

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

7 Espiral Atención Primaria (A) dos ámbitos profesionales de colaboración.

8 El espacio del usuario

La receta electrónica.

Originales

10 Seguimiento control de la presión arterial mediante la técnica MA-A en pacientes hipertensos de un centro de salud.

21 ¿Por qué se cambian de médico nuestros pacientes? estudio descriptivo en un centro de salud urbano.

26 Consumo cualitativo y cuantitativo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes según la edad y el sexo.

Artículo especial

33 El Médico de Familia, Médico de cuidados paliativos y el enfermero

Cartas al director

40 Síndrome especial del carbón.

41 Publicaciones de Interés

51 Actividades Científicas

¿Cuál es su diagnóstico?

52 Paciente asintomático con radiografía de tórax patológica.

54 Información para los autores



Hubo anuncio

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.*
Pilar Barroso García. *Almería.*
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 Espínola. *Granada.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pérula de Torres. *Córdoba.*

Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*
Daniel Prados Torres. *Málaga.*
Fermina Puertas Rodríguez. *Granada.*
Luis de la Revilla Ahumada. *Granada.*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba.*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla.*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva.*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga.*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla.*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla.*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla.*
Francisco Suárez Pinilla. *Granada.*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva.*
Isabel Toral López. *Granada.*
Jesús Torio Duránte. *Jaén.*
Juan Tormo Molina. *Granada.*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga.*
Amelia Vallejo Lorencio. *Almería.*

Representantes internacionales

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

Medicina de Familia. Andalucía

Envíos

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

Para Correspondencia

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

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

Webmaster: Carlos Prados Arredondo

Secretaría Comercial

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

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr. 368/2000

Copyright:

Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.

C.I.F.: G - 18551507

Reservados todos los derechos.

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

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

Printed in Spain

Edita: Comares, S.L.

Información para suscripciones

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

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

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

Cómo suscribirse a Medicina de Familia. Andalucía

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



Sumario

Editorial

- 7 Hospital y Atención Primaria (APS): dos ámbitos profesionales de colaboración.

El espacio del usuario

- 8 La receta electrónica.

Originales

- 10 Seguimiento y control de la presión arterial mediante la Técnica MAPA en pacientes hipertensos de un centro de salud.
- 21 ¿Por qué se cambian de médico nuestros pacientes?: estudio descriptivo en un centro de salud urbano.
- 26 Consumo cualitativo y cuantitativo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes según la edad y el sexo.

Artículo especial

- 33 El Médico de Familia, Médico de Cuidados Paliativos: ¿quién mejor?

Cartas al director

- 40 “Régimen especial del carbón”.

41 Publicaciones de Interés

51 Actividades Científicas

¿Cuál es su diagnóstico?

- 52 Paciente asintomático con radiografía de tórax patológica.

54 Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 8, N.º 1, septiembre 2007

Contents

Editorial

- 7 Hospitals and Primary Care: collaborating in two environments

The consumer's corner

- 8 Electronic prescriptions

Original Articles

- 10 Use of the Ambulatory Blood Pressure Technique to Control and Follow-up Hypertense Patients in a Health Center
- 21 Why do our Patients Change their Physicians: a Descriptive Study in an Urban Health Center
- 26 A Qualitative and Quantitative Study by Age and Gender on the Consumption of Alcohol, Tobacco and Drugs among Adolescents

Review Article

- 33 The family doctor, who better to provide palliative care?

Letters to the Editor

- 40 The Unique Carbon Diet

Publications of Interest

Scientific Activities

Which is your Diagnosis?

- 52 Asymptomatic patient whose x-ray indicates a pathology in the thorax

Information for Authors

EDITORIAL

Hospital y Atención Primaria (APS): dos ámbitos profesionales de colaboración

Gálvez Ibáñez M

Médico de Familia

Gerentes de hospital, subgerentes, directores gerentes de Distrito, diferentes estructuras jerárquicas, diferentes presupuestos, pacientes únicos.

Urgencias “hospitalarias” situadas en los bajos del edificio hospitalario, pero atención a pacientes de libre acceso sufriendo patologías diversas. A casa vuelven la gran mayoría de los atendidos, a unos pocos, el momento de la historia natural de su enfermedad hace aconsejable que sigan siendo atendidos, temporalmente, dentro del hospital. Después, si todo va bien, vuelven a su ámbito natural, allí donde llevan a cabo su vida cotidiana. Los dos ámbitos atendiendo a las mismas personas.

Puertas abiertas, accesibilidad sin límite, *demora cero*, en APS; atención agendada en todo momento en el hospital, vías rígidamente definidas en el hospital. Pacientes atrapados entre la demora cero y las listas de espera (es cierto que menores cada vez, es cierto que cada vez con personas menos dispuestas a esperar).

Procesos y no personas. El caso, preferente o no, es sustituido por proceso o no proceso (vía rápida para el primero, vía lenta para el segundo (claro, no es un *proceso*)). Y muchas agendas de procesos vacías. Cauces estrechos y rígidos para las personas —que sí son el proceso— los que procesan o van en procesión, errantes por los modernos ¿sistemas? de salud. Las personas troceadas para ser entendidas, como en las facultades de Medicina, como si ellas, las personas, también fueran especialidades o procesos. Así lo aprendimos, así lo hacemos. ¿No son las personas y no los procesos predefinidos lo que atendemos? ¿Existen los procesos sin personas?

¿Y los casos preferentes, las dudas diagnósticas que no hemos llegado a definir como procesos? ¿Sólo para *enchufados*?

La historia parece ser como sigue: los seres humanos viven, llevan a cabo su actividad cotidiana, ajenos a los servicios de salud, en su entorno (familiar, laboral, social), y un día, algo que les alarma, a ellos o alguien de su entorno, les lleva a buscar consejo médico.

En muchos países, en el nuestro también en el sistema público, hay dos vías, una de libre acceso, y otra de segunda instancia. Para la primera, se han formado profesionales médicos específicos, especialistas en resolver la gran mayoría de los problemas de salud por los que consultan los ciudadanos en una primera instancia. Para los casos muy específicos (afortunadamente las enfermedades raras son infrecuentes (aparente, pero enjundiosa, perogrullada que el Teorema de Bayes se encarga de elevar a una muy alta potencia) este profesional cuenta con el asesoramiento de sus colegas, expertos, especialistas, en partes del ser humano. Con la información recogida por él/ella misma, más las aportaciones de sus colegas, el médico de familia negocia con sus pacientes el mejor curso a seguir en su entorno natural, el domicilio.

El médico de familia junto con el equipo del Centro de Salud atendiendo a los seres humanos en su entorno natural, y el hospital y sus profesionales atendiendo puntualmente y en profundidad aspectos parciales de las dolencias de algunos pacientes.

Y en medio: 1) unos equipos (los DCCU) descoordinados —cuando no enfrentados— con los propios equipos de los centros de salud, 2) los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias ¿hospitalarios? (servicios de libre acceso, dirigidos por especialistas en pacientes comatosos) y 3) el 061 que depende de la Consejería de Salud, que no del Servicio Andaluz de Salud.

¿Por qué no son más frecuentes las sesiones clínicas —y organizativas— las discusiones de casos, entre los médicos y equipos de salud de cualquiera de los ámbitos? Estamos tratando a las mismas personas. ¿Por qué no nos reunimos siempre ante la aparición de un caso incluido entre las causas de Mortalidad Innecesariamente Prematura y Socialmente Evitables (MIPSE)? ¿Deberían ser obligatorias en un Sistema Andaluz de Salud. (Sistema: conjunto de partes coordinadas entre sí que persiguen un objetivo común).

Mucho por coordinar.

EL ESPACIO DEL USUARIO

La receta electrónica

Ruiz Legido O

Vicepresidenta 1.ª FACUA Andalucía

La aplicación de las nuevas tecnologías está suponiendo importantes avances en la mejora de los servicios a los ciudadanos, generándose nuevas posibilidades de gestión y atención al usuario: informatización de historias clínicas, bases de datos de usuarios, uso de Internet para el intercambio de información y expedientes médicos, agilización de citas con pacientes, etc... No obstante, también día a día, se ponen de relieve sus posibles efectos perversos, sobre todo ligados a cuestiones de seguridad, ya que el tratamiento de datos personales ha de cumplir con las exigencias de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales que considera los datos relativos a la salud de máxima protección. Tampoco pueden obviarse problemas de exclusión social en el acceso a la información (brecha digital), la existencia de colectivos que quedan al margen de las nuevas ventajas, la aparición de nuevos fraudes y la generación de nuevas necesidades y expectativas para los ciudadanos.

No obstante, las ventajas que con carácter general están suponiendo la aplicación de las nuevas tecnologías para el ciudadano-paciente son claras y diversas: la posibilidad de más información, mayor comunicación, mayor y mejor accesibilidad a servicios y prestaciones, etc. Estas ventajas también se extienden a los profesionales sanitarios y a los responsables y gestores: más información, mejor comunicación, más formación, más eficiencia en la prestación de los servicios, etc.

En el desarrollo de las TIC aplicadas a la sanidad, uno de los proyectos más generalizado, al menos en su formulación teórica, es el Sistema de Receta Electrónica que se está implantando en el con-

junto de las comunidades autónomas, enmarcado en una línea de trabajo estratégica, de avance y mejora de los servicios sanitarios a nivel europeo e incluso internacional. El debate y los estudios sobre la prescripción electrónica se encuentran generalizados, incluso a nivel internacional, desde finales de los años noventa, ligado a la tarjeta sanitaria electrónica.

En España, la receta electrónica se inicia sobre la base de planes de modernización autonómicos y planes de calidad y mejora en el ámbito sanitario de algunas comunidades autónomas. Su desarrollo e implantación no va a un ritmo acompasado a su regulación legal. Ésta última se inicia, sólo a efectos testimoniales, mediante la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social (Ley de Acompañamiento a los Presupuestos Generales del Estado de 2004). Posteriormente, la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, ha regulado algunos aspectos de la receta médica y la prescripción hospitalaria. La define y establece sus requisitos y contenidos mínimos, reservando al Gobierno su posterior regulación y el establecimiento de otros requisitos que hayan de ser de general aplicación, también para las recetas médicas extendidas y/o editadas en soporte informático.

El objetivo de la regulación debe ser asegurar la accesibilidad de todos los ciudadanos, en condiciones de igualdad efectiva en el conjunto del territorio español.

Actualmente, el Ministerio de Sanidad y Consumo, con escasa o nula participación de los usua-

rios, está trabajando en un borrador de Real Decreto sobre receta médica y orden hospitalaria de dispensación. Esta nueva regulación debería dar respuesta a la necesidad de contar con un modelo único de receta, arbitrando, al mismo tiempo, un marco general y uniforme para la implantación de la multiprescripción en la receta electrónica, cuestión pendiente actualmente de respuesta.

Al margen de la regulación legal, y siguiendo el desarrollo en la práctica del sistema de receta electrónica, Andalucía ha sido la comunidad autónoma pionera en ponerla en marcha, con programas pilotos iniciados en el año 2003 y el inicio de su implantación en el año 2004. El resto de comunidades autónomas se encuentran trabajando en su implantación pero a distintos ritmos. Así, el objetivo antes citado de garantizar la accesibilidad de este servicio a todos los ciudadanos, y en cualquier parte del territorio español, está aún lejos de conseguirse.

Que ventajas, directas e indirectas, presenta hoy la tarjeta electrónica para el usuario-paciente:

- Mejora la calidad asistencial: aumenta el tiempo de dedicación del médico a los pacientes, ahorra desplazamientos y esperas, permite la comunicación entre el médico y el farmacéutico, etc...
- Mejora la seguridad y eficacia en los tratamientos de los pacientes.
- Se reducen trámites necesarios para el control sanitario del visado de medicamentos.
- Se evitan problemas derivados de la pérdida de recetas.
- Existe un mayor control de la prescripción y del control del gasto.
- Disminuyen errores en la dispensación.
- Mayor control de las alertas y en farmacovigilancia.

Sin embargo, junto con estas ventajas también hay que destacar problemas que se están dando en su implantación y aplicación:

- Coordinación entre comunidades autónomas.
- Integración de los distintos sistemas de información sanitaria.
- Protección de datos personales de los pacientes.
- Concienciación de médicos, farmacéuticos y pacientes.
- Elevadas inversiones y presupuestos limitados.
- Pacientes polimedicados.
- Zonas excluidas: exige que todos los centros estén informatizados y una red de comunicaciones estable y segura.
- Fallos del sistema o de las líneas de comunicación.
- Formación de los profesionales sanitarios.
- Sustitución de medicamentos por el farmacéutico.

La receta electrónica supone un cambio y como todo cambio pueden existir inercias de resistencia. Por ello es preciso desarrollar planes de formación y de información para concienciar a los diversos colectivos afectados, mediante acciones concretas de formación, comunicación y motivación.

De otra parte, es preciso profundizar en la regulación del modelo de receta electrónica que garantice las mismas condiciones de acceso a la dispensación para todos los ciudadanos, incluida la hoja de instrucciones que se deberá entregar al usuario y que debe ir firmada por el facultativo.

Por último, un elemento que nos parece esencial en este proceso de cambio que se está produciendo es contar con estrategias de participación y colaboración de los distintos sectores implicados, entre ellos nos parece fundamental y necesario la implicación de los representantes de los consumidores.

ORIGINAL

Seguimiento y control de la presión arterial mediante la Técnica MAPA en pacientes hipertensos de un centro de salud

Ballesteros Guerrero MC¹, Gavira Iglesias FJ².

¹ Médico Residente de Familia. Centro de Salud de Cabra. ² Doctor en Medicina. Centro de Salud de Cabra.

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL MEDIANTE LA TÉCNICA MAPA EN PACIENTES HIPERTENSOS DE UN CENTRO DE SALUD

Objetivo: Determinar perfil circadiano y grado de control de la presión arterial, conocer riesgo y eventos cardiovasculares e impacto económico fármacos antihipertensivos.

Diseño: Estudio de seguimiento realizado entre 1/07/2004 y 28/02/2006.

Emplazamiento: Centro de Salud de Cabra (Córdoba).

Población y muestra: Selección no aleatoria pacientes con sospecha o HTA conocida de un cupo de medicina familiar.

Intervenciones: Dos registros de MAPA y cambio tratamiento antihipertensivo según cifras y patrón circadiano de presión arterial.

Resultados: De 105 pacientes elegibles, se incluyeron 90 (42 hombres y 48 mujeres). El 30% eran diabéticos, el 46,7% dislipémicos, el 95% presentaban obesidad abdominal y el 30% lesiones en órganos diana. Durante el estudio solo se registró un evento cardiovascular no fatal. El 79,4% de los hipertensos no diabéticos consiguieron tener sus cifras de PA por debajo de 140/90 en la primera MAPA, porcentaje que se elevó al 88,9% tras la 2ª MAPA. Los hipertensos diabéticos consiguieron tener su PA por debajo de 130/80 en un 40,7% tanto en la primera como en la segunda MAPA. Globalmente, tras la 1ª MAPA se consiguió controlar la PA en el 67,8% de los pacientes incluidos en el estudio y en el 74,4% tras la 2ª MAPA.

El patrón circadiano de presión arterial más frecuentemente encontrado en ambas MAPAs fue el perfil No-dipper.

Tras la segunda MAPA se elevó el consumo medio de fármacos antihipertensivos pero el coste medio por paciente se redujo.

Conclusiones: Mediante la técnica MAPA se consiguió un elevado grado de control (hasta un 74,4%) de las cifras tensionales, mayor en los hipertensos no diabéticos que en los diabéticos.

Palabras clave: Hipertensión, control, atención primaria.

Correspondencia: Francisco Javier Gavira Iglesias. Médico de Familia. Centro de Salud de Cabra. Avda. González Meneses. 14940 Cabra (Córdoba). Telf.: 957506352. e-mail: med015490@telefonica.net

Recibido el 5-04-2006; aceptado el 26-02-2007.

Medicina de Familia (And) 2007; 1: 10-20.

USE OF THE AMBULATORY BLOOD PRESSURE TECHNIQUE TO CONTROL AND FOLLOW-UP HYPERTENSE PATIENTS IN A HEALTH CENTER.

Goal: To learn more about the circadian profile and degree of blood pressure control, study cardiovascular risks and events, and analyze the economic impact of drugs to reduce hypertension.

Design: A follow-up study done between July 1, 2004 and February 28, 2006.

Setting: Health Center (Cabra, Cordoba).

Population and Sample: Non-random selection of patients considered or diagnosed by the center's general practitioners as having high blood pressure.

Interventions: Two ambulatory blood pressure (ABP) registers and modification of the antihypertension treatment according to blood pressure measurements and circadian pattern.

Results: 90 persons were selected from a group of 105 eligible patients (42 men and 48 women). 30% were diabetics, 46.7% had dyslipidaemia, 95% were assessed as obese according to waist circumference measurements and 30% had target organ disease. During the study period only one, non-fatal cardiovascular event was registered. In the first ABP register, 79.4% of the non-diabetic patients with hypertension managed to get their blood pressure below 140/90. In the second ABP register, 88.9% of the patients reached that measurement. 40.7% of hypertensive diabetic patients managed to get their BP below 130/80 in both the first and second ABP register. Following the first ABP, blood pressure was controlled in 67.8% of the patients included in the study. That percentage was 74.4% in the second register. The circadian blood pressure pattern found most frequently in both registers was that of the no dipper. Following the second ABP register, the average consumption of antihypertension drugs went up, but the medical cost per patient went down.

Conclusions: An elevated degree of control (up to 74.4%) of blood pressure levels was reached by using the ABP technique, higher among non-diabetic hypertensive patients than among diabetics.

Key words: Hypertension, control, primary care.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular modificable más prevalente del mundo, constituyendo un importante problema de salud pública. En concreto, en la población general adulta española la prevalencia de HTA es de aproximadamente un 35 %, llegando al 40% en edades medias y a más del 60 % en los mayores de 60 años afectando a un total de 10 millones de individuos adultos¹. Sin embargo, es baja la proporción de hipertensos en que se consigue un control de sus cifras de presión arterial a pesar del tratamiento (Presión arterial (PA) <140/90 en no diabéticos y <130/80 en diabéticos). En nuestro país el grado de control de la HTA en el ámbito de la atención primaria se sitúa por debajo del 40%²⁻⁶.

