence and mental illness—how strong is the link? *N Engl J Med*. 2006; 355: 2064-2066 [AO,I]

Friedman RA. Uncovering an epidemic—screening for mental illness in teens. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2717-2719 [AO,I]

Brent DA, Mann JJ. Familial pathways to suicidal behavior—understanding and preventing suicide among adolescents. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2719-2721 [R,I]

Simon GE. The antidepressant quandary—considering suicide risk when treating adolescent depression. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2722-2723 [AO,I]

**SALUD LABORAL**

Moreno B, Gálvez M, Garrosa E, Mingote JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Aten Primaria*. 2006; 38: 544-549 [T,II]

López S, Albadalejo R, Villanueva R, Domínguez V. Análisis de la incapacidad temporal en trabajadores de la rama sanitaria de un área de salud. *Aten Primaria*. 2006; 38: 550-554 [T,I]

Santamaria N, Catot N, Benavides FG. Tendencias temporales de las lesiones mortales (traumáticas) por accidente de trabajo en España (1992-2002) *Gac Sanit*. 2006; 20: 280-286 [S,I]

**ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES**

Schwartz R, Jasnusz C, Janninger C. Seborrheic dermatitis: an overview. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 125-130 [R,II]

Van Tulder M, Koes B. Chronic low back pain. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 1577-1579 [CC I]

Rao SS, Hofmann LA, Shakil A. Parkinson's disease: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 2046-2054 [R,I]

Goldhaber SZ, Berkwitz M. Trials that matter: can patients with venous thromboembolism be treated with fixed-dose subcutaneous unfractionated heparin? *Ann Intern Med*. 2006; 145: 929-931 [AO,I]

Perlman AI, Sabina A, Williams AL, Njike VY, Katz DL. Massage therapy for osteoarthritis of the knee: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 2533-2538 [EC,I]

Bobe F, Buil ME, Allue AI, Morro A, Maxenchs M, Gens M. Hipertrofia benigna de próstata. Necesidad de valorar la calidad de vida en el proceso terapéutico. *Aten Primaria*. 2006; 38: 387-391 [S,I]

Parker M, Johansen A. Hip fracture. *BMJ*. 2006; 333: 27-30 [R,I]

Campbell B. Varicose veins and their management. *BMJ*. 2006; 333: 287-292 [R,I]

Smith CH, Barker JN. Psoriasis and its management. *BMJ*. 2006; 333: 380-384 [R,I]

- Croft P, Hay E. Osteoarthritis in primary care. *BMJ*. 2006; 333: 867-868 [AO,I]
- Purdy S, de Berker D. Acne. *BMJ*. 2006; 333: 949-953 [R,I]
- Hughes CM, Bleakley CM. Treatment of knee pain in primary care: pharmacists and physiotherapists need to be a part of the team. *BMJ*. 2006; 333: 981-982 [AO,I]
- Hay EM, Foster NE, Thomas E, Peat G, Phelan M, Yates HE, et al. Effectiveness of community physiotherapy and enhanced pharmacy review for knee pain in people aged over 55 presenting to primary care: pragmatic randomised trial. *BMJ*. 2006; 333: 995 [EC,I]
- Groves T. Pandemic obesity in Europe. *BMJ*. 2006; 333: 1081 [AO,I]
- Poole KE, Compston JE. Osteoporosis and its management. *BMJ*. 2006; 333: 1251-1256 [R,I]
- Henness S, Perry CM. Orlistat: a review of its use in the management of obesity. *Drugs*. 2006; 66: 1625-1656 [R,I]
- Kwan P, Brodie MJ. Combination therapy in epilepsy : when and what to use. *Drugs*. 2006; 66: 1817-1829 [R,I]
- Donner-Banzhoff N, Roth T, Sonnichsen AC, Luckmann J, Leonhardt C, Chenot JF, et al. Evaluating the accuracy of a simple heuristic to identify serious causes of low back pain. *Fam Pract*. 2006; 23: 682-686 [T,I]
- Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, Tomlinson GA, McCrory DC, Booth CM. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? *JAMA*. 2006; 296: 1274-1283 [M,II]
- Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD, Skinner JS, Hanscom B, Tosteson AN, et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation: the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) observational cohort. *JAMA*. 2006; 296: 2451-2459 [S,II]
- Carragee E. Surgical treatment of lumbar disk disorders. *JAMA*. 2006; 296: 2485-2487 [AO,I]
- Black DM, Schwartz AV, Ensrud KE, Cauley JA, Levis S, Quandt SA, et al. FLEX Research Group. Effects of continuing or stopping alendronate after 5 years of treatment: the Fracture Intervention Trial Long-term Extension (FLEX): a randomized trial. *JAMA*. 2006; 296: 2927-2938 [EC,I]
- Strategies for stroke management. *Lancet*. 2006; 368: 2106 [AO,I]
- Silveira MB, Gomez-Pan A, Carraro R. Nuevas perspectivas en el tratamiento de la obesidad: el aparato digestivo como órgano endocrino. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126: 300-305 [R,I]
- De Paz R, Canales MA, Hernández-Navarro F. Anemia megaloblástica. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 185-188 [R,I]
- Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Codony M, Reneses B, Von Korff M, Haro JM, et al. Prevalencia y comorbilidad física y mental del dolor dorsal y cervical crónicos en España: resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 325-330 [T,I]
- Marin F, Gonzalez-Macias J, Moya R, Onrubia C, Cancelo C, Alvarez S, et al. en representación de los investigadores del proyecto ECOSAP. Incidencia de fractura no vertebral por fragilidad en una cohorte de 5.201 mujeres de 65 años o más durante 3 años de seguimiento. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 401-404 [S,I]
- Naves M. Fracturas por osteoporosis en la mujer española. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 413-414 [AO,I]
- Hervas MT, Navarro MJ, Peiro S, Rodrigo JL, López P, Martínez I. Versión española del cuestionario DASH. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 441-447 [T,I]
- Jiménez PE, Marsal C. Cefalea. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 744-748 [R,I]
- Wing RR, Tate DF, Gorin AA, Raynor HA, Fava JL. A self-regulation program for maintenance of weight loss. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1563-1571 [EC,I]
- YD Kwon. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. *Rheumatology*. 2006; 45: 1331-1337 [M,I]