La PA está sujeta a importantes oscilaciones dependientes del individuo (actividad física, momento del día, estrés...) y de las características propias del aparato de medida. En los últimos años han aparecido nuevas metodologías para la medida de la presión arterial diferentes a la convencional como la automedida⁷ (AMPA) y la monitorización ambulatoria de la presión arterial de 24 horas⁸ (MAPA). Esta técnica ha permitido conocer que la PA presenta fluctuaciones permanentes a lo largo de las 24 horas y dentro de un ritmo nictameral, que consisten en una marcada elevación de la PA durante el ciclo de actividad diurna y un descenso en el periodo nocturno, especialmente durante el sueño⁹. Una forma habitual de categorizar a los pacientes en función del descenso nocturno de la PA es clasificarlos en dippers extremos (>20% de descenso nocturno de la PA), dippers (descenso entre el 20 y el 10%), no-dippers (entre el 10 y el 0%) y risers o dippers reversos (aumento de la PA nocturna)¹⁰. Diversos estudios han confirmado que la variación circadiana no-dipper en la PA supone un factor de riesgo sufrir problemas cardiovasculares¹¹⁻¹⁵.

Además, el conocimiento del perfil circadiano de PA permite individualizar el tratamiento, es decir, elegir el/los momento/s óptimo/s del día para la toma de la medicación antihipertensiva.

El presente trabajo tiene como objetivos conocer el perfil circadiano de la PA de los pacientes hi-

perensos de un cupo de un centro de salud rural mediante la técnica MAPA, determinar el grado de control de su PA, conocer su riesgo cardiovascular, los eventos cardiovasculares surgidos durante el período del estudio y valorar el impacto económico de los fármacos antihipertensivos utilizados para el control de la tensión arterial.

Sujetos y métodos

El presente trabajo es un estudio de intervención prospectivo y forma parte del Proyecto Cronopres¹⁶ promovido por la Sociedad Española de HTA (Liga española de lucha contra la HTA, SEH-LELHA) iniciado en junio del año 2004, de ámbito nacional, que incluye los registros de MAPAs recogidos por más de 800 médicos de atención primaria y unidades de HTA de ámbito rural y urbano de toda España, así como una plataforma tecnológica que permite centralizar los datos referidos a las variables básicas que complementan la información de la MAPA a través de un cuaderno de recogida de datos (CRD) estandarizado.

Los sujetos del estudio fueron los pacientes mayores de 18 años con hipertensión ya conocida y/o diagnosticada o con sospecha de HTA pertenecientes a un cupo de medicina de familia del Centro de Salud de Cabra (Córdoba) que acuden a la consulta por cualquier motivo o son derivados por la enfermera del cupo. Para la definición de HTA se utilizaron los criterios de la 7ª revisión del Joint National Committee¹⁷. Los criterios de exclusión fueron hipertensión secundaria, tener una enfermedad terminal o psiquiátrica grave, ser menor de 18 años, poseer cualquier condición clínica que en opinión de los investigadores no permita completar el protocolo o entender las instrucciones de la MAPA y pacientes con fibrilación auricular u otras arritmias que pudieran interferir en el registro de la presión arterial. Además fueron excluidos aquellos pacientes en que no se pudo obtener una medida válida de PA en 1 hora y un porcentaje superior al 80% de medidas válidas en la primera o segunda MAPA.

El estudio tuvo lugar entre el 1 de julio de 2004 y el 28 de febrero de 2006 y consistió en la realización a los sujetos hipertensos seleccionados de

dos registros de MAPA con su correspondiente cambio de tratamiento en función del grado de control de la presión arterial y del patrón circadiano de cada sujeto.

La secuencia de realización del estudio para cada paciente fue la siguiente:

1. Selección del paciente que cumpla los criterios de inclusión.
2. Realización de la 1ª MAPA.
3. Entrega de los resultados al paciente incluyendo las modificaciones del tratamiento necesarias tanto para el control de la presión arterial como del ritmo circadiano.
4. Realización de la 2ª MAPA con un intervalo mínimo de 3 meses tras la 1ª MAPA.
5. Entrega de resultados y modificación del tratamiento.

El cuaderno de recogida de datos (CRD) para la MAPA contiene información sobre los siguientes aspectos relacionados con la hipertensión:

- Datos sociodemográficos: Edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal. Para este último dato se utilizaron los criterios de la Federación Internacional de Diabetes¹⁸, que considera obesidad cuando la circunferencia abdominal es mayor de 92 cm en hombres y 80 cm en mujeres.
- Años de evolución de la HTA
- Factores de riesgo cardiovascular: Tabaquismo, diabetes mellitus (según los criterios de la American Diabetes Association¹⁹), dislipemia (colesterol total >250 mg/dl), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura (<55 años en hombres y <65 años en mujeres), lesión de órganos diana (Ateromatosis = engrosamiento de la pared carotídea $\geq 0,9$ mm o presencia de placa aterosclerótica; afectación renal = creatinina sérica entre 1,3-1,5 o microalbuminuria, es decir, cociente albúmina/creatinina entre 1,2 y 1,4; e hipertrofia ventricular izquierda).
- Antecedentes personales de enfermedad vascular (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal (nefropatía diabética o

creatinina >1,4 en mujeres o >1,5 en hombres o proteinuria >300mg/24 horas) e ictus).

- Tratamiento para la HTA: Se registró la toma de medicación antihipertensiva durante las 2 semanas previas y la toma de medicación antihipertensiva durante la MAPA (principio activo, dosis diaria total y pauta de tratamiento).
 - Toma de medicación antiagregante o anticoagulante.
 - Medida de la presión arterial: PAS/PAD en la consulta (2 tomas), duración de la MAPA (24 horas), tipo de manguito (normal/obesos), hora de acostarse y levantarse y fecha y hora de inicio de la monitorización.
 - Cálculo del riesgo cardiovascular utilizando las escalas Score y Regicor. La escala Score²⁰, recomendada por la Sociedad Europea de Cardiología, calcula la probabilidad de que una persona tenga un evento clínico (muerte por enfermedad cardiovascular) en un periodo de 10 años. El riesgo se estratifica en bajo (<1%), ligero (1-3%), moderado (3-5%), alto (5-10%) y muy alto (>10%). Para calcular el riesgo se precisa conocer las variables edad, sexo, colesterol total, PAS y consumo de tabaco.
- Regicor calcula el riesgo de que un paciente sufra un evento cardiovascular (IAM mortal o no, IAM silente y angina de pecho) en los próximos 10 años basándose tanto en la fórmula original de Framingham de Wilson de 1998²¹ como en la forma calibrada según el método descrito por los investigadores del Framingham Heart Study mediante los datos del estudio Regicor²². El cálculo se basa en las variables edad, sexo, colesterol total, colesterol HDL, PAS, PAD, consumo de tabaco y diabetes.
- Clasificación del grado de hipertensión según los criterios de JNC-7¹⁷. Se realiza midiendo la tensión en la consulta previa a la MAPA1 y haciendo la media de 2 mediciones con manguito y aparato homologado. El paciente debe permanecer sentado durante 5 minutos. Las mediciones deben realizarse con un intervalo de 5 minutos. Si el paciente está bajo tratamiento antihipertensivo, tomará previamente la dosis que le corresponda. La MAPA siempre

se coloca por la mañana. (Normal: PAS < 120 o PAD < 80; Prehipertensión: PAS 120-139 o PAD 80-89; Grado I: PAS 140-159 o PAD 90-99; Grado II: PAS \geq 160 o PAD \geq 100).

Para la realización de la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) se utilizó el monitor de Spacelabs Medical modelo 90207, que consiste en una unidad pequeña con funcionamiento a baterías, diseñada para tomar mediciones de presión arterial y de frecuencia cardíaca durante 24 horas. Este monitor está homologado para su uso en España y está validado desde el año 1991 con el protocolo de la Sociedad Británica de HTA. Los monitores se transportan en bolsas que se sujetan con correas a un lado del paciente. Las medidas de la presión arterial y frecuencia cardíaca se toman utilizando un brazalete de presión arterial sujeto en el brazo. Esta información queda registrada en el monitor y es posteriormente transferida a la plataforma tecnológica del proyecto Cronopres que devuelve un informe completo del registro/s de cada paciente.

Para la presión arterial sistólica (PAS) se consideran normales medias inferiores a 135 mmHg en la actividad e inferiores a 120 mmHg en el descanso. Con respecto a los valores de PAD se estimarán como normales por debajo de 85 y 75 respectivamente. La PAS media de ambos períodos se considera normal si es inferior a 125, así como 80 para la PAD media. El informe de la MAPA ofrece los resultados de la MAPA de 24 horas: PAS y PAD medias de 24 horas, en reposo y en actividad y patrón circadiano de la presión arterial.

Además de los datos que facilita el informe de la MAPA, también se recogieron datos sobre el tratamiento antihipertensivo pautado para corregir el control inadecuado (dosis y horario de las tomas) y su coste.

La variable principal o dependiente de nuestro estudio fue el control de la presión arterial. Y lo definimos como adecuado cuando tras la obtención de la MAPA las cifras globales de PAS y PAD en 24 horas están por debajo de 140/90 en sujetos no diabéticos y por debajo de 130/80 en diabéticos. Cuando no se cumpla alguno de es-

tos criterios el control de la presión arterial es inadecuado.

Los pacientes fueron clasificados en función de su patrón circadiano de presión arterial (porcentaje de descenso nocturno con respecto a la PA entre el sueño y vigilia) como Dipper (reducción de más del 10% de PAS entre los períodos de descanso y actividad), Dipper extremo (reducción de más del 20%), Non dipper (reducción de menos del 10%), Riser (aumento de menos del 10%) y Riser extremo (aumento de más del 10%)¹⁰.

Los datos anteriormente descritos fueron almacenados y tratados estadísticamente con el paquete informático SPSS para Windows, aplicándose las siguientes técnicas estadísticas:

1. Análisis descriptivo de cada una de las variables con la correspondiente subdivisión por estratos.
2. Técnicas estadísticas básicas: media y desviación estándar para los datos cuantitativos y porcentajes para los cualitativos.
3. Para comparar las tensiones arteriales obtenidas en la primera y segunda MAPA se utilizó la prueba T para muestras relacionadas.

Resultados

Entre el 1 de julio de 2004 y el 28 de febrero de 2006 fueron seleccionados para el estudio 105 sujetos hipertensos o con sospecha de hipertensión, de los que finalmente fueron incluidos 90. De los 105 sujetos elegibles, 2 resultaron ser normotensos, 3 no acudieron para la realización de la segunda MAPA y 10 fueron excluidos porque en la primera o en la segunda MAPA no se pudo obtener una medida válida de PA en 1 hora y/o un porcentaje superior al 80% de medidas válidas. El perfil clínico de los pacientes incluidos se describe en la Tabla 1. Son hechos destacables la elevada proporción de obesidad, dislipemia (46,7%) y diabetes (30%) entre los hipertensos estudiados. Se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en los años de evolución de la HTA, los antecedentes personales de enfermedad vascular, lesión de órganos diana, tabaquismo y toma de antiagregantes.

El perfil de riesgo cardiovascular se describe en la Tabla 2. Tanto al valorar el riesgo de padecer eventos cardiovasculares mortales (Score) y no mortales (Regicor y ecuación de Framingham calibrada), se observan mayores niveles de riesgo, aunque no de forma significativa, en los hombres frente a las mujeres (sean o no diabéticos), en los diabéticos de ambos sexos frente a los no diabéticos y un menor riesgo global en la valoración del riesgo de eventos no fatales si se utiliza la escala Regicor frente a la ecuación de Framingham calibrada.

En la tabla 3 se describen los distintos tipos de fármacos antihipertensivos consumidos en el estudio, su precio total y el precio medio por paciente y mes. Antes de la realización de la primera MAPA el consumo fue de $1,4 \pm 1$ fármacos por paciente (media \pm DS) y su coste medio mensual se elevó a $20,3 \pm 18$ euros (media \pm DS). Los grupos terapéuticos de antihipertensivos más consumidos fueron IECAs, diuréticos, ARA-II y calcioantagonistas. Tras la realización de la primera y segunda MAPA el consumo medio de antihipertensivos por paciente ascendió a $1,9 \pm 0,9$ y $2,2 \pm 1$ (media \pm DS), respectivamente. El coste medio por paciente y mes se elevó tras la primera MAPA a $29,1 \pm 18,6$ euros y a $28,8 \pm 18,5$ euros (media \pm DS) tras la segunda MAPA. Los antihipertensivos más consumidos siguieron siendo IECAs, diuréticos, ARA-II y calcioantagonistas aunque con pequeñas oscilaciones porcentuales.

En la tabla 4 se observa que todas las cifras de presiones arteriales medias obtenidas tras la realización de la segunda MAPA fueron inferiores a las de la primera MAPA. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la PA sistólica en el periodo de actividad y en las presiones sistólicas medias de 24 horas. La PA diastólica en actividad, reposo y media de 24 horas, fue significativamente inferior en la 2ª MAPA.

El 79,4% de los hipertensos no diabéticos consiguieron tener sus cifras de PA por debajo de 140/90 en la primera MAPA, porcentaje que se elevó al 88,9% tras la 2ª MAPA (Tabla 5). En ambas MAPAS se observó un significativo mayor control de la PA en las mujeres. Los hipertensos diabéticos consiguieron tener su PA por debajo de 130/80 en un 40,7% tanto en la primera como en la

segunda MAPA, sin observarse diferencias entre hombres y mujeres. Globalmente, tras la 1ª MAPA se consiguió controlar la PA en el 67,8% de los pacientes incluidos en el estudio y en el 74,4% tras la 2ª MAPA.

El patrón circadiano de presión arterial más frecuente en nuestro estudio es el perfil No Dipper, seguido por el Dipper, que alcanzan casi un 80% en ambas MAPAS. El perfil Extreme dipper se duplica en la segunda MAPA y el perfil Riser disminuye (Tabla 6). Tras el tratamiento antihipertensivo realizado después de la primera MAPA más de la mitad de los pacientes con perfil Dipper se hicieron No-dipper y Extreme dipper (Tabla 6). Por el contrario el 63,2% de los No-dipper no cambiaron su perfil, 3 de los 7 Extreme Dipper se hicieron Dipper y solo en 2 de los 10 pacientes con perfil Riser no se modificó este perfil.

Durante los 19 meses que duró el estudio, solo se registró un evento cardiovascular no fatal: una angina de pecho en un varón hipertenso diabético y con perfil circadiano riser en la primera MAPA.

El tiempo medio invertido en cada MAPA por paciente es de 40 minutos, incluyendo la recogida de datos, la toma de constantes clínicas, el análisis de los datos y la introducción de los resultados en la historia del paciente. Todo ello supuso un tiempo total invertido de 120 horas en realizar la monitorización de los pacientes del estudio ($40 \text{ minutos} \times 180 \text{ MAPAS} = 7.200 \text{ minutos} = 120 \text{ horas}$).

Discusión

El presente trabajo, que forma parte de un proyecto actualmente en fase de ejecución a escala nacional llamado Cronopres, representa una de las primeras experiencias de utilización de la técnica MAPA en un Centro de Salud para mejorar un problema clínico tan prevalente en Atención Primaria como es la hipertensión arterial. En el estudio que aquí se presenta la MAPA ha sido utilizada para el seguimiento y control de la HTA, pero sus indicaciones son mucho más amplias⁷. La técnica MAPA es una tecnología de fácil uso,

bajo coste de mantenimiento y que puede ser utilizada en la gran mayoría de nuestros pacientes ambulatorios.

Nuestro estudio no está exento de limitaciones que pueden influir a la hora de interpretar los resultados, a saber: la selección no aleatoria de la muestra, su escaso número y el estar basado solo en las personas que acuden a la consulta.

Es de destacar en los 90 pacientes hipertensos de nuestro estudio la gran prevalencia de factores de riesgo modificables añadidos a la hipertensión como la obesidad, la diabetes y la dislipemia, lo que nos revela la amplia labor a desarrollar tanto por el médico como por la enfermera en la modificación de estilos de vida de nuestros pacientes.

El paciente hipertenso varón que sufrió una angina de pecho había dejado de tomar la medicación 6 meses antes de sufrir dicho evento.

Casi un 20% de nuestros pacientes no tomaba ningún antihipertensivo antes de la primera MAPA. Esto es debido a que se utilizó dicha técnica para confirmar el diagnóstico ya que hasta ese momento la hipertensión era desconocida para los sujetos. En cuanto a la clasificación del grado de HTA de los pacientes es de destacar el sesgo que se introduce al realizar tal valoración con la toma previa de la medicación antihipertensiva.

El análisis del perfil de riesgo de nuestros pacientes pone sobre el tapete varios hechos. El primero, y más conocido, que nuestra población tiene menor riesgo cardiovascular (RCV) que la anglosajona, evidenciado por una menor puntuación en escalas de riesgo que utilizan datos poblacionales de nuestro país. Así, es lógico comprobar como el RCV es menor con la escala de Marrugat que con la función calibrada de Framingham. El segundo hecho, es el diferente perfil de riesgo según el género. Las mujeres de nuestro estudio tienen una hipertensión de más años de evolución, hay menos fumadoras entre ellas, la obesidad es más prevalente y tienen menor RCV tanto para eventos fatales (Score) como no fatales (ecuación de Wilson y Marrugat); además han conseguido un mayor control tanto sobre sus cifras tensionales como sobre su patrón circadiano

de presión arterial (mayor proporción de Dipper y menor de Riser).

El grado de control conseguido sobre las cifras tensionales en los pacientes hipertensos de nuestro estudio ha sido superior a lo descrito hasta ahora en el ámbito de la Atención Primaria¹⁻⁶. Tanto tras la primera como la segunda MAPA nuestro grado de control fue de 67,8% y 74,4%, respectivamente, éxito que atribuimos a la gran información que nos ofrece dicha técnica y que nos permite individualizar el tratamiento y la administración temporalizada de los fármacos antihipertensivos para un mejor control de la PA. Para ello tuvimos que aumentar el número de fármacos tras la segunda MAPA pero este hecho no supuso un aumento del gasto por paciente.