## MEDIOS DIAGNÓSTICOS

- Naberan K, De la Roza C, Lamban M, Gobartt E, Martin A, Miravittles M. Utilización de la espirometría en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 2006; 42: 638-644 [T,I]
- Speets A, van der Graaf Y, Hoes A, Kalmijn S, Sachs A, Rutten M, et al. Chest radiography in general practice: indications, diagnostic yield and consequences for patient management. *B J Gen Pract*. 2006; 56: 574-578 [S,II]
- Bramwell R, West H, Salmon P. Health professionals' and service users' interpretation of screening test results: experimental study. *BMJ*. 2006; 333: 284 [EC,I]
- Straus SE. Bridging the gaps in evidence based diagnosis. *BMJ*. 2006; 333: 405-406 [AO,I]
- Mallett S, Deeks JJ, Halligan S, Hopewell S, Cornelius V, Altman DG. Systematic reviews of diagnostic tests in cancer: review of methods and reporting. *BMJ*. 2006; 333: 413 [M,I]
- Traynor J, Mactier R, Geddes CC, Fox JG. How to measure renal function in clinical practice. *BMJ*. 2006; 333: 733-737 [R,II]
- Speets AM, Hoes AW, Van der Graaf Y, Kalmijn S, de Wit NJ, Van Swijndregt AD, et al. Upper abdominal ultrasound in general practice: indications, diagnostic yield and consequences for patient management. *Fam Pract*. 2006; 23: 507-511 [S,I]
- Donner-Banzhoff N, Roth T, Sonnichsen AC, Luckmann J, Leonhardt C, Chenot JF, et al. Evaluating the accuracy of a simple heuristic to identify serious causes of low back pain. *Fam Pract*. 2006; 23: 682-686 [T,I]
- Hervás MT, Navarro MJ, Peiro S, Rodrigo JL, López P, Martínez I. Versión española del cuestionario DASH. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 441-447 [T,I]

## INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- Gardiner P, Dvorkin L. Promoting medication adherence in children. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 793-798 [R,II]
- Schnitzer PG. Prevention of unintentional childhood injuries. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 1864-1869 [R,I]
- Berkowitz R, Fujioka K, Daniela S, Hoppin A, Owen S, Perry A, et al. Effects of Sibutramine treatment in obese adolescents: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 81-90 [EC,II]
- Martinez R, Reynolds S, Howe A. Factors that influence the detection of psychological problems in adolescents attending general practices. *B J Gen Pract*. 2006; 56: 594-599 [S,I]
- Yancey A. Tackling childhood obesity: requires a shift in social norms, not just an exercise programme. *BMJ*. 2006; 333: 1031-1032 [AO,I]
- Reilly JJ, Kelly L, Montgomery C, Williamson A, Fisher A, McColl JH, et al. Physical activity to prevent obesity in young children: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2006; 333: 1041 [EC,I]
- Hayes M. Child safety in cars. *BMJ*. 2006; 333: 1183-1184 [AO,I]
- Tonkin SL, Vogel SA, Bennet L, Gunn AJ. Apparently life threatening events in infant car safety seats. *BMJ*. 2006; 333: 1205-1206 [R,I]
- LeBlanc JC, Pless IB, King WJ, Bawden H, Bernard-Boninin AC, Klassen T, et al. Home safety measures and the risk of unin-

tentional injury among young children: a multicentre case-control study. *CMAJ*. 2006; 175: 883-887 [CC,I]

Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet*. 2006; 368: 1581-1586 [R,II]

Glasier A, Gulmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*. 2006; 368: 1595-1607 [R,II]

Wilkinson P, French R, Kane R, Lachowycz K, Stephenson J, Grundy C, et al. Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet*. 2006; 368: 1879-1886 [S,I]

Kulkarni N, Piersie N, Rushton L, Grigg J. Carbon in airway macrophages and lung function in children. *N Engl J Med*. 2006; 355: 21-30 [T,I]

Friedman RA. Uncovering an epidemic—screening for mental illness in teens. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2717-2719 [AO,I]

Brent DA, Mann JJ. Familial pathways to suicidal behavior—understanding and preventing suicide among adolescents. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2719-2721 [R,I]

Simon GE. The antidepressant quandary—considering suicide risk when treating adolescent depression. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2722-2723 [AO,I]

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

Lesniewski R, Prine L. Initiating hormonal contraception. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 105-112 [R,II]

Magee SR, Taylor JS. Hormone therapy in postmenopausal and perimenopausal women. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 1501-1503 [EC I]

Newton KM, Reed SD, LaCroix AZ, Grothaus LC, Ehrlich K, Guiltinan J. Treatment of vasomotor symptoms of menopause with black cohosh, multibotanicals, soy, hormone therapy, or placebo: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 869-879 [EC,I]

Mangione CM. A randomized trial of alternative medicines for vasomotor symptoms of menopause. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 924-925 [AO,I]

Tice JA, Kanaya A, Hue T, Rubin S, Buist DS, Lacroix A, et al. Risk factors for mortality in middle-aged women. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 2469-2477 [S,II]

Icart MT, Pulpon AM, Icart C, Bielsa M. Maltrato psicológico en una muestra de mujeres atendidas en atención primaria. *Aten Primaria*. 2006; 38: 580-581 [T,I]

Barr WB. Vaginal speculum examinations without stirrups. *BMJ*. 2006; 333: 158-159 [AO,I]

Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, et al. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ*. 2006; 333: 171 [EC,I]

Grady D. Clinical practice. Management of menopausal symptoms. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2338-2347 [AO,I]

**ANCIANOS**

Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 1537-1544 [R,I]

Espeland MA, Henderson VW. Preventing cognitive decline in usual aging. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 2433-2434 [AO,I]

Varas-Fabra F, Castro E, Pérula LA, Fernández MJ, Ruiz R, Enciso I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten Primaria*. 2006; 38: 450-455 [T,I]

Denneboom W, Dautzenberg M, Grol R, De Smet P. Analysis of polypharmacy in older patients in primary care using a multidisciplinary expert panel. *B J Gen Pract*. 2006; 56: 504-510 [T,II]

Winkelmayer WC, Zhang Z, Shahinfar S, Cooper ME, Avorn J, Brenner BM. Efficacy and safety of angiotensin II receptor blockade in elderly patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2210-2217 [EC,I]

Norg RJC, Portegijs PJM, Van de Beek K, van Schayck O, Knotterus JA. A decision aid for GPs for the treatment of elderly male patients with lower urinary tract symptoms (LUTS). *Fam Pract*. 2006; 23: 666-673 [T,I]

Zafra E, Peiro R, Ramon N, Alvarez-Dardet C, Borrell C. Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. *Gac Sanit*. 2006; 20: 295-302 [T,II]

Manini TM, Everhart JE, Patel KV, Schoeller DA, Colbert LH, Vissner M, et al. Daily activity energy expenditure and mortality among older adults. *JAMA*. 2006; 296: 171-179 [S,I]

Walter LC, Bertenthal D, Lindquist K, Konety BR. PSA screening among elderly men with limited life expectancies. *JAMA*. 2006; 296: 2336-2342 [S,I]

Wong YN, Mitra N, Hudes G, Localio R, Schwartz JS, Wan F, et al. Survival associated with treatment vs observation of localized prostate cancer in elderly men. *JAMA*. 2006; 296: 2683-2693 [S,I]

Litwin MS, Miller DC. Treating older men with prostate cancer: survival (or selection) of the fittest? *JAMA*. 2006; 296: 2733-2734 [AO,II]

Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske TM, Ball K, Elias J, Koepke KM, et al. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *JAMA*. 2006; 296: 2805-2814 [EC,I]

Shumaker SA, Legault C, Coker LH. Behavior-based interventions to enhance cognitive functioning and independence in older adults. *JAMA*. 2006; 296: 2852-2854 [AO,I]

Clave P, de Kraa M, Arreola V, Girvent M, Farre R, Palomera E, et al. Factores pronósticos de la neumonía adquirida en la comunidad en ancianos. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 201-205 [T,I]

García MA. Neumonía en el anciano: un viejo desafío, nuevas perspectivas. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 214-215 [AO,I]

De Luis D, Izaola O, Mateos M, Aller R, Terroba C, Cuellar L. Utilidad de productos deshidratados en dietas de textura modificadas en pacientes ancianos ambulatorios. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 374-375 [QE,I]

Marín F, González-Macias J, Moya R, Onrubia C, Cancelo C, Álvarez S, et al; en representación de los investigadores del proyecto ECOSAP. Incidencia de fractura no vertebral por fragilidad en una cohorte de 5.201 mujeres de 65 años o más durante 3 años de seguimiento. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 401-404 [S,I]

Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail MS, et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1525-1538 [EC,II]

Nair KS, Rizza RA, O'Brien P, Dhatariya K, Short KR, Nehra A, et al. DHEA in elderly women and DHEA or testosterone in elderly men. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1647-1659 [EC,I]

Luukinen H, Lehtola S, Jokelainen J, Vaananen-Sainio R, Lotvonen S, Koistinen P. Prevention of disability by exercise among the elderly: A population-based, randomized, controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 2006; 24: 199-205 [EC,I]

**URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 1537-1544 [R,I]

- Cooper JA, Cooper JD, Cooper JM. Cardiopulmonary resuscitation: history, current practice, and future direction. *Circulation*. 2006; 114: 2839-2849 [AO,II]
- Aranaz JM, Martínez R, Gea MT, Rodrigo V, Antón P, Pajares FG. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gac Sanit*. 2006; 20: 311-315 [T,I]
- Nuñez S, Marco T, Burillo-Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 580-583 [R,II]
- TERAPÉUTICA.** Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.
- Schwartz R, Jasnusz C, Janninger C. Seborrheic dermatitis: an overview. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 125-130 [R,II]
- Okuyemi K, Nollen N, Ahluwalia J. Interventions to facilitate smoking cessation. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 262-271 [R,II]
- Morris S, Hatcher H, Reddy D. Digoxin therapy for heart failure: an update. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 613-618 [R,II]
- Gardiner P, Dvorkin L. Promoting medication adherence in children. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 793-798 [R,II]
- Wong D, Blumberg D, Lowe L. Guidelines for the use of antibiotics in acute upper respiratory tract infections. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 956-966 [R,II]
- Epstein BJ, Gums JG, Molina E. Newer agents for the management of overactive bladder. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 2061-2068 [AO,I]
- Berkowitz R, Fujioka K, Daniela S, Hoppin A, Owen S, Perry A, et al. Effects of Sibutramine treatment in obese adolescents: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 81-90 [EC,II]
- Bauman JL, DiDomenico RJ, Viana M, Fitch M. A method of determining the dose of digoxin for heart failure in the modern era. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 2539-2545 [T,I]
- Palop V, Martínez-Mir I. Documento de consenso sobre la utilización de antibióticos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2006; 38: 137-138 [AO,II]
- Baos V, Barbero A, Diogene E, Eguilleor A, Eyaralar T, Ibáñez J, et al. Documento de consenso sobre la utilización de antibióticos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2006; 38: 174-177 [AO,II]
- Rocafort J, Herrera E, Fernandez F, Grajera ME, Redondo MJ, Diaz F, et al. Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. *Aten Primaria*. 2006; 38: 316-323 [T,I]
- Sema C, Galvan L, Gasco E, Santafe P, Martin E, Vila T. Evolución en el consumo de antidepresivos durante los años 2002 a 2004. *Aten Primaria*. 2006; 38: 456-460 [T,I]
- Gene E, Calvet X, Azagra R, Gisbert JP. ¿Siete o diez días? Estudio de coste-efectividad sobre la duración del tratamiento de la infección por *H. pylori* en atención primaria. *Aten Primaria*. 2006; 38: 555-562 [CE,I]
- García C, Marín P, Rabanaque G, Monedero MJ. ¿Informamos correctamente al paciente cuando prescribimos un antibiótico? *Aten Primaria*. 2006; 38: 580-580 [T,I]
- Denneboom W, Dautzenberg M, Grol R, De Smet P. Analysis of polypharmacy in older patients in primary care using a multidisciplinary expert panel. *B J Gen Pract*. 2006; 56: 504-510 [T,II]
- Fleetcroft R, Cookson R. The relationship between prescribing expenditure and quality in primary care: an observational study. *B J Gen Pract*. 2006; 56: 613-619 [T,I]
- Roede B, Bindels P, Brouwer H, Bresser P, de Borgie C, Prins J. Antibiotics and steroids for exacerbations of COPD in primary care: compliance with Dutch guidelines. *Br J Gen Pract*. 2006; 56: 662-665 [S,II]
- Arroll B, Kenealy T. Are antibiotics effective for acute purulent rhinitis? Systematic review and meta-analysis of placebo controlled randomised trials. *BMJ*. 2006; 333: 279 [M,I]
- Ho KM, Sheridan DJ. Meta-analysis of frusemide to prevent or treat acute renal failure. *BMJ*. 2006; 333: 420 [M,I]
- Rubin P. A prescription for better prescribing: medical education is a continuum. *BMJ*. 2006; 333: 601 [AO,II]
- Hallas J, Dall M, Andries A, Andersen BS, Aalykke C, Hansen JM, et al. Use of single and combined antithrombotic therapy and risk of serious upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study. *BMJ*. 2006; 333: 726 [CC,I]
- Heart Protection Study Collaborative; Mihaylova B, Briggs A, Armitage J, Parish S, Gray A, Collins R. Lifetime cost effectiveness of simvastatin in a range of risk groups and age groups derived from a randomised trial of 20,536 people. *BMJ*. 2006; 333: 1145 [CE,I]
- Kashani A, Phillips CO, Foody JM, Wang Y, Mangalmurti S, Ko DT, et al. Risks associated with statin therapy: a systematic overview of randomized clinical trials. *Circulation*. 2006; 114: 2788-2797 [M,II]
- Barnett AH, Dreyer M, Lange P, Serdarevic-Pehar M. An open, randomized, parallel-group study to compare the efficacy and safety profile of inhaled human insulin (Exubera) with glibenclamide as adjunctive therapy in patients with type 2 diabetes poorly controlled on metformin. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1818-1825 [EC,II]
- Walker EA, Molitch M, Kramer MK, Kahn S, Ma Y, Edelstein S, et al. Adherence to preventive medications: predictors and outcomes in the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*. 2006; 29: 1997-2002 [T,I]
- Gulliford MC, Charlton J, Latinovic R. Risk of diabetes associated with prescribed glucocorticoids in a large population. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2728-2729 [R,I]
- Moen MD, Wagstaff AJ. Nebivolol: a review of its use in the management of hypertension and chronic heart failure. *Drugs*. 2006; 66: 1389-1409 [R,I]
- Hennes S, Perry CM. Orlistat: a review of its use in the management of obesity. *Drugs*. 2006; 66: 1625-1656 [R,I]
- Kwan P, Brodie MJ. Combination therapy in epilepsy: when and what to use. *Drugs*. 2006; 66: 1817-1829 [R,I]
- Deeks ED, Scott LJ. Pioglitazone/Metformin. *Drugs*. 2006; 66: 1863-1877 [R,I]
- Wagstaff AJ. Valsartan/Hydrochlorothiazide: a review of its use in the management of hypertension. *Drugs*. 2006; 66: 1881-1901 [R,I]
- Noonan M, Rosenwasser LJ, Martin P, O'Brien CD, O'dowd L. Efficacy and safety of budesonide and formoterol in one pressurised metered-dose inhaler in adults and adolescents with moderate to severe asthma: a randomised clinical trial. *Drugs*. 2006; 66: 2235-2254 [EC,I]
- Stantridge JB. Of doctor conventions and drug companies. *Fam Med*. 2006; 38: 518-520 [AO,I]
- Lazaro E, Oteo J. Evolución del consumo y de la resistencia a antibióticos en España. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2006; 30: 10-19 [R,I]
- Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and

- placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296: 47-55 [EC,I]
- Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296: 56-63 [EC,I]
- Alam NH, Yunus M, Faruque AS, Gyr N, Sattar S, Parvin S, et al. Symptomatic hyponatremia during treatment of dehydrating diarrheal disease with reduced osmolarity oral rehydration solution. *JAMA*. 2006; 296: 567-573 [EC,I]
- Kearon C, Ginsberg JS, Julian JA, Douketis J, Solymoss S, Ockelford P, et al. Comparison of fixed-dose weight-adjusted unfractionated heparin and low-molecular-weight heparin for acute treatment of venous thromboembolism. *JAMA*. 2006; 296: 935-942 [EC,I]
- Zhang J, Ding EL, Song Y. Adverse effects of cyclooxygenase 2 inhibitors on renal and arrhythmia events: meta-analysis of randomized trials. *JAMA*. 2006; 296: 1619-1632 [M,I]
- McGettigan P, Henry D. Cardiovascular risk and inhibition of cyclooxygenase: a systematic review of the observational studies of selective and nonselective inhibitors of cyclooxygenase 2. *JAMA*. 2006; 296: 1633-1644 [M,I]
- Black DM, Schwartz AV, Ensrud KE, Cauley JA, Levis S, Quandt SA, et al; FLEX Research Group. Effects of continuing or stopping alendronate after 5 years of treatment: the Fracture Intervention Trial Long-term Extension (FLEX): a randomized trial. *JAMA*. 2006; 296: 2927-2938 [EC,I]
- Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet*. 2006; 368: 1429-1435 [M,I]
- Mármol F. Litio: 55 años de historia en el tratamiento del trastorno bipolar. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 189-195 [R,I]
- Morales-Olivas FJ, Estañ L. Interacciones medicamentosas. Nuevos aspectos. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 269-275 [R,I]
- García-Altes A, Puig-Junoy J. Revisión de la evidencia científica sobre la eficiencia del uso de la eritropoyetina. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 415-421 [R,I]
- González M, Gómez C, Vilches Y. Última etapa de la enfermedad neoplásica progresiva: cuidados en la agonía, síntomas refractarios y sedación. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 421-428 [R,II]
- Sicras A, Navarro R, Fernández J, Checa JC. Eficacia de la atorvastatina en comparación con otras estatinas en situación de práctica clínica habitual en el ámbito de la atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 555-556 [T,I]
- Soto J. Obtención de datos de efectividad previos a la comercialización de los medicamentos: ¿utopía o realidad? *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 736-737 [AO,I]
- Barrett-Connor E, Mosca L, Collins P, Geiger MJ, Grady D, Kornitzer M, et al. Effects of raloxifene on cardiovascular events and breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med*. 2006; 355: 125-137 [EC,I]
- Amarenco P, Bogousslavsky J, Callahan A 3rd, Goldstein LB, Hennerici M, Rudolph AE, et al. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med*. 2006; 355: 549-559 [EC,II]
- Ohmit SE, Victor JC, Rothhoff JR, Teich ER, Truscon RK, Baum LL, et al. Prevention of antigenically drifted influenza by inactivated and live attenuated vaccines. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2513-2522 [EC,II]
- King JC Jr, Stoddard JJ, Gaglani MJ, Moore KA, Magder L, McClure E, et al. Effectiveness of school-based influenza vaccination. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2523-2532 [CC,II]
- YD Kwon. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. *Rheumatology* 2006; 45: 1331-1337 [M,I]

## ENTREVISTA CLÍNICA

- Fryer-Edwards K, Arnold RM, Baile W, Tulsy JA, Petracca F, Back A. Reflective teaching practices: an approach to teaching communication skills in a small-group setting. *Acad Med*. 2006; 81: 638-644 [AO,I]
- Hobma S, Ram P, Muijtjens A, van der Vleuten C, Grol R. Effective improvement of doctor-patient communication: a randomised controlled trial. *B J Gen Pract*. 2006; 56: 580-586 [EC,I]
- Shlimbaum TE, Ruddy NB. Teaching essential elements of routine encounters: the "A"s and "Ex"s of achieving patient-physician satisfaction. *Fam Med*. 2006; 38: 469-471 [AO,I]
- Goulet F, Jacques A, Gagnon R, Boule R, Girard G, Frenette J. CME Workshop in recognizing boundary limits during a medical visit. *Fam Med*. 2006; 38: 570-576 [QE,I]
- Núñez S, Marco T, Burillo-Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127: 580-583 [R,II]

## ATENCIÓN FAMILIAR

- García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006; 368: 1260-1269 [T,I]

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

- Jovell AJ, Navarro MD, Fernández L, Blancafort S. Participación del Paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2006; 38: 234-237 [AO,II]
- Coulter A. Can patients assess the quality of health care? *BMJ*. 2006; 333: 1-2 [AO,I]
- Rao M, Clarke A, Sanderson C, Hammersley R. Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: cross sectional study. *BMJ*. 2006; 333: 19 [T,II]
- Moll Van Charante E, Giesen P, Mookink H, Oort F, Grol R, Klazinga N, et al. Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in The Netherlands: development of a postal questionnaire. *Fam Pract*. 2006; 23: 437-443 [T,I]