Sin embargo, en lo que se refiere al patrón circadiano de PA, tras la primera MAPA solo eran Dipper (patrón considerado como normal) el 39% de los pacientes, porcentaje que bajó al 32% tras la segunda. Esta distribución del patrón dipper es muy similar a la observada tras la realización de 30.000 MAPAs en los pacientes del proyecto Cronopres¹⁶. Conseguimos disminuir el tipo Riser pero aumentamos el extreme dipper, probablemente por el efecto de la medicación antihipertensiva, lo que plantea, entre otras cuestiones, si con el tratamiento antihipertensivo se puede revertir la alteración del perfil circadiano de los pacientes y la escasa existencia de estudios sobre el impacto de los fármacos antihipertensivos sobre dicho patrón. Aspectos sobre los que habría que seguir investigando.

Bibliografía

1. Banegas Banegas JR. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. *Hipertensión* 2005; 22: 353-362.
2. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F. El problema de la hipertensión arterial en España. *Rev Clin Esp* 2002; 202: 12-15.
3. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Cruz JJ, Guallar P, Rey J. Bloodpressure in Spain: distribution, awareness, control and benefits of a reduction in average pressure. *Hipertensión* 1998; 32: 998-1002.
4. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, Cruz JJ, et al. Hyperten-

- sion magnitude and management in the elderly population of Spain. *J Hypertens*. 2002; 20: 2157-2164.
5. Gonzalez-Juanatey JR, Alegria Ezquerro E, Lozano Vidal JV, Llisterra Caro JL, García Acuña JM, Gonzalez Maqueda I. Impacto de la hipertensión en las cardiopatías en España. Estudio Cardiotens 1999. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 139-149.
 6. De la Peña Hernandez A, Suarez Fernandez C, Cuende Melero I, Muñoz Rodríguez M, Garré Cánovas J, Camafort Babkowski M, et al. Control integral de los factores de riesgo en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular en España. Estudio CIFARC. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 44-49.
 7. Coll de Tuero G, Beltran Vilella M, Foguet Bo-reub Q, Salleras Marcó N. AMPA, una revisión crítica. *Aten Primaria* 2000; 25: 644-649.
 8. Villar J, Stiefel P, Miranda ML. Otros parámetros de utilidad en el tratamiento del paciente con hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 423-428.
 9. Cobo F, Gil B, Maldonado A, Luna J, Muñoz F, Huertas F, León-Espinosa MT, Ruiz MF. Presión arterial nocturna y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 85-88.
 10. Kario K, Pickering TG, Matsuo T, Hoshida S, Schwartz JE, Shimada K. Stroke prognosis and abnormal nocturnal blood pressure falls in older hypertensives. *Hipertensión* 2001; 38: 852-857.
 11. Verdecchia P, Schillaci G, Guerrieri M, Gatteschi C, Benemio G, Boldrini F, et al. Circadian blood pressure changes and left ventricular hypertrophy in essential hipertensión. *Circulation* 1990; 81: 528-536.
 12. Kuwajima I, Suzuki Y, Shimosawa T, Kanemaru A, Hocino S, Kuramoto K. Diminished nocturnal decline in blood pressure in elderly hypertensive patients with left ventricular hypertrophy. *Am Herat J* 1992; 123: 1307-1311.
 13. Opsahl JA, Abraham PA, Halstenson CE, Keane WF. Correlation of office and ambulatory blood pressure measurements with urinary albumin and N-acetyl-beta-D-glucosaminidase excretion in essential hipertensión. *Am J Hypertens* 1988; 1: 117S-120S 16.
 14. Shimada K, Kawamoto A, Matsubayashi K, Nishinaga M, Kimura S, Ozawa T. Diurnal blood pressure variations and silent cerebrovascular damage in elderly patients with hipertensión. *J Hypertens* 1992; 10: 875-878.
 15. Tohgi H, Chiba K, Kimura M. Twenty-four-hour variation in blood pressure in vascular dementia of the Binswanger type. *Stroke* 1991; 22: 603-608.
 16. Segura de la Morena J, Sobrino Martinez J, Sierra Benito C, Ruilope Urioste LM y Coca Payeras A. Proyecto CRONOPRES: un nuevo enfoque para el control de la hipertensión arterial. *Hipertensión* 2005; 22: 275-283.
 17. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003; 42: 1206-1252.
 18. International Diabetes Federation. Backgrounder 2: Rationale for new IDF worldwide definition of metabolic syndrome.
 19. American Diabetes Association. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997; 20: 1183-9.
 20. European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice. *European Heart Journal*, 2003; 24(17): 1601-1610.
 21. Wilson PWF, D'Agostino RB, Levy D et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation* 1998; 97: 1837-1847.
 22. Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosua R, Wilson P, Ordovas J, et al. An adaptation of the Framingham coronary risk function to southern Europe Mediterranean areas. *J Epidemiol Comm Health* 2003; 57: 1-6.
 23. Proyecto Cronopres. Explotación periódica de los datos del registro. URL: <https://www.cronopres.com/web/descargas.asp>. Enero de 2006.

Tabla 1. Perfil clínico de los pacientes hipertensos estudiados.

Características	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sujetos estudiados	42	46,7	48	53,3	90	100
Edad en años (Mediana)	2,0		5,5		5,0	
Obesidad						
IMC>30	27	64,3	35	73,0	62	68,9
Abdominal	39	92,9	47	97,9	86	95,6
Años evolución HTA (Mediana) *	4,4 ± 5,2		7,2 ± 7,2		5,9 ± 6,5	
Fumadores	14	33,3	2	4,2	6	6,7
Diabéticos	15	35,7	12	25,0	27	30,0
Dislipemia	19	45,2	23	47,9	42	46,7
Antec. personales de enferm. Vascular *	13	31,0	5	10,4	18	20,0
Lesión de organos diana *	16	38,1	10	20,8	26	28,9
Grado de HTA según JNC-7						
Normotenso	1	2,4	0	0,0	1	1,1
Prehipertensión	11	26,2	9	18,8	20	22,2
Grado 1	21	50,0	26	54,2	47	52,2
Grado 2	9	21,4	13	27,1	22	24,4
Toma de antiagregantes *	22	52,4	11	22,9	33	36,7
Toma antihipertensivos antes MAPA 1	32	76,2	42	87,5	74	82,2

* $p < 0,05$ al comparar Hombres y Mujeres.

Tabla 2. Riesgo cardiovascular de los pacientes del estudio.

Características	Hombres		Mujeres [§]		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sujetos estudiados	42	46,7	48	53,3	90	100
Score *						
No diabéticos						
Riesgo bajo	8	19,0	9	18,8	17	18,9
Riesgo ligero	5	11,9	18	37,5	23	25,6
Riesgo moderado	2	4,8	9	18,8	11	12,2
Riesgo alto	9	21,4	0	0,0	9	10,0
Muy alto	3	7,1	0	0,0	3	3,3
Diabéticos ^{&}						
Riesgo bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Riesgo ligero	2	4,8	0	0,0	2	2,2
Riesgo moderado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Riesgo alto	6	14,3	4	8,3	10	11,1

(Continuación Tabla 2)

Muy alto	7	16,7	8	16,7	15	16,7
Regicor						
No diabéticos						
Riesgo bajo	11	26,2	20	41,7	31	34,4
Riesgo ligero	10	23,8	16	33,3	26	28,9
Riesgo moderado	6	14,3	0	0,0	6	6,7
Riesgo alto	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Muy alto	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabéticos						
Riesgo bajo	0	0,0	3	6,3	3	3,3
Riesgo ligero	9	21,4	7	14,6	16	17,8
Riesgo moderado	4	9,5	2	4,2	6	6,7
Riesgo alto	2	4,8	0	0,0	2	2,2
Muy alto	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Framingham calibrada						
No diabéticos						
Riesgo bajo	1	2,4	4	8,3	5	5,6
Riesgo ligero	8	19,0	16	33,3	24	26,7
Riesgo moderado	9	21,4	16	33,3	25	27,8
Riesgo alto	8	19,0	0	0,0	8	8,9
Muy alto	1	2,4	0	0,0	1	1,1
Diabéticos						
Riesgo bajo	0	0,0	1	2,1	1	1,1
Riesgo ligero	0	0,0	2	4,2	2	2,2
Riesgo moderado	6	14,3	7	14,6	13	14,4
Riesgo alto	6	14,3	2	4,2	8	8,9
Muy alto	3	7,1	0	0,0	3	3,3

* Probabilidad de desarrollar un evento cardiovascular mortal.

& Hombres: Puntuación del score x 2. Mujeres: Puntuación del Score x 4.

§ No se ha realizado test de significación estadística por la existencia del cero en numerosas celdillas.

Tabla 3. Consumo y precio medio de antihipertensivos por paciente y mes

Medicamentos	Hombres (n=42)	Mujeres (n=48)	Total (n=90)
Antes de la MAPA1			
Total (n)	59	68	127
PVP total	850,4	972,1	1822,4
Consumo medio/paciente (X±DS)	1,4 ± 1,1	1,4 ± 0,9	1,4 ± 1,0
PVP medio/paciente (X±DS)	20,2 ± 17,1	20,3 ± 18,9	20,3 ± 18,0
Tipo de antihipertensivo (%)			
Alfabloqueantes	5,1	4,4	4,7
Betabloqueantes	6,8	8,8	7,9
Alfa + Beta	3,4	2,9	3,1
Diuréticos	23,7	23,5	23,6
ARA-II	18,6	25,0	22,0
Calcioantagonistas	15,3	10,3	12,6
IECAs	27,1	25,0	26,0
Total	100,0	100,0	100,0
Después de la MAPA1			
Total (n)	80	90	170
PVP total	1357,9	1256,8	2614,7
Consumo medio/paciente (X±DS)	1,9 ± 0,9	1,9 ± 0,8	1,9 ± 0,9
PVP medio/paciente (X±DS)	32,3 ± 18,7	26,2 ± 18,1	29,1 ± 18,6
Tipo de antihipertensivo (%)			
Alfabloqueantes	10,0	3,3	6,5
Betabloqueantes	5,0	8,9	7,1
Alfa + Beta	1,3	2,2	1,8
Diuréticos	15,0	21,1	18,2
ARA-II	25,0	23,3	24,1
Calcioantagonistas	21,3	14,4	17,6
IECAs	22,5	26,7	24,7
Total	100,0	100,0	100,0
Después de la MAPA2			
Total (n)	87	103	190
PVP total	1291,3	1304,8	2596,1
Consumo medio/paciente (X±DS)	2,1 ± 1	2,2 ± 1	2,2 ± 1
PVP medio/paciente (X±DS)	30,7 ± 19,9	27,2 ± 17,2	28,8 ± 18,5
Tipo de antihipertensivo (%)			
Alfabloqueantes	3,4	0,0	1,6
Betabloqueantes	5,7	14,6	10,5
Alfa + Beta	2,3	1,0	1,6
Diuréticos	18,4	23,3	21,1
ARA-II	23,0	17,5	20,0
Calcioantagonistas	26,4	18,4	22,1
IECAs	20,7	25,2	23,2
Total	100,0	100,0	100,0

(X±DS)= Media ± Desviación Estandar.

Tabla 4. Diferencias de las cifras tensionales entre MAPA 1 y MAPA 2

Presión arterial en mmHg	MAPA1	MAPA2	SE*
Sistólica en actividad	133,4 ± 15,1	131,1 ± 13,7	0,1040
Diastólica en actividad	81,9 ± 10,2	78,7 ± 9,2	0,0001
Sistólica en reposo	120,2 ± 20,6	115,6 ± 19,7	0,0310
Diastólica en reposo	70,2 ± 10,3	65,9 ± 10,5	0,0001
Sistólica media de 24 horas	129,4 ± 19,5	126,9 ± 13,8	0,1690
Diastólica media de 24 horas	78,6 ± 9,2	74,9 ± 9,3	0,0001

SE* = Significación estadística de la comparación de medias con datos pareados

Tabla 5. Grado de control de la presión arterial tras la realización de las MAPAs.

Grado de control	A. Hombres (n=42)		B. Mujeres (n=48)		Total (n=90)		SE *
	n	%	n	%	n	%	
MAPA1							
1. PAS/PAD ≤ 140/90 en no diabéticos (Observados/Total)	18/27	66,7	32/36	88,9	50/63	79,4	0,01
2. PAS/PAD ≤ 130/80 en diabéticos (Observados/Total)	5/15	33,3	6/12	50,0	11/27	40,7	0,2
1 + 2	23/42	54,8	38/48	79,2	61/90	67,8	0,007
MAPA2							
1. PAS/PAD ≤ 140/90 en no diabéticos (Observados/Total)	22/27	81,5	34/36	94,4	56/63	88,9	0,05
2. PAS/PAD ≤ 130/80 en diabéticos (Observados/Total)	5/15	33,3	6/12	50,0	11/27	40,7	0,2
1 + 2	27/42	64,3	40/48	83,3	67/90	74,4	0,02

* SE = Significación Estadística.

Tabla 6. Evolución del perfil circadiano de la presión arterial *

Perfil circadiano de presión arterial	MAPA1		MAPA2							
	Total		Dipper		Non dipper		Extreme Dipper		Riser	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hombres (n=42)										
Dipper	13	100,0	4	30,8	7	53,8	2	15,4	0	0,0
Non Dipper	22	100,0	5	22,7	14	63,6	1	4,5	2	9,1
Extreme Dipper	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Riser	6	100,0	1	100,0	3	47,9	0	0,0	2	2,2
Mujeres (n=48)										
Dipper	22	100,0	11	50,0	6	27,3	5	22,7	0	0,0
Non Dipper	16	100,0	4	25,0	10	62,5	2	12,5	0	0,0
Extreme Dipper	6	100,0	2	33,3	0	0	4	66,7	0	0,0
Riser	4	100,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	2	50,0
Total (n=90)										
Dipper	35	100,0	15	42,9	13	37,1	7	20,0	0	0,0
Non Dipper	38	100,0	9	23,7	24	63,2	3	7,9	0	0,0
Extreme Dipper	7	100,0	3	42,9	0	0,0	4	57,1	0	0,0
Riser	10	100,0	2	20,0	4	40,0	0	0,0	2	20,0

* Numerosas celdillas con valor < 5.

ORIGINAL

¿Por qué se cambian de médico nuestros pacientes?: estudio descriptivo en un centro de salud urbano

Tormo Molina J¹, Myriam Sánchez Ramos M², Toro Utrera P², Olmedo Jiménez MM², Muwaquet F².

¹ Médico de familia. Centro de Salud "Salvador Caballero". Distrito sanitario Granada. Servicio Andaluz de Salud. ² Médico de familia. Centro de Salud "Salvador Caballero". Unidad docente de Medicina de Familia de Granada.

¿POR QUÉ SE CAMBIAN DE MÉDICO NUESTROS PACIENTES?: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

Objetivo: Describir las causas que motivan que los usuarios cambien de médico

Diseño e Intervenciones: Estudio descriptivo transversal, realizado mediante encuesta telefónica. Principales variables de estudio: motivo del cambio de médico, grado de satisfacción con el cambio, número de personas "arrastradas" con el cambiado, cambios anteriores y percepción de salud.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Población y muestra: Todos los usuarios incluidos en el libro de registro de cambio de médico del centro durante dos años. Se excluyeron los sujetos que no tenían teléfono, los que no contestaron después de tres intentos de llamada telefónica y los que se habían cambiado por motivos circunstanciales. El tamaño muestral quedó configurado por 212 sujetos.

Resultados principales: Cumplieron los criterios de inclusión en estudio 93 sujetos. El 35% se habían cambiado por disconformidad con el trato recibido, y un 23% por discrepancias con las decisiones clínicas. En el 39% de los casos se aducían motivos diversos ("el titular de la consulta casi nunca estaba", "deseaba ser atendida por una mujer"...). El 80% estaba satisfecho con los resultados del cambio y un 27% había realizado cambios previos.

Conclusiones: El principal motivo alegado por los usuarios para el cambio de médico, en nuestro medio, fue el trato recibido por el profesional y cerca de la cuarta parte de ellos ya habían realizado cambios de médico previos. La mayor parte estaba satisfecha con el cambio realizado.

Palabras clave: Primary health care (Atención primaria) Physician-patient relations (relación médico-paciente), Patient satisfaction (satisfacción del paciente)

Correspondencia: Juan Tormo Molina, Calle Moncayo 3, 1º C, 18009-Granada. Telfs. 958227187, 630408624. e-mail: juantormomolina@telefonica.net

Recibido el 17-05-2007; aceptado el 12-09-2007.

Medicina de Familia (And) 2007; 1: 20-25.

WHY DO OUR PATIENTS CHANGE THEIR PHYSICIANS? - A DESCRIPTIVE STUDY IN AN URBAN HEALTH CENTER -

Goal: To describe the reasons that lead patients to change physicians.

Design: Descriptive cross-sectional study carried out through telephone interviews. Main study variables: reason for the change of physician, degree of satisfaction with the change, number of persons implicated in the change, previous changes and perceived health.

Setting: An urban health center.

Population and sample: All patients whose names were logged in the center's official Physician Change Register over a two-year period. Excluded from the study were all subjects who did not have a telephone, those who did not answer after three attempts to reach them by phone and those who had changed physician for circumstantial reasons. The sample consisted of 212 subjects.

Results: Ninety-three subjects met the inclusion criteria. Thirty-five percent of them had requested the change because they were dissatisfied with the doctor-patient relationship and 23% said it was due to differences of opinion regarding clinical decisions. 39% of the subjects cited diverse reasons ("the doctor assigned to me was almost never there," "I wanted to be seen by a female doctor"...). 80% were satisfied with the resulting change and 27% had previously requested changes.

Conclusions: The main reason that motivated patients to request a change in their attending physician was their dissatisfaction with the doctor-patient relationship and one-fourth of them had previously requested a change. The majority of them were satisfied with the modification.

Key words: Primary health care, physician-patient relations, patient satisfaction.

Introducción

La aparición de la ley 14/1986 del 25 de Abril y, posteriormente, el Real Decreto 1575/1993¹ dio lugar a la posibilidad de que los usuarios de los centros de salud pudieran escoger el médico de cabecera asignado. Según datos de la memoria del Servicio Andaluz de Salud del 2004², en ese año, el 16% de la usuarios con tarjeta sanitaria individual solicitó cambio de médico. Sin embargo no conocemos trabajos de investigación que aborden los motivos para el cambio de médico de los pacientes no desencadenados por cambio de domicilio.