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

- Hoffman K, Hosokawa M, Blake R Jr, Headrick L, Johnson G. Problem-based learning outcomes: ten years of experience at the University of Missouri-Columbia School of Medicine. *Acad Med*. 2006; 81: 617-625 [T,I]
- Fryer-Edwards K, Wilkins MD, Baernstein A, Braddock CH 3rd. Bringing ethics education to the clinical years: ward ethics sessions at the University of Washington. *Acad Med*. 2006; 81: 626-631 [S,I]
- Kamin C, Souza KH, Heestand D, Moses A, O'Sullivan P. Educational technology infrastructure and services in North American medical schools. *Acad Med*. 2006; 81: 632-637 [T,I]
- Fryer-Edwards K, Arnold RM, Baile W, Tulsy JA, Petracca F, Back A. Reflective teaching practices: an approach to teaching communication skills in a small-group setting. *Acad Med*. 2006; 81: 638-644 [AO,I]

- Whitcomb ME. The shortage of physicians and the future role of nurses. *Acad Med.* 2006; 81: 779-780 [AO,I]
- Garson A Jr. Overview: health policy and academic health centers. *Acad Med.* 2006; 81: 781 [AO,I]
- Brindis RG, Spertus J. The role of academic medicine in improving health care quality. *Acad Med.* 2006; 81: 802-806 [AO,I]
- Goldstein EA, Maestas RR, Fryer-Edwards K, Wenrich MD, Oelschlagel AM, Baernstein A, et al. Professionalism in medical education: an institutional challenge. *Acad Med.* 2006; 81: 871-876 [R,I]
- Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulsy JA. A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life. *Acad Med.* 2006; 81: 1008-1012 [EC,I]
- Whitcomb ME. The general professional education of the physician. *Acad Med.* 2006; 81: 1015-1016 [AO,II]
- Woodrow SI, Segouin C, Armbruster J, Hamstra SJ, Hodges B. Duty hours reforms in the United States, France, and Canada: is it time to refocus our attention on education? *Acad Med.* 2006; 81: 1045-1051 [AO,I]
- Kozu T. Medical education in Japan. *Acad Med.* 2006; 81: 1069-1075 [AO,I]
- Wasfy JH. Learning about clinical uncertainty. *Acad Med.* 2006; 81: 1075 [AO,I]
- Gonzalez-Gonzalez AI, Sanchez JF, Sanz T, Riesgo R, Escortell E, Hernandez T. Estudio de las necesidades de información generadas por los médicos de atención primaria (proyecto ENIGMA). *Aten Primaria.* 2006; 38: 219-224 [T,I]
- Shlimbaum TE, Ruddy NB. Teaching essential elements of routine encounters: the "A"s and "Ex"s of achieving patient-physician satisfaction. *Fam Med.* 2006; 38: 469-471 [AO,I]
- Flores S, Reyes H, Perez-Cuevas R. Influence of physician factors on the effectiveness of a continuing medical education intervention. *Fam Med.* 2006; 38: 511-517 [QE,I]
- Stantridge JB. Of doctor conventions and drug companies. *Fam Med.* 2006; 38: 518-520 [AO,I]
- Goulet F, Jacques A, Gagnon R, Boule R, Girard G, Frenette J. CME Workshop in recognizing boundary limits during a medical visit. *Fam Med.* 2006; 38: 570-576 [QE,I]
- Wiecha JM, Chetty VK, Pollard T, Shaw PF. Web-based versus face-to-face learning of diabetes management: the results of a comparative trial of educational methods. *Fam Med.* 2006; 38: 647-652 [QE,I]
- Rosenblatt RA, Hagopian A, Andrilla CH, Hart G Jr. Will rural family medicine residency training survive? *Fam Med.* 2006; 38: 706-711 [T,I]
- Sumner W 2nd, Campbell J, Irving SC. Developing an educational reminder system for a handheld encounter log. *Fam Med.* 2006; 38: 736-741 [T,I]
- Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA.* 2006; 296: 1094-1102 [M,II]
- Pardell H. Esponsorización comercial de la formación médica continuada y conflicto de intereses. *Med Clin (Barc).* 2006; 127: 222-226 [AO,II]
- Martin A. Objetivos y métodos de la evaluación de la competencia profesional: a vueltas con la pirámide de Miller. *Med Clin (Barc).* 2006; 127: 293-294 [AO,I]
- Borrell-Carrio F, Epstein RM, Pardell H. Profesionalidad y profesionalismo: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. *Med Clin (Barc).* 2006; 127: 337-342 [AO,I]
- Beaulieu MD, Dory V, Pestiaux D, Pouchain D, Gay B, Rocher G, et al. General practice as seen through the eyes of general practice trainees: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2006; 24: 174-180 [C,II]
- INVESTIGACION.** Incluye: investigación cualitativa, estadística.
- González-González AI, Sánchez JF, Sanz T, Riesgo R, Escortell E, Hernández T. Estudio de las necesidades de información generadas por los médicos de atención primaria (proyecto ENIGMA). *Aten Primaria.* 2006; 38: 219 - 224 [T,I]
- Gotzsche PC. Believability of relative risks and odds ratios in abstracts: cross sectional study. *BMJ.* 2006; 333: 231-234 [T,II]
- Jorgensen AW, Hilden J, Gotzsche PC. Cochrane reviews compared with industry supported meta-analyses and other meta-analyses of the same drugs: systematic review. *BMJ.* 2006; 333: 782 [M,II]
- Schwartz LM, Woloshin S, Dvorin EL, Welch HG. Ratio measures in leading medical journals: structured review of accessibility of underlying absolute risks. *BMJ.* 2006; 333: 1248 [M,II]
- Montori VM, Wang YG, Alonso-Coello P, Bhagra S. Systematic evaluation of the quality of randomized controlled trials in diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29: 1833-1838 [T,I]
- Probst JC. Prisoners' dilemma: the importance of negative results. *Fam Med.* 2006; 38: 742-743 [AO,I]
- Thomsen JL, Jarbol D, Sondergaard J. Excessive workload, uncertain career opportunities and lack of funding are important barriers to recruiting and retaining primary care medical researchers: a qualitative interview study. *Fam Pract.* 2006; 23: 545-549 [C,II]
- Smeeth L, Donnan PT, Cook DG. The use of primary care databases: case-control and case-only designs. *Fam Pract.* 2006; 23: 597-604 [AO,I]
- Bernal-Delgado E, Peiro S, Sotoca R. Prioridades de investigación en servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Una aproximación por consenso de expertos. *Gac Sanit.* 2006; 20: 287-294 [C,I]
- Abad MF, González A, Martínez C. Acceso abierto y revistas médicas españolas. *Med Clin (Barc).* 2006; 127: 456-464 [AO,I]
- Briones E, Vidal S, Navarro MA, Marin I. Conflicto de intereses y guías de práctica clínica en España. *Med Clin (Barc).* 2006; 127: 634-635 [T,II]
- Monleón T, Ocaña J. Simulación como herramienta de optimización de la investigación clínica. *Med Clin (Barc).* 2006; 127: 702-704 [R,I]
- Ware JH. The limitations of risk factors as prognostic tools. *N Engl J Med.* 2006; 355: 2615-2617 [R,II]
- Sandbaek A. Qualitative methods used for effect studies and evaluations of healthcare strategies? *Scand J Prim Health Care.* 2006; 24: 131-132 [AO,I]
- MEDICINA BASADA EN PRUEBAS**
- Straus SE. Bridging the gaps in evidence based diagnosis. *BMJ.* 2006; 333: 405-406 [AO,I]
- Briones E, Vidal S, Navarro MA, Marin I. Conflicto de intereses y guías de práctica clínica en España. *Med Clin (Barc).* 2006; 127: 634-635 [T,II]
- PREVENCIÓN**
- Hornberger J, Robertus K. Cost-effectiveness of a vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. *Ann Intern Med* 2006; 145: 317-325 [T,I]

- Espeland MA, Henderson VW. Preventing cognitive decline in usual aging. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2433-2434 [AO,I]
- Sanfelix G, Peiro S, Gosalbes V, Cervera P. Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en España. Una aproximación desde los estudios observacionales. *Aten Primaria*. 2006; 38: 250-257 [M,I]
- Escribano MC, Moreno JP, Banon G, Herranz JJ, Gomis R. Evaluación y mejora de la calidad del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud. *Aten Primaria*. 2006; 38: 283-287 [T,I]
- Varas-Fabra F, Castro E, Pérula LA, Fernández MJ, Ruiz R. Enciso I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten Primaria*. 2006; 38: 450-455 [T,I]
- du Toit J, Hamilton W, Barraclough K. Risk in primary care of colorectal cancer from new onset rectal bleeding: 10 year prospective study. *BMJ*. 2006; 333: 69-70 [S,I]
- Walker L, Williams J, Jamrozik K. Unsafe driving behaviour and four wheel drive vehicles: observational study. *BMJ*. 2006; 333: 71 [S,I]
- Bramwell R, West H, Salmon P. Health professionals' and service users' interpretation of screening test results: experimental study. *BMJ*. 2006; 333: 284 [EC,I]
- Ho KM, Sheridan DJ. Meta-analysis of frusemide to prevent or treat acute renal failure. *BMJ*. 2006; 333: 420 [M,I]
- Clase CM. Glomerular filtration rate: screening cannot be recommended on the basis of current knowledge. *BMJ*. 2006; 333: 1030-1031 [AO,I]
- Hallan SI, Dahl K, Oien CM, Grootendorst DC, Aasberg A, Holmen J, Dekker FW. Screening strategies for chronic kidney disease in the general population: follow-up of cross sectional health survey. *BMJ*. 2006; 333: 1047 [S,I]
- Hayes M. Child safety in cars. *BMJ*. 2006; 333: 1183-1184 [AO,I]
- Tonkin SL, Vogel SA, Bennet L, Gunn AJ. Apparently life threatening events in infant car safety seats. *BMJ*. 2006; 333: 1205-1206 [R,I]
- LeBlanc JC, Pless IB, King WJ, Bawden H, Bernard-Bonin AC, Klassen T, et al. Home safety measures and the risk of unintentional injury among young children: a multicentre case-control study. *CMAJ*. 2006; 175: 883-887 [CC,I]
- Kirkman MS, Shankar RR, Shankar S, Shen C, Brizendine E, Baron A, et al. Treating postprandial hyperglycemia does not appear to delay progression of early type 2 diabetes: the Early Diabetes Intervention Program. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2095-2101 [EC,II]
- Gourlay ML, Preisser JS, Linville LF, Sloane PD. Survey of osteoporosis preventive care in community family medicine settings. *Fam Med*. 2006; 38: 724-730 [T,I]
- Walter LC, Bertenthal D, Lindquist K, Konety BR. PSA screening among elderly men with limited life expectancies. *JAMA*. 2006; 296: 2336-2342 [S,I]
- Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske TM, Ball K, Elias J, Koepke KM et al. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *JAMA*. 2006; 296: 2805-2814 [EC,I]
- Shumaker SA, Legault C, Coker LH. Behavior-based interventions to enhance cognitive functioning and independence in older adults. *JAMA*. 2006; 296: 2852-2854 [AO,I]
- Whitney CG, Pilishvili T, Farley MM, Schaffner W, Craig AS, Lynfield R, et al. Effectiveness of seven-valent pneumococcal conjugate vaccine against invasive pneumococcal disease: a matched case-control study. *Lancet*. 2006; 368: 1495-1502 [CC,II]
- de Irala J, Alonso A. Changes in sexual behaviours to prevent HIV. *Lancet*. 2006; 368: 1749-1750 [AO,I]
- Wilkinson P, French R, Kane R, Lachowycz K, Stephenson J, Grundy C, et al. Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet*. 2006; 368: 1879-1886 [S,I]
- Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, Shah IH. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*. 2006; 368: 1908-1919 [AO,I]
- Philpott A, Knerr W, Maher D. Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy. *Lancet*. 2006; 368: 2028-2031 [AO,I]
- Djulbegovic B, Lyman GH. Screening mammography at 40-49 years: regret or no regret? *Lancet*. 2006; 368: 2035-2037 [AO,II]
- Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L for the Trial Management Group. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2006; 368: 2053-2060 [EC,II]
- Adams KF, Schatzkin A, Harris TB, Kipnis V, Mow T, Ballard-Barbash R, et al. Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *N Engl J Med*. 2006; 355: 763-778 [S,I]
- Regula J, Rupinski M, Kraszewska E, Polkowski M, Pachlewski J, Orłowska J, et al. Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1863-1872 [T,II]
- Friedman RA. Uncovering an epidemic—screening for mental illness in teens. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2717-2719 [AO,I]
- Brent DA, Mann JJ. Familial pathways to suicidal behavior—understanding and preventing suicide among adolescents. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2719-2721 [R,I]
- Simon GE. The antidepressant quandary—considering suicide risk when treating adolescent depression. *N Engl J Med*. 2006; 355: 2722-2723 [AO,I]
- Luukinen H, Lehtola S, Jokelainen J, Vaananen-Sainio R, Lortvonen S, Koistinen P. Prevention of disability by exercise among the elderly: A population-based, randomized, controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24: 199-205 [EC,I]

**EVALUACIÓN / GARANTÍA DE CALIDAD**

- Brindis RG, Spertus J. The role of academic medicine in improving health care quality. *Acad Med* 2006; 81: 802-806 [AO,I]
- E Serrat J, Sicras A, Llopart JR, Navarro R, Codes J, Gonzalez JA. estudio comparativo de la eficiencia, medida a partir de los Ambulatory Care Groups, entre 4 centros de salud. *Aten Primaria*. 2006; 38: 275-282 [T,I]
- Fleetcroft R, Cookson R. The relationship between prescribing expenditure and quality in primary care: an observational study. *B J Gen Pract*. 2006; 56: 613-619 [T,I]
- Hussain KA, Kelton GM. Utilization of health care quality markers in a family medicine outpatient setting. *Fam Med*. 2006; 38: 490-493 [T,I]
- Brouwer HJ, Bindels PJ, Weert HC. Data quality improvement in general practice. *Fam Pract*. 2006; 23: 529-536 [M,I]
- Bagley B. How does your practice measure up? *Fam Pract Manag*. 2006; 13: 59-64 [R,II]
- Anden A, Andersson SO, Rudebeck CE. Concepts underlying outcome measures in studies of consultations in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2006; 24: 218-223 [R,I]