En nuestro centro de salud, dentro de las actividades del grupo de mejora de calidad, se valoró la posibilidad de conocer el número de sujetos que se cambiaban de médico dentro de los usuarios de nuestro centro, en qué proporción cada médico era destinatario de esos cambios y los motivos argumentados por el paciente para llevarlo a cabo. Todo ello con dos finalidades: determinar si, en base a las respuestas obtenidas, era necesario realizar una discusión del tema entre los profesionales del equipo y, segundo, realizar un seguimiento de los sujetos cambiados, ya que mantenemos la hipótesis de que estos usuarios consumen un mayor número de recursos sanitarios, con las repercusiones que ello conlleva para el profesional que los atiende.

El presente trabajo describe los motivos aducidos por los usuarios para el cambio de médico.

Sujetos y métodos

Estudio descriptivo transversal, mediante encuesta telefónica, con preguntas de respuesta cerrada y abierta, llevada a cabo por cuatro encuestadores previamente entrenados, con pilotaje previo. Las variables de estudio fueron: motivo del cambio de médico, grado de satisfacción con el cambio, número de personas “arrastradas” (la decisión fue tomada por otro miembro de la familia) con el cambiado, número de cambios anteriores, edad, género, régimen de seguridad social, nivel cultural y percepción de salud. Se realizó análisis estadístico univariante, con las medidas de frecuencia y

de dispersión habituales, mediante el programa SPSS versión 12.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano que atiende a una población de 15000 habitantes.

Sujetos: Inicialmente todos los incluidos en el libro de registro de cambio de médico, correspondientes a las ocho consultas de medicina de familia del centro, en el período 23/10/2002-30/09/2004: 219 sujetos (precisión del 5%, alfa=0.05, beta=0.2, proporción esperada=0.5). Se excluyeron: los que no tenían teléfono o no contestaron después de tres intentos de llamada telefónica; los que se habían cambiado por motivos circunstanciales (cambios de domicilio, de régimen de SS...) y aquellos en los que la decisión de cambio fue tomada por otro miembro de la familia (cambios “arrastrados”).

Resultados

El total de llamadas telefónicas realizado fue de 318 (téngase en cuenta que se hacían hasta tres intentos) y se llegó a contactar telefónicamente con 132 sujetos. Cumplieron los criterios de inclusión en estudio 93. En figura aparte se detalla como se llegó a este número y los motivos de las pérdidas. El porcentaje de pérdidas fue del 40.1% (aquí se incluyen los sujetos con los que no se pudo contactar o no quisieron contestar). El 76.3% de los encuestados eran mujeres. La edad media de la muestra era de: 47.3 años (SD.- 18.3) y el 32.3% eran pensionistas. La percepción de salud de los encuestados era buena en el 73.1%. El 44% poseía estudios universitarios. El motivo principal aducido para el cambio era desacuerdo con el trato recibido en el 35,5%, discrepancias con las decisiones clínicas del médico en un 22.6% y otros motivos en un 38.7% (“el titular de la consulta casi nunca estaba”, “deseaba ser atendida por una mujer”...). En tabla aparte se enuncian algunos de los comentarios textuales recogidos. El 79.6% estaba satisfecho con los resultados del cambio. La media de personas “arrastradas” con la decisión de cada cambio fue de 0.58% (SD.- 0.8). El 27% de los usuarios había llevado a cabo al menos un cambio anterior previo.

Discusión

Puede llamar la atención el elevado número de pérdidas obtenido: 40%, pero aquí incluimos los sujetos que no tenían teléfono o éste no estaba registrado en la base de datos; en total 11%. Si tenemos en cuenta esta cifra, el porcentaje real de pérdidas: 29%, es incluso algo inferior al de otros trabajos, 31,8%, que utilizan la encuesta telefónica en estimación de hábitos de salud y prácticas preventivas³. Por otro lado, debemos suponer que una proporción de los sujetos que no pudieron ser contactados fueran cambios “arrastrados”, cambios involuntarios o cambios por traslado de domicilio. Entre los sujetos de los que se obtuvo contestación telefónica esta proporción fue del 26.5%. Si este porcentaje lo aplicamos a las pérdidas del estudio (91) obtendríamos un total de 160 sujetos cambiados en dos años, lo que supone para nuestro centro una incidencia de cambio de 10 pacientes por médico y año y un 0,5% de cambios de médico por año del total de nuestra población, no generados por cambio de domicilio.

La principal causa esgrimida por el usuario es el trato inadecuado del profesional. Esta circunstancia, el trato inadecuado, también aparece en el análisis de las reclamaciones de nuestro centro, donde da lugar al 18% de ellas⁴. Parece pues claro que es una oportunidad de mejora prioritaria a valorar por los profesionales médicos del centro. Entre los motivos aducidos para el cambio, cerca de la cuarta parte se atribuyen a discrepancias con la actuación profesional del médico: en los diagnósticos, en la no derivación a especialista, en la no emisión de una baja laboral o en la no petición de pruebas complementarias. Este fenómeno pudiera estar influenciado por la existencia de un porcentaje elevado de usuarios con estudios universitarios, nivel cultural en el que es más frecuente el uso de internet como medio de información sobre salud⁵, pero pensamos que este tipo de discrepancias asientan, en muchos casos, sobre una relación médico-paciente no bien consolidada y se pueden resolver en el marco de una buena comunicación. Por otro lado, en la actitud hacia el consumo de recursos del profesional, no sabemos el grado de influencia que podrían tener algunos indicadores de gestión (prescripciones,

derivaciones...), con los que la administración sanitaria juzga al médico.

Uno de los motivos que se ha repetido es la búsqueda de un médico de familia que fuera mujer por parte de usuaria del mismo sexo. Podría ser debido a lo postulado por Delgado y López⁶ en el sentido de que las mujeres suelen preferir una doctora para consultar sus problemas de índole psicosocial. Por otro lado, se debe tener en cuenta que en los centros de salud de Andalucía se lleva a cabo el programa de la mujer, con actividades como el control de embarazo, la citología de cervix y planificación familiar. Aún así, pensamos que el problema de fondo en estos casos también es de comunicación, y que el sexo del profesional, como dicen los autores referidos⁶ no guarda una relación consistente con la satisfacción.

La estabilidad del mismo profesional en la consulta también aparece reflejado en los motivos para el cambio. Los usuarios asocian estabilidad del profesional en la consulta con una buena relación médico-paciente⁷. Durante los dos años en que se registraron los datos hubo cambios en los titulares de algunas consultas y, por otro lado, la presencia de médicos residentes de medicina de familia que pasan consulta en nuestro centro, ha podido influir en alguno de los cambios.

Finalmente, aunque las razones esgrimidas para el cambio de médico son variadas, pensamos que el problema de fondo, en buena parte de ellas, es la insatisfacción en la comunicación médico-paciente; una buena relación médico-paciente parece ser lo que principalmente demandan nuestros usuarios⁸.

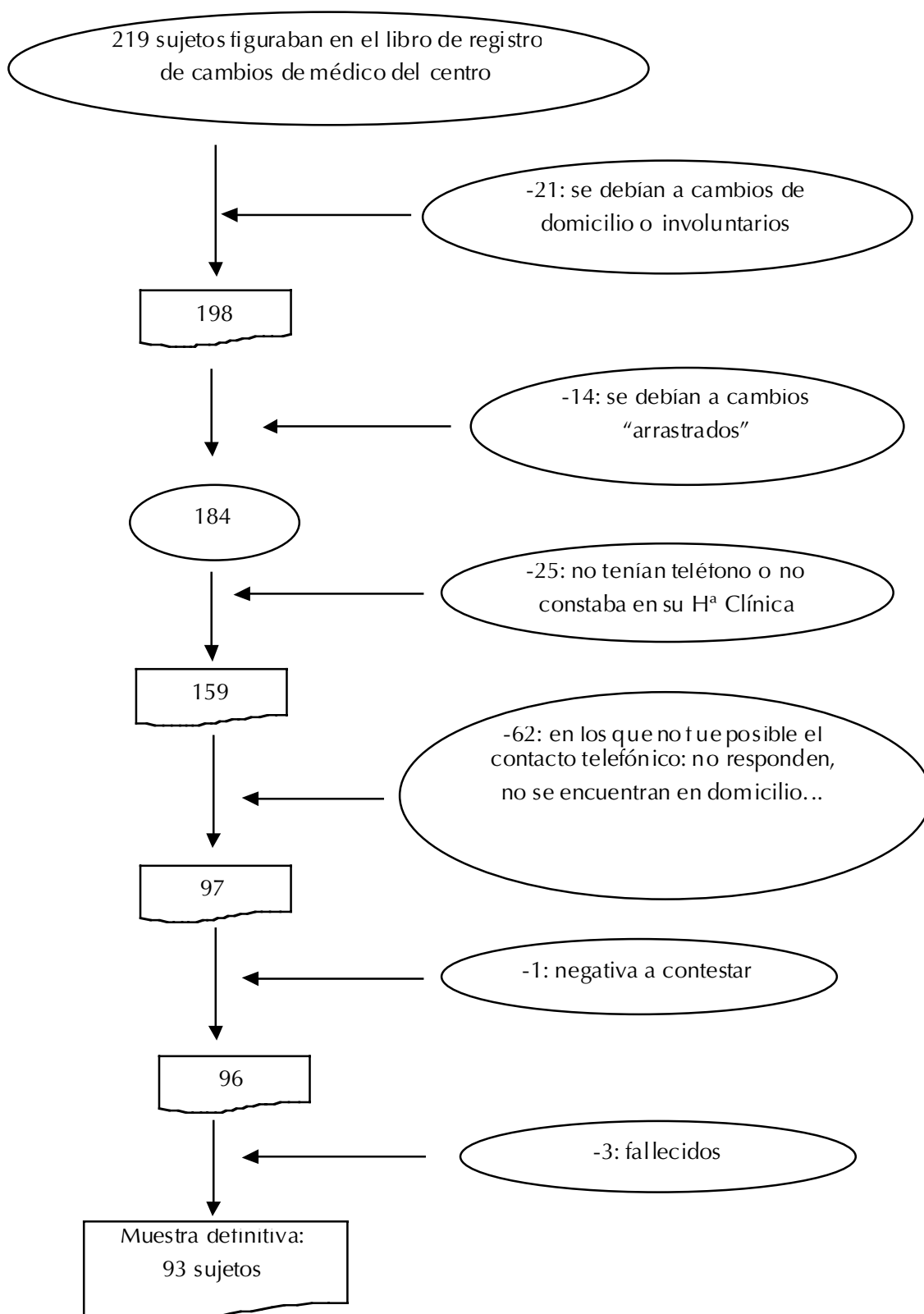
Bibliografía

- 1 Real Decreto 1575/1993 de 10 de Septiembre. Regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado 1993; 238: 5-10.
- 2 Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2004. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=.../publicaciones/datos/208/pdf/MEMOSAS2004.pdf>

- 3 Galán I, Rodríguez-Artalajejo F, Zorrilla B. Comparación entre encuestas telefónicas y encuestas «cara a cara» domiciliarias en la estimación de hábitos de salud y prácticas preventivas. *Gac Sanit.* 2004; 18: 440-450.
- 4 Pozo Rodríguez MB, Fernández Pineda MB, Tormo Molina J. Reclamaciones en el centro de salud, ¿A quién van dirigidas? ¿Quién las realiza? En: Libro de ponencias: XIV Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Jaén; SAMFyC; 2003. p. 343.
- 5 Alarcón O, Baudet JS, Sánchez del Río A, Dorta MC, de la Torre M, Socas MR, et al. Uso médico de Internet entre los pacientes de una consulta general de enfermedades del aparato digestivo. *Gastroenterol Hepatol.* 2006; 29: 286-290.
- 6 Delgado A, López-Fernández LA. Práctica profesional y género en atención primaria. *Gac Sanit.* 2004; 18: 112-117.
- 7 Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Hernández Orozco JL, López Conesa E. ¿Les parece bien a nuestros pacientes que su médico de familia interino consolide su empleo en la OPE extraordinaria actualmente en marcha? *Aten Primaria.* 2005; 35: 270-270.
- 8 Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ.* 2001; 322: 1-7.

Algunos de los motivos aducidos para el cambio
“había oído hablar bien del médico que tengo ahora”
“tengo poca confianza en los diagnósticos que hacía”
“no me mandaba a especialistas”
“no detectó la enfermedad de mi marido”
“no me quiso dar la baja laboral”
“no quiso atenderme porque no tenía cita estando yo sólo en la sala de espera”
“no estaba de acuerdo con sus tratamientos y no quería recetarme”
“quería una persona más joven”
“el titular de la consulta casi nunca estaba”
“quería una mujer como médico”
“no me explicó las dudas”
“según ella yo tenía ansiedad, no me quiso mandar al ginecólogo, tengo pinzamientos, artrosis”
“no me dio rehabilitación. Siempre tenía la razón”
“el médico al que me cambié es especialista en una enfermedad que yo tengo”
“llegué tarde a consulta, y el médico no me quiso atender, sin darme explicación”
“no me hicieron pruebas, teniendo un cuadro grave”

Selección de la muestra



ORIGINAL BREVE

Consumo cualitativo y cuantitativo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes según la edad y el sexo

Pérez Milena A¹, Jiménez Pulido I², Leal Helmling FJ³, Martínez Fernández ML⁴, Pérez Milena R⁵, Pérez Milena MJ⁶

¹ Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Mancha Real (Jaén). ² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinación de DCCU, Distrito de Úbeda (Jaén). ³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Jódar (Jaén). ⁴ Licenciada en Historia. Jefatura de Estudios. IES Jabalcuz (Jaén). ⁵ Licenciado en Psicología. Departamento de Orientación. IES Villanueva del Mar (La Herradura, Granada). ⁶ Licenciada en Pedagogía. Jefatura de Estudios. IES Alhadra (Almería)

CONSUMO CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS EN ADOLESCENTES SEGÚN LA EDAD Y EL SEXO

Objetivos: Conocer el patrón de consumo de alcohol, tabaco y drogas no legales entre adolescentes y las diferencias según edad y sexo.

Diseño: Estudio descriptivo mediante encuesta autoadministrada.

Emplazamiento: 2 Institutos de Secundaria.

Población e intervenciones: Alumnado de Secundaria y Bachillerato. Se recoge edad, sexo, y consumo de alcohol, tabaco y drogas no legales (cualitativo: intermitente, fin de semana, diario) (cuantitativo: alcohol como unidades de bebida estándar —UBE— por semana y tabaco como cigarrillos/día).

Resultados: 386 adolescentes, edad 14,4 años[±EEM0,4; rango 12-17 años] y 51% varones. 56%[±EEP3,1] no consumen ningún tóxico. **Alcohol:** consumen 45%±2,5 con 8,4UBE/semana[±1,9]. Predomina el consumo intermitente (60%±3,7), más frecuente en ≤14 años (p<0,01⁻²), mientras los ≥16 años beben en fin de semana (38%±3,7) (p<0,05⁻²). El consumo diario sólo supone un 2%±1,1. **Tabaco:** un 24%±2,2 fuman una media de 8,9±2,1 cigarrillos/día. Predomina consumo diario (47%±5,2), fundamentalmente en ≥16 años (p<0,05⁻²), e intermitente (38%±5,0) sobre todo en ≤14 años (p=0,089⁻²). 15%±3,7 consumen en fin de semana. **Drogas ilegales:** consumen 13%±1,7. El patrón intermitente es el más frecuente (68%±6,6), y el único tipo de consumo en <15 años. Sólo consumen en fin de semana (18%±5,4) y diariamente (13%±4,9) adolescentes >14 años. El patrón de consumo en fin de semana y, sobre todo, diario incrementa el consumo cuantitativo de alcohol y tabaco (p<0,001 ANOVA) y el consumo de drogas ilegales (p<0,05⁻²). El sexo no influye.

Conclusiones: El adolescente sustituye el consumo experimental inicial por otro muy elevado que se asocia a momentos de ocio con la aparición del policonsumo. Las intervenciones en adolescentes deben tener en cuenta estas particularidades.

Palabras clave: Adolescente, alcohol, tabaco, drogas ilegales, patrón de consumo.

Correspondencia: Alejandro Pérez Milena. C/ Travesía de San Joaquín 6, 3ºD. Jaén (23007). Telfs. 953351200 y 660963522. Fax 953351201. e-mail: alejandropm@supercable.es

Recibido el 2-10-2006; aceptado el 6-02-2007.

El contenido del trabajo fue presentado de forma parcial como comunicación libre (póster) al XVI Congreso de la SAMFYC celebrado en junio de 2006 en Almería.

Medicina de Familia (And) 2007; 1: 26-32.

A QUALITATIVE AND QUANTITATIVE STUDY BY AGE AND GENDER ON THE CONSUMPTION OF ALCOHOL, TOBACCO AND DRUGS AMONG ADOLESCENTS

Objective: To examine consumption patterns for alcohol, tobacco and illegal drugs among adolescents and analyze the differences by age and gender.

Design: Descriptive study based on a self-administered questionnaire.

Setting: Two public high schools.

Population and Interventions: Students enrolled in the first years of a high school educational program and students enrolled in the final two years of the program. Data was gathered on age, sex, alcohol consumption, smoking habits, and the use of illegal drugs (qualitative: intermittent, weekend, daily) (quantitative: alcohol in standard drink measurements – SDM – per week and cigarettes per day).

Results: 386 adolescents, 14.4 years old [±EEM0.4; range 12-17 years] and 51% males. 56%[±EEP3.1] did not use any toxic substance. **Alcohol:** 45% consume ±2.5 with 8.4 SDM/week[±1.9]. Intermittent consumption predominates (60%±3.7), being more frequent in the ≤14 year-old age group (p<0.01⁻²), while those in the ≥16 year-old age group drink on weekends (38%±3.7) (p<0.05⁻²). Daily consumption only accounts for 2%±1.1. **Tobacco:** 24%±2.2 smoked an average of 8.9±2.1 cigarettes/day. Daily consumption predominates (47%±5.2), basically in the ≥16 year-old age group (p<0.05⁻²), and intermittent (38%±5.0) particularly in the ≤14 year-old age group (p=0.089⁻²). 15%±3.7 were weekend consumers. **Illegal drugs:** 13%±1.7 used them. The most frequent consumption pattern was intermittent (68%±6.6) and the only type of consumption in those <15 years of age. Only adolescents >14 years were weekend users (18%±5.4) and daily consumers (13%±4.9). Weekend consumption patterns, and particularly daily use, contributed to an increase in the quantitative consumption of alcohol and tobacco (p<0.001 ANOVA) as well as the use of illegal drugs (p<0.05⁻²). Gender did not have an influence.