**BIOÉTICA**

- Fryer-Edwards K, Wilkins MD, Baernstein A, Braddock CH 3rd. Bringing ethics education to the clinical years: ward ethics sessions at the University of

Washington. Acad Med. 2006; 81: 626-631 [S,I]

Martin A. Objetivos y métodos de la evaluación de la competencia profesional: a vueltas con la pirámide de Miller. Med Clin (Barc). 2006; 127: 293-294 [AO,I]

#### PLANIFICACIÓN / GESTIÓN

Whitcomb ME. The shortage of physicians and the future role of nurses. Acad Med. 2006; 81: 779-780 [AO,I]

Garson A Jr. Overview: health policy and academic health centers. Acad Med. 2006; 81: 781 [AO,I]

Serrat J, Sicras A, Llopart JR, Navarro R, Codes J, Gonzalez JA. Estudio comparativo de la eficiencia, medida a partir de los Ambulatory Care Groups, entre 4 centros de salud. Aten Primaria. 2006; 38: 275-282 [T,I]

Bellon JA. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. Aten Primaria. 2006; 38: 293-298 [R,II]

Hollinghurst S, Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials. B J Gen Pract 2006; 56: 530-535 [M,II]

Campion J, McNeill A, Checinski K. Exempting mental health units from smoke-free laws. BMJ. 2006; 333: 407-408 [AO,I]

van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of Out-of-Hours Primary Care by General practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. Fam Med. 2006; 38: 565-569 [R,II]

Bravo Y, Sculpher M. Making decisions under uncertainty—the role of probabilistic decision modelling. Fam Pract. 2006; 23: 391-392 [AO,I]

Moll van Charante E, Giesen P, Mokkink H, Oort F, Grol R, Klazinga N, et al. Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in The Netherlands: development of a postal questionnaire. Fam Pract. 2006; 23: 437-443 [T,I]

Leong KC, Chen WS, Leong KW, Mastura I, Mimi O, Sheikh MA, et al. The use of text messaging to improve attendance in primary care: a randomized controlled trial. Fam Pract. 2006; 23: 699-705 [EC,I]

Bagley B. How does your practice measure up? Fam Pract Manag. 2006; 13: 59-64 [R,II]

Sinsky CA. Improving office practice: working smarter, not harder. Fam Pract Manag. 2006; 13: 28-34 [AO,II]

McBride JL. Effective work relationships: a vital ingredient in your practice. Fam Pract Manag. 2006; 13: 45-46 [AO,I]

De Gaminde I. Formulación de políticas sociosanitarias: dificultades y perspectivas. Gac Sanit. 2006; 20: 257-259 [AO,I]

Zafra E, Peiro R, Ramon N, Alvarez-Dardet C, Borrell C. Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. Gac Sanit. 2006; 20: 295-302 [T,II]

Sandbaek A. Qualitative methods used for effect studies and evaluations of healthcare strategies? Scand J Prim Health Care. 2006; 24: 131-132 [AO,I]

Anden A, Andersson SO, Rudebeck CE. Concepts underlying outcome measures in studies of consultations in general practice. Scand J Prim Health Care. 2006; 24: 218-223 [R,I]

#### INFORMÁTICA

Bermudez-Tamayo C, Jimenez-Pernett J, Garcia JF, Azpilicueta I, Milena M, Babio G, et al. Cuestionario para evaluar sitios web

sanitarios según criterios europeos. Aten Primaria. 2006; 38: 268-274 [T,I]

Gardner M. Diagnosis using search engines. BMJ. 2006; 333: 1131 [AO,I]

Tang H, Ng JH. Googling for a diagnosis—use of Google as a diagnostic aid: internet based study. BMJ. 2006; 333: 1143-1145 [T,I]

Sumner W 2nd, Campbell J, Irving SC. Developing an educational reminder system for a handheld encounter log. Fam Med. 2006; 38: 736-741 [T,I]

Smeeth L, Donnan PT, Cook DG. The use of primary care databases: case-control and case-only designs. Fam Pract. 2006; 23: 597-604 [AO,I]

Lin AB. The top PDA resources for family physicians. Fam Pract Manag. 2006; 13: 44-46 [R,I]

Ramos A. Realidad y futuro de la telemedicina. Med Clin (Barc). 2006; 127: 335-336 [AO,I]

#### OTRAS

Sage WM. Malpractice liability, patient safety, and the personification of medical injury: opportunities for academic medicine. Acad Med. 2006; 81: 823-826 [AO,I]

Epstein BJ, Gums JG, Molina E. Newer agents for the management of overactive bladder. Am Fam Physician. 2006; 74: 2061-2068 [R,I]

Dassow P, Bennett JM. Vasectomy: an update. Am Fam Physician. 2006; 74: 2069-2074 [R,I]

Walker L, Williams J, Jamrozik K. Unsafe driving behaviour and four wheel drive vehicles: observational study. BMJ. 2006; 333: 71 [S,I]

Bennett-Jones DN. Early intervention in acute renal failure. BMJ. 2006; 333: 406-407 [AO,I]

Hoffer LJ. Tube feeding in advanced dementia: the metabolic perspective. BMJ. 2006; 333: 1214-1215 [AO,II]

Teng GG, Nair R, Saag KG. Pathophysiology, clinical presentation and treatment of gout. Drugs. 2006; 66: 1547-1563 [R,I]

Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. Fam Pract. 2006; 23: 414-420 [T,I]

Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. Lancet. 2006; 368: 1581-1586 [M,II]

de Irala J, Alonso A. Changes in sexual behaviours to prevent HIV. Lancet. 2006; 368: 1749-1750 [AO,I]

Wilkinson P, French R, Kane R, Lachowycz K, Stephenson J, Grundy C, et al. Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. Lancet. 2006; 368: 1879-1886 [S,I]

Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, Shah IH. Unsafe abortion: the preventable pandemic. Lancet. 2006; 368: 1908-1919 [AO,I]

Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S. Global control of sexually transmitted infections. Lancet. 2006; 368: 2001-2016 [AO,II]

Philpott A, Knerr W, Maher D. Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy. Lancet. 2006; 368: 2028-2031 [AO,I]

Borrell-Carrio F, Epstein RM, Pardell H. Profesionalidad y profesionalismo: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. Med Clin (Barc). 2006; 127: 337-342 [AO,I]

## Lesiones pigmentadas de años de evolución

Estévez Montes RC<sup>1</sup>, Bellón Guardia ME<sup>2</sup>, García Palma MJ<sup>3</sup>, García Rivero Y<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> DUE Servicio Medicina Nuclear (Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada). <sup>2</sup> R3 Medicina Nuclear (Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada). <sup>3</sup> MFYC Centro de Salud Caleta, Granada.

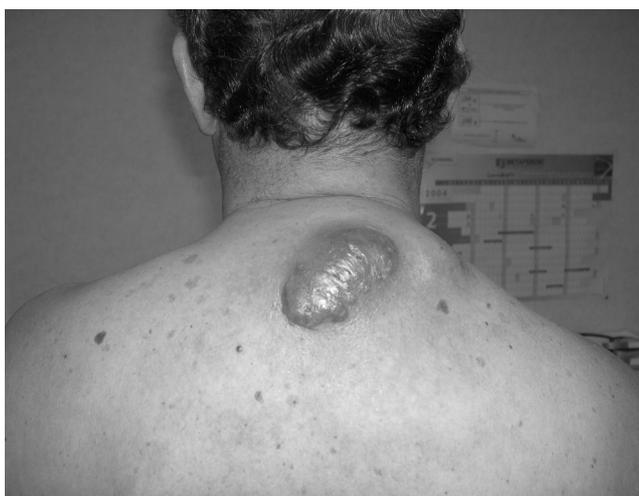
Varón de 46 años de edad que acude a Consulta de Atención Primaria por presentar desde hace unas semanas picor, dolor, sangrado leve y aumento de tamaño de una "mancha" que tiene en la espalda, desde hace unos 2 años. Pérdida de peso no cuantificable en los últimos 2 meses y astenia, no sensación distérmica. Anamnesis por órganos y aparatos sin interés. Niega antecedente traumático previo en la zona. Antecedentes personales: trabajador agrario en zona costera e intervención quirúrgica del menisco izquierdo (1999). No alergias medicamentosas conocidas. No realiza ningún tratamiento médico actualmente.

En la exploración física destaca: buen estado general, normohidratado, normoperfundido, fototipo IV, afebril. TA: 100/60. ACR: tonos rítmicos sin soplos, ventila bien en ambos campos. Lesión pigmentada, asimétrica de 7 X 4.5 cm de diámetro, subcutáneo, elevado, en región cervical (línea media) y en su vecindad un segundo tumor pigmentado de unos 4 cm de diámetro mayor.

Abdomen: blando, depresible, hepatomegalia de 2-3 traveses de dedo, resto exploración normal. MMII: normales. Exploración neurológica normal. Pruebas complementarias: en la analítica general destaca una discreta leucocitosis con leve desviación izquierda. Radiología de tórax: normal. Tomografía de emisión de positrones (PET): 2 focos hipermetabólicos en región superior de la espalda línea media y superficial que corresponden con actividad tumoral a ese nivel, en el resto del estudio no se detectan otras lesiones hipermetabólicas que sugieran la presencia de actividad tumoral macroscópica.

### ¿Cuál es su diagnóstico?

- Carcinoma Epidermoide.
- Carcinoma Basocelular.
- Melanoma maligno.
- Queratosis seborreica.
- Dermatofibrosarcoma protuberans.



(Respuestas razonadas en el próximo número)

Remitir las respuestas al correo electrónico: [revista@samfyg.es](mailto:revista@samfyg.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. 7, núm. 1)

(Medicina de Familia (And) 2006; 7: 64)

### Respuestas razonadas

#### a) **Incorrecta**

La perforación gástrica se caracteriza por un cuadro clínico de dolor agudo, intenso, localizado en epigastrio. En la palpación del abdomen se comprueba primero defensa muscular y posteriormente contractura (abdomen en tabla). El diagnóstico de sospecha se confirmará mediante la demostración de neumoperitoneo en la radiografía simple de abdomen en bipedestación.

#### b) **Incorrecta**

Es una inflamación de la mucosa vesicular originada por la obstrucción del conducto cístico por un cálculo. Los pacientes con colecistitis aguda suelen tener mal estado general, fiebre y en la palpación del abdomen aparece defensa en hipocondrio derecho (Signo de Murphy). En la analítica general es típica la leucocitosis con neutrofilia.

#### c) **Correcta**

El cólico biliar constituye el síntoma principal de la litiasis, aunque la mayoría de los pacientes con colelitiasis no tienen clínica. Los síntomas apa-

recen cuando un cálculo obstruye alguno de los puntos críticos del sistema biliar. Se caracteriza por dolor abdominal de intensidad creciente, de localización en epigastrio y en hipocondrio derecho, junto con náuseas y vómitos de forma habitual. El diagnóstico se realiza mediante la clínica y se confirma mediante la Ecografía Abdominal, ya que la Radiografía sólo revela del 15-20% de los cálculos radiopacos.

#### d) **Incorrecta**

Es la infección de la bilis dentro de los conductos biliares. Desde un punto de vista clínico se caracteriza por la Triada de Charcot que consiste en ictericia, dolor abdominal y fiebre con escalofríos.

#### e) **Incorrecta**

Ocurre como consecuencia de la complicación de una diverticulosis. Se localiza fundamentalmente en fosa ilíaca izquierda, y cursa con afectación del estado general. El diagnóstico de diverticulitis es muy probable cuando un paciente con diverticulosis conocida presenta fiebre, signos de irritación peritoneal en fosa ilíaca izquierda y leucocitosis en la analítica.

# Actividades Científicas

## ❑ XVII CONGRESO SAMFYC

Málaga, 7-9 de Junio, 2007.

Secretaría técnica: ACM (Andaluz de Congresos Médicos)

Tel. 958 20 35 11

Fax. 958 20 35 50

E-mail: [info@andaluzacongresosmedicos.com](mailto:info@andaluzacongresosmedicos.com) . [www.samfycmalaga2007.com](http://www.samfycmalaga2007.com)

## ❑ XXVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Valladolid-Salamanca, 7-10 de Noviembre, 2007.

Secretaría técnica (inscripciones, científica y comercial): semFYC congresos

Carrer del Pi. 11, 2.<sup>a</sup> pl., of. 13

08002 Barcelona

Tel. 93 317 71 29

Fax 93 318 69 02

[http://congreso2007.semfy.com/gatewaysc.com/?nav\\_id=20](http://congreso2007.semfy.com/gatewaysc.com/?nav_id=20)

Secretaría de alojamiento: Viajes Atlanta C/ Calvet, 55

08021 Barcelona

Tel. 93 367 24 20

Fax 93 414 68 17

## ❑ XI JORNADAS DE RESIDENTES DE SEMFYC

Alicante, 10-12 de mayo, 2007

[www.semfy.com/jornadasresidentes2007](http://www.semfy.com/jornadasresidentes2007)

## ❑ I CONFERENCIA ESPAÑOLA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Madrid, 14-15 de Junio, 2007.

[www.semfy.com/conferencia2007](http://www.semfy.com/conferencia2007)



## 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 veintiuno 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](mailto:revista@samfyc.es)

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