Conclusions: Adolescents substitute what is initially an experimental type of consumption for another more elevated type associated with leisure time activities and multiple drug use. Interventions involving adolescents should take these particularities into account.

Key words: Adolescent, alcohol, tobacco, illegal drugs and consumption patterns.

Introducción

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los adolescentes se ha incrementado en los últimos años de forma alarmante, constituyendo uno de los principales problemas de salud pública de nuestra sociedad¹⁻³. El consumo en adolescentes presenta unas particularidades nuevas respecto al consumo habitual de sustancias tóxicas que presentaba la población general^{4,5}, con un cambio del patrón mediterráneo habitual a un modelo anglosajón con consumo de sustancias tóxicas de forma masiva durante el fin de semana^{2,4,6,7}. Las causas de este cambio son múltiples: sensación de control e invulnerabilidad frente a estos tóxicos, influencias microambientales, como el entorno sociofamiliar, y macroambientales, como la publicidad o la tolerancia social al consumo de los jóvenes⁸.

Este problema debe tener un abordaje multidisciplinario, con implicación tanto de la administración pública como de los sanitarios, los educadores y los padres, con el objetivo de prevenir el consumo y fomentar su cese⁹. Con este estudio queremos conocer las particularidades del consumo de sustancias tóxicas en una población adolescente de clase socioeconómica media de Andalucía, relacionando el consumo cualitativo con el cuantitativo y valorando las influencias que la edad y el sexo pueden tener sobre dicho consumo.

Sujetos y métodos

Se plantea un estudio descriptivo transversal, no aleatorio, mediante encuesta autoadministrada y anónima, participando todos los adolescentes que cursan estudios en dos Institutos de Educación Secundaria cuyo proyecto curricular de centro se adecúa a la LOGSE (Ley 1/1990 de 3 de octubre). Están situados en una zona urbana y en una zona semirural, de nivel socioeconómico y cultural medio. Los cuestionarios son entregados por profesores de los centros educativos adiestrados para tal fin, y en ellas se recoge la edad, el sexo y el consumo de tóxicos diferenciando la forma de consumo (intermitente, durante el fin de semana o diario). La cantidad de alcohol ingerida se define en unidades de bebida estándar (UBE) por semana y el tabaco se cuantifica en número de cigarrillos diarios.

Los datos fueron analizados mediante el programa informático Rsigma (Horus Hardware ©), aplicándose el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos. Los datos se muestran como media \pm error estándar de la media o de la proporción, y mediante intervalos de confianza al 95%. Se propone un nivel de significación estadística con $p < 0,05$, aplicándose el test de la t de Student y el test ANOVA de una vía para comparación de medias y el test χ^2 para la comparación de proporciones.

Resultados

Se incluyen en el estudio 405 adolescentes, que incluye al total del alumnado de los dos centros. Se recogen 386 encuestas, existiendo un 4% de pérdidas por falta de asistencia o mala cumplimentación del cuestionario. La media de edad es de 14,4 años [$\pm 0,4$] con un recorrido de 5 años (de 12 a 17 años). 197 adolescentes son varones (51%) y 189 mujeres (49%). El 56% [$\pm 3,1$] de los adolescentes declaran no haber consumido nunca alcohol ni tabaco (55,3% $\pm 3,5$ son hombres y 51,3% $\pm 3,6$ mujeres), con una media de edad similar en ambos sexos e inferior a la media muestral (13,5 años $\pm 0,1$ en hombres y 13,4 años $\pm 0,1$ en mujeres).

Casi la mitad de adolescentes han consumido alguna vez alcohol (45% $\pm 2,5$). El patrón de consumo más frecuente es el intermitente (el 60% $\pm 3,7$ de los adolescentes que beben), seguido por el consumo en fin de semana y/o en momentos de ocio (38% $\pm 3,7$). El consumo diario está muy poco extendido entre los jóvenes, sólo un 2% $\pm 1,1$ del total de consumidores de alcohol. No existen diferencias respecto al sexo, con una distribución similar salvo en el consumo diario, que sólo lo realizan varones (figura 1A). La edad, en cambio, sí influye en el consumo cualitativo: los adolescentes de 12 a 14 años presentan un consumo intermitente de forma mayoritaria, con un incremento porcentual del consumo de los 14 a los 15 años de edad con la aparición del consumo durante el fin de semana que llega a ser el patrón de consumo más frecuente a la edad de 17 años ($p < 0,05$ χ^2) (figura 1B). La media de consumo cuantitativo de alcohol es de 8,4 UBE / semana

($\pm 1,9$), sin diferencias por sexo. Los licores y combinados son consumidos por casi el 80% de los adolescentes (intervalo de confianza al 95% [73%, 85%]), seguido por la cerveza (IC al 95% [26%, 40%]) y el vino (IC al 95% [23%, 37%]). El consumo cuantitativo de alcohol y tabaco está influenciado por el patrón de consumo de alcohol y se incrementa al pasar de un modelo intermitente a otro de fin de semana: se consumen casi 4 UBE/semana más de alcohol (intervalo de confianza de la diferencia al 95% [2,02;5,08]) y hasta 3 cigarrillos diarios más (IC de la diferencias al 95% [1,37;5,34]); las diferencias se incrementan aún más cuando se compara el consumo de alcohol intermitente con un consumo diario: hasta 16 UBE/semana más (IC de la diferencia al 95% [4,60;27,14]) y más de un paquete de tabaco diario (IC de la diferencia al 95% [0,71;49,08]) ($p < 0,001$ ANOVA) (tabla 1).

La cuarta parte ($24\% \pm 2,2$) de los adolescentes fuma, con una media de consumo de 8,9 ($\pm 2,1$) cigarrillos diarios, con una distribución similar entre ambos sexos (figura 2A). La forma de consumo más frecuente es la diaria ($47\% \pm 5,2$), seguida por el consumo intermitente ($38\% \pm 5,0$) y en último lugar sólo fuman en fin de semana el $15\% [\pm 3,7]$ restante del total de fumadores. El consumo diario es más frecuente en los adolescentes de 15 a 17 años, con una prevalencia que oscila del 19% al 58% del total de los adolescentes de esos grupos de edad, mientras que el consumo intermitente es más frecuente en los adolescentes de 12 a 14 años ($p < 0,05$ χ^2) (figura 2B). Se aprecia cómo el consumo de fin de semana alcanza su mayor presencia en el grupo de adolescentes de 15 años. Al igual que con el alcohol, la forma de consumo del tabaco influye sobre el consumo cuantitativo de alcohol y tabaco, con diferencias significativas fundamentalmente entre el adolescente que fuma ocasionalmente y el fumador diario: medio paquete de tabaco más cada día (IC de la diferencia al 95% [5,30;12,04]) y hasta 5 UBE/semana más (IC de la diferencia al 95% [2,47;7,21]) ($p < 0,001$ ANOVA) (tabla 1).

Las drogas ilegales son consumidas por el $13\% \pm 1,7$ de los adolescentes encuestados. De forma mayoritaria, su consumo es intermitente ($68\% \pm 6,6$), mientras que aproximadamente la

tercera parte refieren un consumo en fin de semana ($18\% \pm 5,4$) o diario ($13\% \pm 4,9$). No existen diferencias en el patrón de consumo según el sexo (figura 3A). Los adolescentes de 12 a 14 años sólo reconocen haber consumido este tipo de sustancias de forma esporádica; sin embargo, a partir de los 15 años de edad aparece el consumo de fin de semana y diario (figura 3B). La droga más consumida es el cannabis (intervalo de confianza al 95% [89%, 98%]) seguida por las drogas de diseño (IC al 95% [10%, 18%]); ningún adolescente reconoció consumir cocaína. Los patrones de consumo de alcohol y tabaco también influyen en el contacto del adolescente con las drogas ilegales: comparando el grupo que consume alcohol de forma intermitente con el que lo hace en fin de semana se aprecia un incremento de hasta un 22% más de consumidores de drogas ilegales (IC de la diferencia al 95% [8%;38%]), y hasta un 33% más entre los que beben a diario (IC de la diferencia al 95% [8%;75%]) ($p < 0,001$ test χ^2) (tabla 1). Los adolescentes que fuman de forma diaria tienen un contacto con drogas ilegales hasta en un 60% más que los que fuman ocasionalmente (IC de la diferencia al 95% [41%;80%]) ($p < 0,01$ test χ^2) (tabla 1). Así pues, el consumo diario de alcohol y tabaco sería un factor de riesgo para el consumo de otras drogas ilegales frente al consumo intermitente en adolescentes, con riesgos relativos de 2,94 y 4,05 respectivamente.

Discusión

La población adolescente ha cambiado sus hábitos en lo referente al consumo de alcohol, tabaco y drogas en los últimos años^{1,3,4} aunque de forma no homogénea y con marcadas diferencias respecto a la población general^{3-5,7,10}. El contacto de los adolescentes con las diferentes drogas es cada vez más precoz, sobre todo en el caso del alcohol y el tabaco^{1,4}. Pese a que se han venido estableciendo diferencias para el consumo de sustancias tóxicas según el sexo², nuestro estudio muestra que entre los adolescentes el sexo no influye en los modelos de consumo de los jóvenes, coincidiendo con otros estudios^{3,4,11}. Sin embargo, la edad sí condiciona diferentes patrones de consumo.

Durante la primera etapa de la adolescencia encontramos un consumo intermitente, también llamado experimental por ser el primer contacto del joven con el alcohol y el tabaco². Estas experiencias suelen estar muy influenciadas por el consumo de los amigos, tanto en frecuencia como en cantidad^{2,8,12}. También el soporte familiar interviene en este consumo de prueba, con una relación inversa entre función familiar y consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, mientras que existe una asociación positiva entre el consumo de los padres y el consumo de los hijos^{8,12-15}. La experimentación en el contacto con sustancias tóxicas conlleva una continuidad del consumo, hasta un 80% para el alcohol y el tabaco y casi un 60% para el cannabis², lo que debe hacernos pensar que las actividades preventivas que eviten estas conductas de riesgo para la salud son fundamentales en esta etapa de la adolescencia para un correcto desarrollo biopsicosocial.

En la transición de la primera a la segunda etapa de la adolescencia se observa un importante incremento del consumo en general, ligado a momentos de ocio entre iguales sobre todo en ambientes nocturnos^{2,7}. A la edad de 15 años se incrementan los porcentajes de consumo, apareciendo o incrementándose significativamente el consumo durante el fin de semana. En adolescentes de 16 y 17 años encontramos unos porcentajes de consumo muy elevados, siendo incluso superiores a las observadas en la población general¹ por lo que forman un grupo especial de riesgo donde las mujeres pueden tener una especial susceptibilidad^{15,16}. Predomina el consumo en fin de semana para el alcohol (más del 40% de los adolescentes con 17 años) y el consumo diario para el tabaco (casi el 60% en el mismo grupo), con aparición del consumo diario de cannabis. Asistimos, pues, a un cambio del patrón de consumo de sustancias tóxicas entre adolescentes donde se sustituye el modelo mediterráneo, con un consumo de alcohol moderado y diario donde predomina el vino, por un modelo anglosajón similar al resto de Europa, con un consumo intermitente y masivo asociado al fin de semana, con ingesta de alcohol de alta graduación^{2,4,19}. Pese a esta prevalencia de consumo tan alarmante, puede ser un buen momento para intervenir dado el bajo índice de dependencia a estas sustancias^{15,20}.

Una mención especial merece la explosión del fenómeno del policonsumo: la asociación de diferentes sustancias tóxicas para su consumo por parte de los adolescentes es cada vez más habitual^{1,2,4,6,7,21}. En nuestro estudio hemos comprobado como la toma conjunta de alcohol y tabaco hace que se incremente la cantidad consumida de ambas sustancias, de una forma clínicamente significativa, con diferencias de 5-10 UBE por semana y hasta un paquete de cigarrillos de forma diaria. Además, el consumo de alcohol y tabaco podría considerarse un paso previo a la experimentación y consumo de drogas ilegales: más de la mitad de los adolescentes que beben diariamente consumen drogas ilegales, porcentaje que asciende casi al 80% de los que fuman a diario.

La sociedad en general permite esta situación al hacer una trivialización cultural del consumo de alcohol y tabaco, justificándolo como una forma necesaria de diversión⁷. Incluso se plantea en algunas ocasiones el consumo de sustancias tóxicas como un medio más de socialización, siendo el propio adolescente quien debería autorregular su consumo^{6,7}. Sin embargo creemos que lo que se debe valorar es, en definitiva, una conducta de riesgo para la salud, especialmente preocupante en adolescentes porque afecta al crecimiento físico y psicosocial del joven^{2,15,17,18}. De hecho, no parece ayudar a un correcto crecimiento social del adolescente: la menor competencia en habilidades sociales, la falta de asertividad y de autoestima y las dificultades en la aceptación de los amigos son un factor de riesgo asociado al consumo de drogas^{2,12,15,18}.

Es por ello que consideramos prioritario en Atención Primaria una mayor atención a este problema, realizando un abordaje centrado en el adolescente, insistiendo en la prevención y promoción de hábitos saludables durante la primera etapa de la adolescencia (e incluso en la preadolescencia), interviniendo sobre las creencias y los hábitos de ocio en los adolescentes de 14-15 años que comienzan a utilizar su tiempo libre en compañía de sus pares y, por último, realizando en la segunda etapa de la adolescencia una intervención personalizada que tenga en cuenta las particularidades del policonsumo y su alta prevalencia^{9,17}. La autorregulación en el consumo del adoles-

cente^{6,7} debe ser convenientemente asesorada mediante un acompañamiento significativo que puede impulsarse con intervenciones tanto a nivel familiar²² como en los centros educativos^{23,24}. Estos dos son los lugares idóneos para el desarrollo programas de promoción de salud y de educación para la salud, incluyendo tanto prevención como tratamiento de los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y drogas mediante un abordaje multidisciplinario^{9,17}.

Bibliografía

- 1 Observatorio Español Sobre Drogas (informe 2004). Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo, España 2004. URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>. Agosto 2006.
- 2 Manzano M, González MM, Martín E. Prevención del consumo de drogas en la adolescencia desde la APS. En : Grupo de trabajo del adolescente (SCLMFyC). Guía de atención al adolescente en atención primaria de salud. SCLMFyC, Valladolid 2004; 43-89.
- 3 Pérez Milena A, Martínez ML, Leal FJ, Pérez R, Jiménez I, Mesa I. Evolución del consumo de sustancias tóxicas entre adolescentes en una zona urbana (1997-2004). *Aten Primaria* 2005; 36 (supl 1): 138.
- 4 Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo, España 2004. URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf> Agosto 2006.
- 5 Huertas J, Pereiro I, Roig J, Salazar A, Chover JL, Guerrero C et al. Evolución de hábitos de salud y de relación de una cohorte de adolescentes de Puerto de Sagunto (1995-1996). *Aten Primaria* 1999; 23: 8-14.
- 6 Moscoso D, Rodríguez-Morcillo L, Martínez L. Salud y calidad de vida. Plan Integral de la Juventud Andaluza. Junta de Andalucía, Córdoba 2004.
- 7 Ruiz J, Corredera M. Educación, cultura y ocio. Plan Integral de la Juventud Andaluza. Junta de Andalucía, Córdoba, 2004.
- 8 Pérez Milena A, Pérez R, Martínez ML, Picossi S, Del Moral PJ, Milena JA. Estudio sobre la motivación del adolescente para el consumo de tabaco. Relación con la dependencia y la actitud para el cambio. *Aten Primaria* 2005; 36 (supl 1): 139.
- 9 Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000 - 2008. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior (España). URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/strate.pdf> (revisado 25/8/2006)
- 10 Cruzado J, Bravo F, Marín LV, Gea M, Martínez FA, Lázaro MJ. Consumo de alcohol entre escolares de séptimo de EGB. *Aten Primaria* 1997; 13: 495-497.
- 11 Alonso-Hernández J, Rosado J, Ruiz-Morote R, Alonso-Fernández J. Consumo de alcohol y adolescencia: estudio epidemiológico descriptivo. *Aten Primaria* 1997; 19: 183-187.
- 12 Mason WA, Windle M. Family, religious, school and peer influences on adolescent alcohol use: a longitudinal study. *J Stud Alcohol*. 2001; 62:44-53.
- 13 Caldwell CH, Sellers RM, Bernat DH, Zimmerman MA. Racial identity, parental support, and alcohol use in a sample of academically at-risk African American high school students. *Am J Community Psychol*. 2004; 34: 71-82.
- 14 Pérez Milena A, Jiménez I, Leal FJ, Martínez JL, Pérez R, Martínez ML. Contacto y consumo de tóxicos entre adolescentes: relación con función familiar y malestar psíquico [resumen]. *Atención Primaria* 2001, 28 (supl 1): 154.
- 15 Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Leal FJ, Jiménez I, Martínez JL. Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. *Medicina de Familia (Andalucía)* 2005; 6: 28-33.
- 16 Johansen A, Rasmussen S, Madsen M. Health behaviour among adolescents in Denmark: influence of school class and individual risk factors. *Scand J Public Health*. 2006; 34: 32-40.
- 17 Colomer J, Cortés O, Delgado JJ, Galbe J, Merino M, Pallás CR, Pericas J, Sánchez FJ, Soriano FJ. Programa de la infancia y la adolescencia. *Aten Primaria* 2005 ; 36 (supl 2): 131-140.
- 18 Casas J, López JP. Patrón de consumo juvenil de alcohol y problemas asociados. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 544-548.
- 19 López JR, Antolín N, Barceló MV, Pérez M, Ballesteros AM, García AL. Consumo de alcohol en los escolares de un área de salud. Hábitos y creencias. *Aten Primaria* 2001; 27: 159-165.
- 20 Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Jiménez I, Leal FJ, Mesa MI. Tabaquismo y adolescentes : ¿buen momento para dejar de fumar?. Relación con factores sociofamiliares. *Aten Primaria* 2006 ; 37 : 452-456.
- 21 Paniagua H- Consumo de alcohol y tabaco. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM. *Medicina de la Adolescencia : Atención integral*. Ergon, Madrid 2004; 194-199.
- 22 Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Prevención primaria para el abuso

- de alcohol en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 23 Roski J, Perry CL, McGovern PG, Williams CL, Farbaksh K, Veblen-Mortenson S. School and community influences on adolescent alcohol and drug use. *Health Educ Res.* 1997; 12:255-66.
- 24 Grunbaum JA, Tortolero S, Weller N, Gingiss P. Cultural, social, and intrapersonal factors associated with substance use among alternative high school students. *Addict Behav.* 2000; 25:145-51.

Tabla 1. Relación entre los patrones cualitativos de consumo de alcohol y tabaco con el consumo cuantitativo de ambas sustancias y el consumo de otras drogas ilegales

ALCOHOL	No consumo	Ocasional	Fin de semana	Diario
Consumo cuantitativo de alcohol (UBE/semana) [*]	—	5,1 [±0,3]	8,6 [±0,7]	11,5[±0,1]
Consumo cuantitativo de tabaco (cigarrillos/día) [*]	0,1[±0,04]	2,6 [±0,5]	5,9 [±0,9]	27,5 ±0,1]
Consumo de drogas [#]	1% [±0,1]	17% [±1,0]	40% [±3,2]	50% [±3,6]
TABACO	No consumo	Ocasional	Fin de semana	Diario
Consumo cuantitativo de tabaco (cigarrillos/día) [*]	—	4 [±0,7]	5,1 [±1,4]	10,4[±1,6]
Consumo cuantitativo de alcohol (UBE/semana) [*]	1,5 [±0,2]	5,5 [±0,7]	6 [±1,0]	10,3[±0,9]
Consumo de drogas [+]	1% [±0,1]	19% [±1,1]	29% [±1,9]	77% [±1,8]

Los resultados se expresan como media ± error estándar de la media (EEM) o de la proporción (EEP). UBE = Unidades de Bebida Estándar. [*] p<0,001 test ANOVA de 1 vía. [#] p<0,001 test c². [+] p<0,01 test c².

Figura 1. Diferencias en el patrón de consumo de alcohol entre adolescentes según el sexo (figura 1a) y la edad (figura 1b)

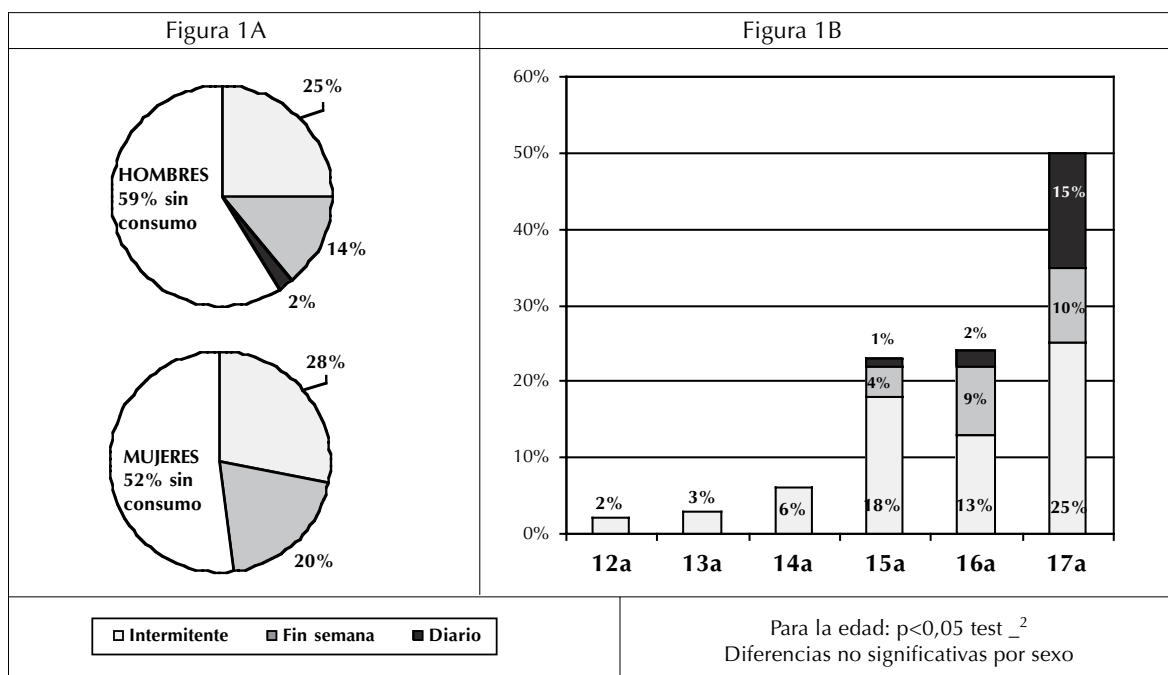


Figura 2. Diferencias en el patrón de consumo de tabaco entre adolescentes según el sexo (figura 2a) y la edad (figura 2b)

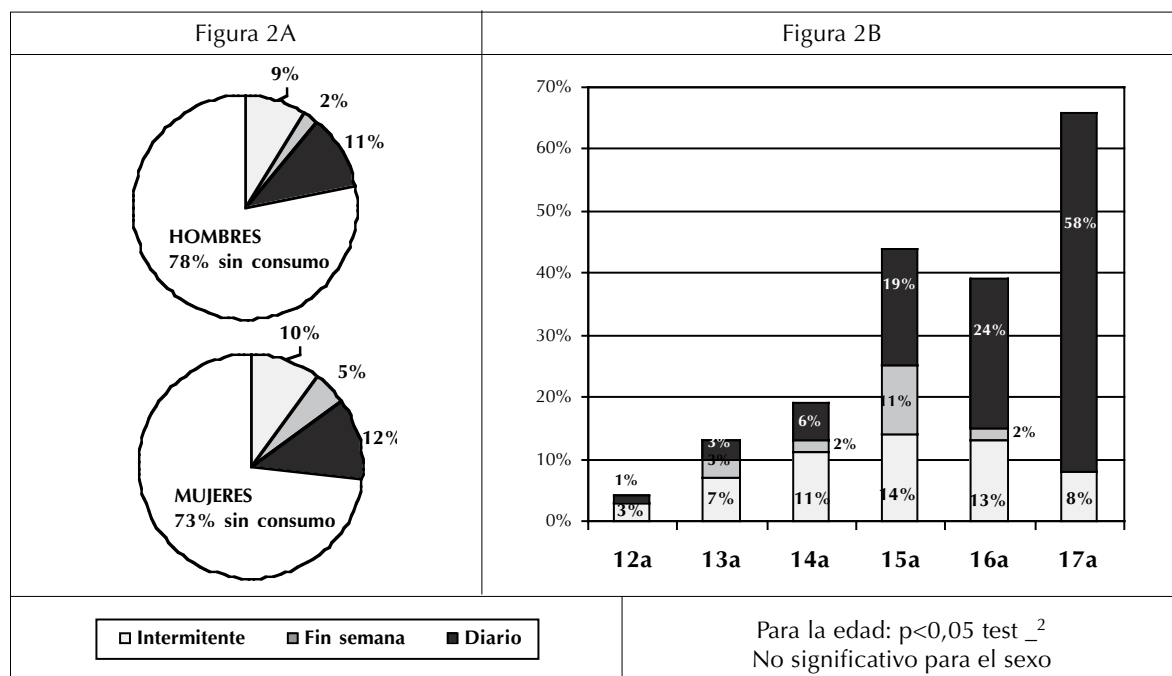
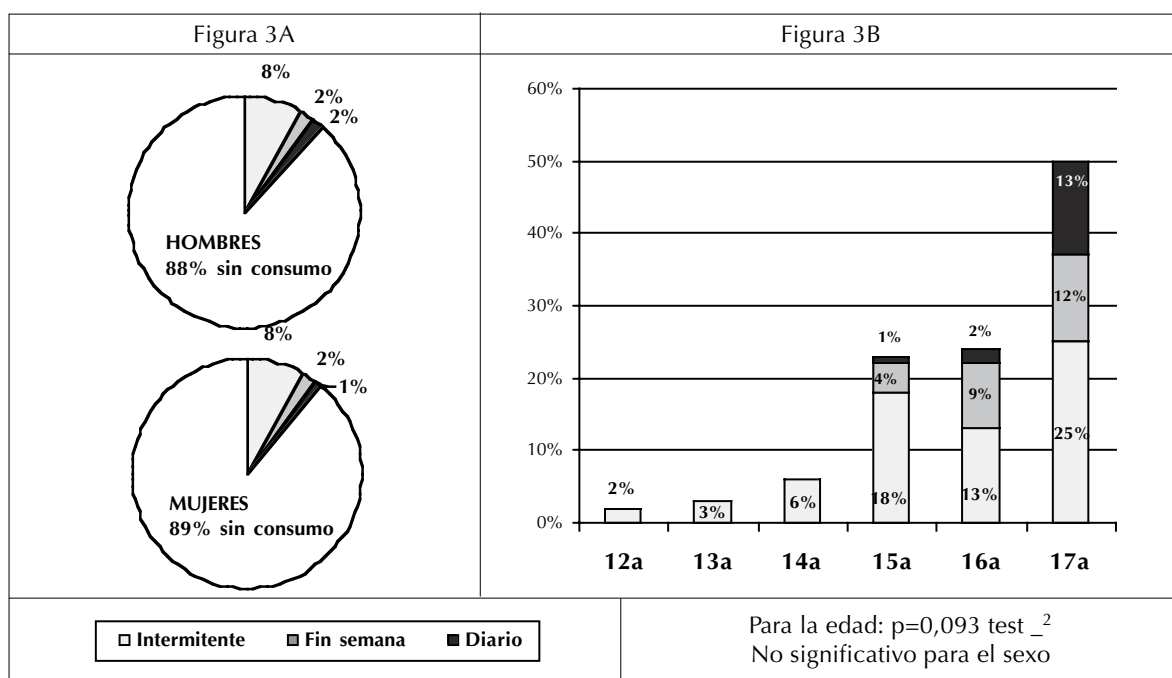


Figura 3. Diferencias en el patrón de consumo de drogas ilegales entre adolescentes según el sexo (figura 3a) y la edad (figura 3b)



ARTÍCULO ESPECIAL

El Médico de Familia, Médico de Cuidados Paliativos: ¿quién mejor?

Camacho Pizarro T.

Médico de Familia. C.S. Molino de la Vega de Huelva. Distrito Sanitario Huelva-Costa. Miembro del Grupo de Cuidados Paliativos de la SAMFyC.

“Durante toda la vida se nos ofrecen pistas que nos recuerdan la dirección que debemos seguir. Si no prestamos atención, tomamos malas decisiones y acabamos con una vida desgraciada. Si ponemos atención aprendemos las lecciones y llevamos una vida plena y feliz, que incluye una buena muerte”

Elisabeth Kübler-Ross.

Los avances médicos durante los últimos años y la mejora de las condiciones de vida han incrementado sustancialmente la supervivencia de la población en los países más desarrollados, con la contrapartida de la aparición de procesos neoplásicos y crónico-degenerativos como expresión de insuficiencia de órganos y sistemas entre los que destacan Neumopatías avanzadas, Insuficiencia Cardíaca Refractaria, Insuficiencia Renal evolucionada no susceptible de trasplante, Hepatopatía crónica avanzada, enfermedades neurológicas degenerativas evolucionadas y el SIDA. El curso natural de la evolución de estos procesos lleva a una situación de terminalidad, caracterizada por la presencia de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual, que condicionan una elevada necesidad y demanda de atención, donde las medidas diagnósticas agresivas y los tratamientos específicos ya no tienen cabida y únicamente los Cuidados Paliativos pueden aportar un adecuado control sintomático que mejore la calidad de vida de los pacientes.

Los Cuidados Paliativos constituyen un enfoque terapéutico, por el cual se intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes y familia enfrentados a la enfermedad terminal, mediante la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la meticolosa valoración y tratamiento del dolor, y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

Si hacemos un breve recorrido por la historia, vemos que estamos aplicando Cuidados Paliativos a los pacientes desde hace muchos siglos. En realidad la Medicina era Paliativa hasta la llegada, a mediados del siglo pasado, de remedios curativos a cargo de medicamentos como los antibióticos y los avances de la técnica quirúrgica. En los Hospicios y Hospederías del Medievo, situados cerca de rutas de peregrinación como el Camino de Santiago entre otros, se acogían fundamentalmente peregrinos y necesitados, muchos de los cuales eran atendidos hasta su fallecimiento. Ya en el siglo XIX comienzan a crearse en Francia, por órdenes religiosas, instituciones denominadas “Hospice” dedicadas al cuidado específico de pacientes moribundos. Pero no es hasta bien entrado el siglo XX cuando el movimiento Paliativo cobra fuerza de la mano de Cicely Saunders, enfermera, trabajadora social y médica que crea en 1967 el St. Christopher’s Hospice en Londres, espejo en el que se fueron mirando muchos de los desarrollos posteriores de esta disciplina. En 1977 se acuña, en el Hospital Royal Victoria de Canadá, el término Cuidados Paliativos. En 1987 y 1989, a través de sendos documentos, la OMS se posiciona con recomendaciones sobre la atención a enfermos terminales de cáncer.

Correspondencia: Tomás Camacho Pizarro. Plaza Quintero Báez, nº 1; 4º. 21003 Huelva. Tel. 959258812; 630701816. e-mail: tomacamacho@telefonica.net

Recibido el 18-05-2006; aceptado el 24-09-2006.

Medicina de Familia (And) 2007; 1: 33-39.

En España, estos aires tardan en llegar, y no es hasta 1987 cuando nacen las dos primeras unidades en Santander y Vic. A partir de aquí el movimiento adquiere dinamismo y se crean numerosas unidades por todo el país, algunas de singular importancia como la de El Sabinal en Las Palmas de Gran Canaria. En 1992 se crea la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, en 1993 se publica por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo la primera Guía de Cuidados Paliativos. En 1998 se firman convenios de colaboración entre el Sistema Sanitario Público y la Asociación Española Contra el Cáncer para la creación de las Unidades de Atención Domiciliaria. En todo este trayecto es constante la presencia de numerosos Médicos de Familia, tanto en las Unidades Hospitalarias como en las de Atención Domiciliaria, que tendrán una importancia crucial en el desarrollo de los Cuidados Paliativos en España. Por otra parte la mayoría de las Sociedades Autonómicas de Medicina de Familia crean grupos de trabajo sobre Cuidados Paliativos, algo de lo que generalmente han carecido el resto de Especialidades relacionadas con este campo.

La formación específica en Cuidados Paliativos no se había contemplado hasta la fecha de una forma reglada ni durante la formación médica universitaria, ni durante el periodo de formación específica de ninguna Especialidad. Desde hace varios años determinadas Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, allí donde existía un Programa de Cuidados Paliativos articulado, habían diseñado rotaciones específicas para sus Residentes, tanto a nivel de Unidades Hospitalarias como de los Equipos de Soporte Domiciliarios. La semFYC, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en 1999, el Ministerio de Sanidad y Consumo mediante el Plan de Cuidados Paliativos: Bases para su desarrollo en 2000 y posteriormente el Comité Europeo de la Salud, recogiendo las recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa en 2003, abordan el tema de la formación en esta materia definiendo una formación básica en el pregrado y tres niveles de capacitación en el postgrado:

- Nivel Básico: de impregnación, para mejora de actitudes y conocimiento general. Dirigido a todos los profesionales de la salud.

- Nivel Intermedio: habilita para la resolución de problemas comunes. Dirigido a profesionales que atienden con frecuencia a enfermos terminales.
- Avanzado: habilita para solucionar situaciones complejas. Dirigido a profesionales con dedicación específica.

Ante la carencia en nuestro país de un marco formativo oficial en esta materia, distintas Sociedades Científicas y otros estamentos, diseñan Cursos, Masters y otras actividades con la finalidad de transmitir una formación actualizada sobre el cuidado a enfermos terminales, donde se desarrolle el bagaje formativo necesario para abordar los Cuidados Paliativos y adquirir habilidades en:

- Control y alivio de síntomas.
- Apoyo emocional y comunicación.
- Promoción de la adaptación de enfermo y familia.
- Apoyo y mejora de la estructura familiar cuidadora.
- Cambio en la organización, que debe centrarse en las necesidades del enfermo y la familia.

No cabe la menor duda que, si nos atenemos al concepto mismo de la mentalidad paliativista, en el que priman tanto los cuidados al paciente como a su entorno más inmediato con un modelo de atención biopsicosocial, ninguna especialidad como la Medicina de Familia posee las actitudes y las competencias necesarias para abordar con éxito este complejo entramado de síntomas, necesidades y emociones que se construye alrededor de los pacientes terminales. En este sentido, si analizamos las áreas de capacitación de las distintas especialidades potencialmente susceptibles de abordar los cuidados paliativos como Medicina de Familia, Medicina Interna, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Hematología Clínica, Geriátrica y Anestesiología y Reanimación, en todas ellas salvo la Medicina de Familia se producen vacíos formativos de enorme importancia que afectan a los instrumentos básicos de actuación.

Tabla 1. Comparación de áreas de capacitación entre las distintas Especialidades

	Formación Médica Integral	Atención a la Familia	Formación en Comunicación	Atención Domiciliaria	Atención a Enfermos Terminales
M. Familia	+++	+++	+++	+++	++
M. Interna	++	-	+	-	-
Oncología	++	-	+	-	+
Hematología	++	-	+	-	-
Geriatría	++	+	+	+	+
Anestesia	+	-	-	-	-

Con el desarrollo de un nuevo programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, se trata una vez más de ubicar al Médico de Familia como eje del sistema sanitario, conformando un perfil profesional para la atención integrada de aspectos físicos, psíquicos y sociales, dentro de un contexto familiar y social, lo que proporciona una atención continuada para mejorar el estado de salud con actividades preventivas, curativas y proporcionar cuidados y paliar cuando la curación no es posible. Se trata en definitiva de ubicar al Médico de Familia en su entorno y dotarlo de una dimensión ética y humanista.

La Medicina de Familia debe basar su “Alta Tecnología” en los pilares de siempre:

- La cercanía.
- La disponibilidad.
- La formación.
- La competencia.
- La comunicación.
- El conocimiento del entorno familiar y social.
- La confianza.

El nuevo programa docente de la Especialidad desarrolla cinco áreas de competencias:

- Esenciales: comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y bioética.
- Atención al individuo.
- Atención a la familia.
- Atención a la comunidad.

- Y formación e investigación.

En lo referente a la formación en Cuidados Paliativos, recoge esta sensibilidad prestando atención al paciente terminal, al duelo y al cuidador, incitando al Residente a adquirir habilidades en el control de síntomas, la resolución de problemas sociosanitarios y psicológicos, utilizando también para ello el domicilio como recurso terapéutico. La ampliación del programa docente a cuatro años supone una racionalización para el desarrollo adecuado de todo el contenido curricular, además de igualar la Medicina de Familia a la mayoría de especialidades, eliminando el estigma de “especialidad de segunda fila”. De esta forma se desarrolla y consolida nuestra pluripotencialidad, característica singular de esta especialidad, que capacita a los profesionales para desempeñar diversos perfiles profesionales con plenas garantías.

En la atención a pacientes terminales se contemplan tres posibles escenarios donde desarrollar una labor asistencial: la Unidad de Hospitalización de Cuidados Paliativos, la Unidad de Atención Domiciliaria de Cuidados Paliativos, el Centro de Salud. En un marco de Asistencia Coordinada, la ubicación en cada uno de los tres escenarios es perfectamente factible. La coordinación, que es indispensable en todo quehacer médico y que tanto se echa de menos, queda más o menos garantizada con un modelo en el que el catalizador es el Médico de Familia, por su conocimiento personal y profesional de los escenarios y los profesionales que actúan en ellos.

En la actualidad el debate acerca de la mejor forma de organizar la atención de los pacientes en

situación terminal se ha instalado en los distintos Servicios de Salud con la creación de Planes, Programas, Procesos Asistenciales, etc. En todos ellos la figura del Médico de Familia, como profesional con formación médica multidisciplinaria, con un conocimiento del entorno familiar y social, con habilidades en comunicación, gestión y organización, debe aparecer como referente tanto en la atención específica dentro de las Unidades de Cuidados Paliativos como a nivel de Atención Primaria.

Y visto el escenario hasta ahora, ¿qué nos deparará el futuro? No cabe duda que en la actualidad los Cuidados Paliativos están de moda, porque aportar cuidados a pacientes tan necesitados es dotar de una enorme dimensión de calidad nuestra actuación profesional. Pero ¿por donde transcurrirá la formación específica? Algunos países como el Reino Unido han creado la Especialidad. Por lo que podemos intuir en el nuestro los pasos se encaminan hacia un Área de Capacitación Específica como desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. La Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), aborda el tema de las Áreas de Capacitación Específicas. En concreto en el tema de Cuidados Paliativos se contemplaría una formación de 2 años dirigida fundamentalmente a Especialistas, con 5 años de ejercicio profesional, en Medicina de Familia, Medicina Interna, Oncología Médica y RT, Geriátrica, Hematología y Anestesia. Las áreas de conocimiento a desarrollar son: biológica, psicológica, atención a la familia, ética, trabajo en equipo, formación, organización, investigación, sociocultural, espiritual y legal. Se pueden contemplar posibles convalidaciones, que en el caso de Medicina de Familia deberían ser amplias dada la superposición de contenidos con el nuevo programa de la Especialidad.

Por otra parte desde Sociedades Científicas implicadas en la atención a enfermos terminales como la Sociedad Española de Oncología Médica, se están registrando movimientos para diseñar modelos de atención, como los denominados Cuidados Continuos, en los que sus profesionales serían los más adecuados para abordar esta parcela asistencial, por ello la conveniencia de profundizar en esta área de formación y la necesidad de posicio-

narnos como Sociedad para defender de una forma contundente un modelo de atención basado en el profesional que por formación, actitudes y habilidades, mejor puede asistir a estos pacientes, como es el Médico de Familia.

En cuanto a la situación laboral de los profesionales que deseen acceder a las nuevas plazas de Equipos dedicados a Cuidados Paliativos, está caracterizada en este momento por la confusión, al carecer de un sistema de acceso definido con currículum homogéneo y valorable, lo que está creando situaciones de conflicto. Por otra parte el futuro de la Unidades de Atención Domiciliaria pertenecientes a la AECC es incierto, y cada Comunidad Autónoma está desarrollando un modelo diferente de atención. En Andalucía, con la puesta en marcha del Plan Integral de Oncología, se intenta ordenar un desarrollo muy desigual por las distintas Provincias y Áreas Sanitarias de la atención a los pacientes terminales.

Como conclusiones:

- El nuevo programa docente estimula la “pluripotencialidad” del Médico Familia.
- Probablemente tenemos el mejor perfil profesional para abordar con éxito los Cuidados Paliativos.
- Estamos situados en una posición de privilegio para aplicar y difundir un “concepto paliativista” y de racionalidad asistencial en nuestra actividad profesional. No sólo creo que el Médico de Familia es el profesional más capacitado para el desempeño de los Cuidados Paliativos, sino que además debemos imbuirnos de la mentalidad paliativista para hacer uso de ella en nuestras decisiones médicas diarias, siendo con ello garantes de la racionalidad y sentido común en la relación con nuestros pacientes.
- Nuestros son también otros ámbitos de actuación distintos de la Atención Primaria.
- Por nuestro conocimiento del entorno Hospitalario y Extrahospitalario somos los más dotados para establecer sólidas Bases para la Comunicación Interniveles.
- El futuro pasa por el desarrollo de LOPS, probablemente con Áreas de Capacitación Específicas.

Como propuestas:

- Incitar a las Unidades Docentes de Medicina Familiar a estimular en los Residentes la formación en Cuidados Paliativos.
- Debemos posicionarnos como profesionales, con formación adecuada en nuestro contacto diario con los pacientes y en nuestra relación con otros niveles asistenciales.
- También debemos posicionarnos como Sociedad Científica, y defender esa parcela de atención como propia, participando activamente en los movimientos que se registran en la actualidad en el desarrollo de un área de competencia específica.
- Y potenciar las relaciones con las Sociedades Científicas de Cuidados Paliativos, SACPA y SECPAL, sociedades multidisciplinarias, muchos de cuyos integrantes y directivos son Médicos de Familia.
- Estimular la Coordinación Interniveles con herramientas específicas para ello (Conocimiento y experiencia personal, Procesos Asistenciales, otros...).
- Y sobre todo, debemos apostar por nosotros, tener Valor para conquistar otros campos.

Siguiendo a Baltasar Gracián en “El arte de la prudencia”:

“El saber y el valor contribuyen conjuntamente a la grandeza, hacen al hombre inmortal porque ellos lo son; sin valor es estéril la sabiduría”.

Bibliografía

1. Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A. Cuidados Paliativos y Atención Primaria. Aspectos de organización. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2000.
2. Benítez MA, Castañeda P, Gimeno V, Gómez M, Duque A, Pascual I, et al. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. Documento de consenso SECPAL-semFYC. Aten Primaria. 2001; 27: 123-6.
3. Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A. Cuidados Paliativos en enfermedades no oncológicas. Aten Primaria. 1997; 19: 22-3.
4. Benítez del Rosario MA. Atención integral al paciente con enfermedad terminal en atención primaria. Aten. Primaria 1995; 15: 9-10.
5. Benítez del Rosario MA, Asensio Fraile A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. Aten Primaria. 2002; 29: 50-2.
6. Competencias del Médico de Familia en Cuidados Paliativos. Documento del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos. semFYC.
7. Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003.
8. Cuidados Paliativos. Programa Marco. Consejería de Salud y Consumo. Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura; 2002.
9. Guías de formación de Especialistas. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004. URL: <http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/formacionSanitaria.htm>
10. Guía de criterios de calidad en cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). 2002.
11. Plan integral de Oncología 2002-2006. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2002.
12. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria; 2000.
13. Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2002.
14. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia; 2002.
15. Recomendaciones Básicas sobre formación en cuidados paliativos. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). 1999.
16. Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros sobre la organización de los Cuidados Paliativos. Exposición de motivos. Reunión, 12 de noviembre de 2003. Consejo de Europa.

CARTAS AL DIRECTOR

“Régimen especial del carbón”

Sr. Director:

En Andalucía, con nuestro modelo DIRAYA, cuando un médico de familia emite el parte de baja por Incapacidad Temporal a un paciente, por la impresora —siempre e inevitablemente— salen 5 folios DIN A4, que se destinan, uno para el trabajador, otro para la empresa, otro para el SAS y otro para la mutua correspondiente.

Además, en todos los casos, sale otro más por si acaso el trabajador pertenece al Régimen Especial del Carbón. Muchos médicos de familia nos preguntamos cuántos andaluces trabajan en la actualidad acogidos al régimen especial del carbón, y si ello justifica que en todos los casos, en todas las provincias andaluzas, se gaste un folio más, ... por si acaso.

¿Nos falta: 1) la técnica para corregir este sinsentido, 2) la conciencia ecologista (un folio más cada vez son muchísimos kilogramos de pasta de papel (de árboles) al día en Andalucía, más la tinta) o c) el sentido común?

¿Cuántos árboles se han cortado para el “régimen especial del carbón” desde la implantación de DIRAYA?

Se me olvidaba, en los partes de alta, no así en los de confirmación, también sale el quinto folio, por si acaso el régimen especial del carbón. ¿Se puede añadir más despropósito? Hay que multiplicar por dos el número de árboles a cortar.

*Manuel Gálvez Ibáñez
Médico de Familia
Granada
mgalvez@samfyc.es*

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de enero a 31 de marzo de 2007)

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

Médicos de familia

Los artículos, publicados entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2007, 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.

Smetana GW, Landon BE, Bindman AB, Burstin H, Davis RB, Tjia J, et al. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Arch Intern Med* 2007; 167:10-20 [M,I]

Keitz SA, Stechuchak KM, Grambow SC, Koropchak CM, Tulsy JA. Behind closed doors: management of patient expectations in primary care practices. *Arch Intern Med* 2007; 167:445-452 [T,II]

Carrillo L, Sacristan A. Consejo y prescripción dietética en atención primaria: un largo camino por recorrer. *Aten Primaria* 2007; 39: 55 - 56 [AO,I]

Tizon JL. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Aten Primaria* 2007; 39: 93 - 97 [AO,II]

Lester H, Hobbs FD. Major Policy Changes for Primary Care: Potential Lessons for the US New Model of Family Medicine

From the Quality and Outcomes Framework in the United Kingdom. *Fam Med* 2007; 39:96-102 [AO,I]

Gene-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sampietro-Colom L, Catalan-Ramos A, Sans-Corrales M, et al. Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Fam Pract* 2007; 24: 41-47 [T,II]

Glazer J. Specialization in family medicine education: abandoning our generalist roots. *Fam Pract Manag* 2007; 14:13-15 [AO,II]

Hodges BG. 6 Tips for improving practice efficiency and patient satisfaction. *Fam Pract Manag* 2007; 14:28-30 [AO,I]

Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 2007; 25:20-26 [T,I]

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

Cayuela A, Rodriguez-Dominguez S, Otero R. Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores varones sanos. *Arch Bronconeumol* 2007; 43: 59 - 63 [S,I]

Dentali F, Douketis JD, Lim W, Crowther M. Combined aspirin-oral anticoagulant therapy compared with oral anticoagulant therapy alone among patients at risk for cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med* 2007; 167:117-124 [M,I]

Glazer NL, Dublin S, Smith NL, French B, Jackson LA, Hrachovec JB, et al. Newly detected atrial fibrillation and compliance with antithrombotic guidelines. *Arch Intern Med* 2007; 167:246-252 [S,II]

Pignone M, Earnshaw S, Pletcher MJ, Tice JA. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular disease in women: a cost-utility analysis. *Arch Intern Med* 2007; 167:290-295 [CE,I]

Naska A, Oikonomou E, Trichopoulos A, Psaltopoulou T, Trichopoulos D. Siesta in healthy adults and coronary mortality in the general population. *Arch Intern Med* 2007; 167:296-301 [S,I]

Eichler K, Zoller M, Tschudi P, Steurer J. Barriers to apply cardiovascular prediction rules in primary care: a postal survey. *BMC Family Practice* 2007; 8:1 [T,I]

Khavandi A, Walker PR. Acute coronary syndrome. *BMJ* 2007; 334:647-648 [AO,I]

Croft P, Thomas E. Chest pain and subsequent consultation for coronary heart disease: a prospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 40-44 [S,I]

Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, Clark NG, Costa F, Eckel R, et al; American Heart Association; American Diabetes Association. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: a scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. *Circulation* 2007; 115:114-126 [R,III]

Gotto AM Jr. Statin therapy and the elderly: SAGE advice? *Circulation* 2007; 115:681-683 [AO,II]

- Deedwania P, Stone PH, Bairey CN, Cosin-Aguilar J, Koylan N, Luo D, et al. Effects of intensive versus moderate lipid-lowering therapy on myocardial ischemia in older patients with coronary heart disease: results of the Study Assessing Goals in the Elderly (SAGE). *Circulation* 2007; 115:700-707 [EC,II]
- Rexrode KM, Manson JE. Are some types of hormone therapy safer than others? Lessons from the Estrogen and Thromboembolism Risk study. *Circulation* 2007; 115:820-822 [AO,II]
- Michos ED, Blumenthal RS. Vitamin D supplementation and cardiovascular disease risk. *Circulation* 2007; 115:827-828 [AO,I]
- Canonica M, Oger E, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, Levesque H, et al; Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER) Study Group. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation* 2007; 115:840-845 [CC,II]
- Hsia J, Heiss G, Ren H, Allison M, Dolan NC, Greenland P, et al; Women's Health Initiative Investigators. Calcium/vitamin D supplementation and cardiovascular events. *Circulation* 2007; 115:846-854 [EC,I]
- Kligfield P, Gettes LS, Bailey JJ, Childers R, Deal BJ, Hancock EW, et al; American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; American College of Cardiology Foundation; Heart Rhythm Society. Recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part I: The electrocardiogram and its technology: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society: endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. *Circulation* 2007; 115:1306-1324 [R,III]
- Mason JW, Hancock EW, Gettes LS, et al; American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; American College of Cardiology Foundation; Heart Rhythm Society. Recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part II: Electrocardiography diagnostic statement list: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society: endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. *Circulation* 2007; 115:1325-1332 [R,III]
- Di Carli MF, Hachamovitch R. New technology for noninvasive evaluation of coronary artery disease. *Circulation* 2007; 115:1464-1480 [AO,II]
- Mosca L, Banka CL, Benjamin EJ, Berra K, Bushnell C, Dolor RJ, et al. Expert Panel/Writing Group; American Heart Association; American Academy of Family Physicians; American College of Obstetricians and Gynecologists; American College of Cardiology Foundation; Society of Thoracic Surgeons; American Medical Women's Association; Centers for Disease Control and Prevention; Office of Research on Women's Health; Association of Black Cardiologists; American College of Physicians; World Heart Federation; National Heart, Lung, and Blood Institute; American College of Nurse Practitioners. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update. *Circulation* 2007; 115:1481-1501 [M,II]
- Fox CS, Coady S, Sorlie PD, D'Agostino RB Sr, Pencina MJ, Vasan RS, et al. Increasing cardiovascular disease burden due to diabetes mellitus: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2007; 115:1544-1550 [S,II]
- Liao JK. Secondary prevention of stroke and transient ischemic attack: is more platelet inhibition the answer? *Circulation* 2007; 115:1615-1621. [R,II]
- Lorenzo C, Williams K, Hunt KJ, Haffner SM. The National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization definitions of the metabolic syndrome as predictors of incident cardiovascular disease and diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30:8-13 [T,I]
- Wang YR. Lack of effect of guideline changes on hypertension control for patients with diabetes in the U.S., 1995-2005. *Diabetes Care* 2007; 30:49-52 [S,II]
- Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, Clark NG, Costa F, Eckel R, et al; American Heart Association; American Diabetes Association. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: a scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2007; 30:162-172 [R,II]
- Juutilainen A, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Retinopathy predicts cardiovascular mortality in type 2 diabetic men and women. *Diabetes Care* 2007; 30:292-299 [S,I]
- Pankow JS, Kwan DK, Duncan BB, Schmidt MI, Couper DJ, Golden S, et al. Cardiometabolic risk in impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance: the atherosclerosis risk in communities study. *Diabetes Care* 2007; 30:325-331 [S,I]
- Shah BR, Hux JE, Austin PC. Diabetes is not treated as a coronary artery disease risk equivalent. *Diabetes Care* 2007; 30:381-383 [AO,I]
- Grant RW, Meigs JB. Prevalence and treatment of low HDL cholesterol among primary care patients with type 2 diabetes: an unmet challenge for cardiovascular risk reduction. *Diabetes Care* 2007; 30:479-484 [T,I]
- Bhattacharyya MR, Perkins-Porras L, Whitehead DL, Steptoe A. Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome. *Eur Heart J* 2007; 28:160-165 [T,I]
- Hoefman E, van Weert HC, Boer KR, Reitsma J, Koster RW, Bindels PJ. Optimal duration of event recording for diagnosis of arrhythmias in patients with palpitations and light-headedness in the general practice. *Fam Pract* 2007; 24:11-13 [S,I]
- Ridker PM, Buring JE, Rifai N, Cook NR. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women: the Reynolds Risk Score. *JAMA* 2007; 297:611-619 [S,I]
- Blumenthal RS, Michos ED, Nasir K. Further improvements in CHD risk prediction for women. *JAMA* 2007; 297:641-643 [AO,I]
- Mitchell GF, Vasan RS, Keyes MJ, Parise H, Wang TJ, Larson MG, et al. Pulse pressure and risk of new-onset atrial fibrillation. *JAMA* 2007; 297:709-715 [S,II]
- Denes P, Larson JC, Lloyd-Jones DM, Prineas RJ, Greenland P. Major and minor ECG abnormalities in asymptomatic women and risk of cardiovascular events and mortality. *JAMA* 2007; 297:978-985 [EC,II]
- Rahimi AR, Spertus JA, Reid KJ, Bernheim SM, Krumholz HM. Financial barriers to health care and outcomes after acute myocardial infarction. *JAMA* 2007; 297:1063-1072 [S,I]
- McDermott MM. The international pandemic of chronic cardiovascular disease. *JAMA* 2007; 297:1253-1255 [AO,I]
- Lauer MS. Primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease: the high public burden of low individual risk. *JAMA* 2007; 297:1376-1378 [AO,II]
- Coll-Vinent B, Junyent M, Orus J, Villarrol C, Casademont J, Miro O, et al. Tratamiento de la fibrilación auricular en los distintos niveles asistenciales de un área sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 125-129 [T,I]
- Ruilope LM, Brotons C. Atención primaria e identificación precoz del riesgo cardiovascular elevado. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 135-136 [AO,II]

- Barrios V, De la Figuera M, Coca A. Prevención de la fibrilación auricular en el paciente hipertenso. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 148-154 [R,I]
- Merino-Ibarra E, Cenarro A, Martín P, García-Otín AL, Goicoechea J, Guallar A, et al. Sensibilidad y especificidad de los criterios del síndrome metabólico para el diagnóstico de insulinorresistencia en la población española. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 168-171 [T,I]
- Purroy F, Molina CA, Montaner J, Delgado P, Santmarina E, Toledo M, et al. Ausencia de utilidad de la escala clínica ABCD en el riesgo de infarto cerebral precoz en pacientes con accidente isquémico transitorio. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 201-203 [S,I]
- De la Sierra A, Campo C. Inhibidores de la renina. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 214 - 215 [AO,II]
- Carreras JM, Fletes I, Quesada M, Sanchez B, Sanchez L. Diseño y primera evaluación de un programa de tratamiento de tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 247-250 [EC,I]
- Fernandez-Miranda C; Grupo Multidisciplinario para el Estudio del Riesgo Cardiovascular. Nuevas perspectivas en la medición del riesgo cardiovascular: exploraciones para detectar la aterosclerosis subclínica y marcadores de inflamación. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 344-351 [R,I]
- Palma JL, Conget I, Bertomeu V, Ascaso JF, Gonzalez JR, Alegria E, et al; on behalf of Grupo CLYDIA. Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con enfermedad cardiovascular en España: estudio CLYDIA. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 407-413 [T,II]
- Moreno B, Casanueva F; Grupo CONVERGE (Grupo de Trabajo Multidisciplinario para el Control de Riesgo Cardiometabólico en el Paciente con Obesidad Abdominal). Identificación, diagnóstico y control del paciente con obesidad abdominal y factores de riesgo cardiovascular y metabólico. *Med Clin (Barc)* 2007; 128:429-437 [R,II]
- Ramos R, Solanas P, Subirana I, Vila J. Comparación entre la tabla del SCORE y la función de Framingham-REGICOR en la estimación del riesgo cardiovascular. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 477-478 [AO,II]
- Miller KA, Siscovick DS, Sheppard L, Shepherd K, Sullivan JH, Anderson GL, et al. Long-term exposure to air pollution and incidence of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2007; 356:447-458 [S,II]
- Zimetbaum P. Amiodarone for atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2007; 356:935-941 [AO,I]
- Cañón L, Cruces E, Fernández A, Nieto T, Fernández G, Buitrago F. Análisis de la concordancia y validación de las ecuaciones de Framingham-REGICOR y DORICA en la población diabética de un Centro de Salud seguida durante 10 años. *Semergen* 2007; 33:50-57 [S,I]
- DIABETES**
- Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, Cooper NJ, Sutton AJ, Hsu RT, et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007; 334:299 [M,I]
- Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, Clark NG, Costa F, Eckel R, et al; American Heart Association; American Diabetes Association. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: a scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. *Circulation* 2007; 115:114-126 [R,III]
- Fox CS, Coady S, Sorlie PD, D'Agostino RB Sr, Pencina MJ, Vasan RS, et al. Increasing cardiovascular disease burden due to diabetes mellitus: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2007; 115:1544-1550 [S,II]
- Lorenzo C, Williams K, Hunt KJ, Haffner SM. The National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization definitions of the metabolic syndrome as predictors of incident cardiovascular disease and diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30:8-13 [T,I]
- Wang YR. Lack of effect of guideline changes on hypertension control for patients with diabetes in the U.S., 1995-2005. *Diabetes Care* 2007; 30:49-52 [S,II]
- Jacobs-van der Bruggen MA, Bos G, Bemelmans WJ, Hoogenveen RT, Vijgen SM, Baan CA. Lifestyle interventions are cost-effective in people with different levels of diabetes risk: results from a modeling study. *Diabetes Care* 2007; 30:128-134 [CE,I]
- Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, Clark NG, Costa F, Eckel R, et al; American Heart Association; American Diabetes Association. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: a scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2007; 30:162-172 [R,II]
- Nichols GA, Hillier TA, Brown JB. Progression from newly acquired impaired fasting glucose to type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30:228-233 [S,I]
- Juutilainen A, Lehto S, Ronnema T, Pyörälä K, Laakso M. Retinopathy predicts cardiovascular mortality in type 2 diabetic men and women. *Diabetes Care* 2007; 30:292-299 [S,I]
- Chudleigh RA, Dunseath G, Evans W, Harvey JN, Evans P, Ollerton R, et al. How reliable is estimation of glomerular filtration rate at diagnosis of type 2 diabetes? *Diabetes Care* 2007; 30:300-305 [T,I]
- Pankow JS, Kwan DK, Duncan BB, Schmidt MI, Couper DJ, Golden S, et al. Cardiometabolic risk in impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance: the atherosclerosis risk in communities study. *Diabetes Care* 2007; 30:325-331 [S,I]
- Shah BR, Hux JE, Austin PC. Diabetes is not treated as a coronary artery disease risk equivalent. *Diabetes Care* 2007; 30:381-383 [AO,I]
- Grant RW, Meigs JB. Prevalence and treatment of low HDL cholesterol among primary care patients with type 2 diabetes: an unmet challenge for cardiovascular risk reduction. *Diabetes Care* 2007; 30:479-484 [T,I]
- Simmons D, Lillis S, Swan J, Haar J. Discordance in perceptions of barriers to diabetes care between patients and primary care and secondary care. *Diabetes Care* 2007; 30:490-495 [T,I]
- Schulze MB, Hoffmann K, Boeing H, Linseisen J, Rohrmann S, Møhlig M, et al. An accurate risk score based on anthropometric, dietary, and lifestyle factors to predict the development of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30:510-515 [S,II]
- Taylor CR, Merin LM, Salunga AM, Hepworth JT, Crutcher TD, O'Day DM, et al. Improving diabetic retinopathy screening ratios using telemedicine-based digital retinal imaging technology: the Vine Hill study. *Diabetes Care* 2007; 30:574-578 [S,II]
- Skyler JS, Jovanovic L, Klioze S, Reis J, Duggan W; Inhaled Human Insulin Type 1 Diabetes Study Group. Two-year safety and efficacy of inhaled human insulin (Exubera) in adult patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30:579-585 [S,I]
- Rao N, Lipsky BA. Optimising antimicrobial therapy in diabetic foot infections. *Drugs* 2007; 67:195-214 [R,I]
- Simpson D, McCormack PL, Keating GM, Lyseng-Williamson KA. Insulin lispro: a review of its use in the management of diabetes mellitus. *Drugs* 2007; 67:407-434 [R,I]
- Burden F. Improving care for patients with diabetes: the role of simple reminders. *Fam Pract* 2007; 24:1-2 [AO,I]

- Meulepas MA, Braspenning JC, de Grauw WJ, Lucas AE, Harms L, Akkermans RP, et al. Logistic support service improves processes and outcomes of diabetes care in general practice. *Fam Pract* 2007;24:20-25 [EC,I]
- Targeting high-risk populations in the fight against diabetes. *Lancet* 2007; 369:716 [AO,I]
- Lipscombe LL, Hux JE. Trends in diabetes prevalence, incidence, and mortality in Ontario, Canada 1995-2005: a population-based study. *Lancet* 2007; 369:750-756 [T,I]
- CÁNCER.** Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.
- Levi Z, Rozen P, Hazazi R, Vilkin A, Waked A, Maoz E, et al. A quantitative immunochemical fecal occult blood test for colorectal neoplasia. *Ann Intern Med* 2007; 146:244-255 [T,I]
- Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med* 2007; 167:453-460 [QE,I]
- Fenton JJ, Cai Y, Weiss NS, Elmore JG, Pardee RE, Reid RJ, et al. Delivery of cancer screening: how important is the preventive health examination? *Arch Intern Med* 2007; 167:580-585 [S,I]
- Abenheim HA, Titus-Ernstoff L, Cramer DW. Ovarian cancer risk in relation to medical visits, pelvic examinations and type of health care provider. *CMAJ* 2007; 176:941-947 [CC,I]
- Fung-Kee-Fung M, Brouwers M, Oliver TK, Rosen B. Health care use and risk of ovarian cancer: is there a link? *CMAJ* 2007; 176:949-950 [AO,I]
- Setoguchi S, Glynn RJ, Avorn J, Mogun H, Schneeweiss S. Statins and the risk of lung, breast, and colorectal cancer in the elderly. *Circulation* 2007; 115:27-33 [S,II]
- Hickner J, Kent S, Naragon P, Hunt L. Physicians' and patients' views of cancer care by family physicians: a report from the american academy of family physicians national research network. *Fam Med* 2007; 39:126-131 [C,I]
- Cancer: some reasons to be hopeful. *Lancet* 2007 ;369:531 [AO,I]
- Coombes RC, Kilburn LS, Snowdon CF, Paridaens R, Coleman RE, Jones SE, et al. Survival and safety of exemestane versus tamoxifen after 2-3 years' tamoxifen treatment (Intergroup Exemestane Study): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;369:559-570 [EC,I]
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Ables AZ, Simon I, Melton ER. Update on *Helicobacter pylori* treatment. *Am Fam Physician* 2007; 75:351-358 [R,I]
- Simasek M, Blandino DA. Treatment of the common cold. *Am Fam Physician* 2007; 75:515-520 [R,I]
- Mathews C, Coetzee D. Partner notification for the control of sexually transmitted infections. *BMJ* 2007; 334:323 [AO,I]
- Mangin D, Toop L. Urinary tract infection in primary care. *BMJ* 2007; 334:597-598 [AO,I]
- Rao N, Lipsky BA. Optimising antimicrobial therapy in diabetic foot infections. *Drugs* 2007; 67:195-214 [R,I]
- Dancer SJ. Attention prescribers: be careful with antibiotics. *Lancet* 2007; 369:442-443 [AO,II]
- Malhotra-Kumar S, Lammens C, Coenen S, Van Herck K, Goossens H. Effect of azithromycin and clarithromycin therapy on pharyngeal carriage of macrolide-resistant streptococci in healthy volunteers: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Lancet* 2007; 369:482-490 [EC,I]
- Belshe RB, Edwards KM, Vesikari T, Black SV, Walker RE, Hultquist M, et al. Live attenuated versus inactivated influenza vaccine in infants and young children. *N Engl J Med* 2007; 356:685-696 [EC,II]
- Shrestha MP, Scott RM, Joshi DM, Mammen MP Jr, Thapa GB, Thapa N, et al. Safety and efficacy of a recombinant hepatitis E vaccine. *N Engl J Med* 2007; 356:895-903 [EC,I]
- Tonetti MS, D'Aiuto F, Nibali L, Donald A, Storry C, Parkar M, et al. Treatment of periodontitis and endothelial function. *N Engl J Med* 2007; 356:911-920 [EC,I]
- Chaves SS, Gargiullo P, Zhang JX, Civen R, Guris D, Mascola L, et al. Loss of vaccine-induced immunity to varicella over time. *N Engl J Med* 2007; 356:1121-1129 [S,II]
- ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA**
- Soler JJ. El papel de las exacerbaciones en la historia natural de la EPOC. *Arch Bronconeumol* 2007; 43: 55-58 [AO,I]
- Alvarez-Gutierrez FJ, Miravittles M, Calle M, Gobartt E, Lopez F, Martin A; Grupo de Estudio EIME. Impacto de la EPOC en la vida diaria de los pacientes. Resultados del estudio multicéntrico EIME. *Arch Bronconeumol* 2007; 43: 64-72 [T,I]
- Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med* 2007; 167:551-561 [M,II]
- Rey E, Boulet LP. Asthma in pregnancy. *BMJ* 2007; 334:582-585 [R,I]
- Orriols R, Vallano A. Riesgo de los broncodilatadores agonistas β_2 -adrenérgicos de acción prolongada en el asma bronquial. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 352-354 [R,I]
- Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Jones PW, et al; TORCH investigators. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2007; 356:775-789 [EC,I]
- Rabe KF. Treating COPD—the TORCH trial, P values, and the Dodo. *N Engl J Med* 2007; 356:851-854 [AO,I]
- Torres A, Quintano JA, Martinez M, Rodriguez C, Prieto J, Zalcáín R. Tratamiento antimicrobiano de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el anciano. *Semergen* 2007; 33: 65-79 [R,II]
- SALUD MENTAL.** Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).
- Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Horton NJ, Freedner N, Dukes K, et al. Brief intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2007; 146:167-176 [EC,I]
- O'Connor PG. Brief interventions for problem drinking: another piece of the puzzle. *Ann Intern Med* 2007; 146:223-225 [AO,I]
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Lowe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007; 146:317-325 [T,II]
- Cipriani A, Geddes JR, Barbui C. Venlafaxine for major depression. *BMJ* 2007; 334:215-216 [AO,I]
- Rubino A, Roskell N, Tennis P, Mines D, Weich S, Andrews E. Risk of suicide during treatment with venlafaxine, citalopram, fluoxetine, and dothiepin: retrospective cohort study. *BMJ* 2007; 334:242 [S,I]
- Howerton A, Byng R, Campbell J, Hess D, Owens C, Aitken P. Understanding help seeking behaviour among male offenders: qualitative interview study. *BMJ* 2007; 334:303 [C,I]

- Gale C, Davidson O. Generalised anxiety disorder. *BMJ* 2007; 334:579-581 [R,I]
- Hutchings J, Gardner F, Bywater T, Daley D, Whitaker C, Jones K, et al. Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2007; 334:678 [EC,I]
- Edwards RT, Ceilleachair A, Bywater T, Hughes DA, Hutchings J. Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *BMJ* 2007; 334:682 [CE,I]
- Byrne P. Managing the acute psychotic episode. *BMJ* 2007; 334:686-692 [R,I]
- Mitchell A, Coyne J. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 144-151 [M,I]
- Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ* 2007; 176:627-632 [S,I]
- Bhattacharyya MR, Perkins-Porras L, Whitehead DL, Steptoe A. Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome. *Eur Heart J* 2007; 28:160-165 [T,I]
- Urbina JR, Flores JM, García MP, Torres L, Torrubias RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* 2007; 21: 37 - 42 [T,I]
- Lespérance F, Frasere-Smith N, Koszycki D, Laliberté MA, van Zyl LT, Baker B, et al. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: The Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) Trial. *JAMA* 2007; 297:367-379 [EC,I]
- Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, Foa EB, Shea MT, Chow BK, et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007; 297:820-830 [EC,I]
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369:946-955 [AO,I]
- Petersen RC. Mild cognitive impairment: current research and clinical implications. *Semin Neurol* 2007; 27:22-31 [R,II]
- Yaari R, Corey-Bloom J. Alzheimer's disease. *Semin Neurol* 2007; 27:32-41 [R,II]
- SALUD LABORAL**
- Bhattacharyya MR, Perkins-Porras L, Whitehead DL, Steptoe A. Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome. *Eur Heart J* 2007; 28:160-165 [T,I]
- ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES**
- Arora S, Geppert CM, Kalishman S, Dion D, Pullara F, Bjeletich B, et al. Academic health center management of chronic diseases through knowledge networks: Project ECHO. *Acad Med* 2007; 82:154-160 [AO,I]
- Ables AZ, Simon I, Melton ER. Update on *Helicobacter pylori* treatment. *Am Fam Physician* 2007; 75:351-358 [R,I]
- Wessel L, Rhee K, Wolpin S. Fighting the silent epidemic of poor oral health. *Am Fam Physician* 2007; 75:475-476 [AO,I]
- Killip S, Bennett JM. Iron deficiency anemia. *Am Fam Physician* 2007; 75:671-683 [R,II]
- Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. *Am Fam Physician* 2007; 75: 695-709 [R,I]
- Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, Becker WC, Morales KH, Kosten TR, et al. Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy, and association with addiction. *Ann Intern Med* 2007; 146:116-127 [M,I]
- Mulgrew AT, Fox N, Ayas NT, Ryan CF. Diagnosis and initial management of obstructive sleep apnea without polysomnography: a randomized validation study. *Ann Intern Med* 2007; 146:157-166 [EC,I]
- Snow V, Qaseem A, Barry P, Hornbake ER, Rodnick JE, Tobolic T, et al; American College of Physicians; American Academy of Family Physicians Panel on Deep Venous Thrombosis/Pulmonary Embolism. Management of venous thromboembolism: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med* 2007; 146:204-210 [R,II]
- Segal JB, Streiff MB, Hoffman LV, Thornton K, Bass EB. Management of venous thromboembolism: a systematic review for a practice guideline. *Ann Intern Med* 2007; 146:211-222 [M,II]
- Qaseem A, Snow V, Barry P, Hornbake ER, Rodnick JE, Tobolic T, et al; Joint American Academy of Family Physicians/American College of Physicians Panel on Deep Venous Thrombosis/Pulmonary Embolism. Current diagnosis of venous thromboembolism in primary care: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007; 146:454-458 [M,II]
- Herrero-Beaumont G, Ivorra JA, Trabado MC, Blanco FJ, Benito P, Martín-Mola E, et al. Glucosamine sulfate in the treatment of knee osteoarthritis symptoms: A randomized, double-blind, placebo-controlled study using acetaminophen as a side comparator. *Arthritis Rheum* 2007; 56:555-567 [EC,I]
- Carrillo L, Sacristan A. Consejo y prescripción dietética en atención primaria: un largo camino por recorrer. *Aten Primaria* 2007; 39: 55 - 56 [AO,I]
- Chapple CR, Patel AK. Lower urinary tract symptoms in men. *BMJ* 2007; 334:2 [AO,I]
- van der Meulen J, Brown CT, Yap T, Cromwell DA, Rixon L, Steed L, et al. Self management for men with lower urinary tract symptoms: randomised controlled trial. *BMJ* 2007; 334:25 [EC,I]
- Shah R. Dyspepsia and *Helicobacter pylori*. *BMJ* 2007; 334:41-43 [R,I]
- McManus P, Iheanacho I. Don't use minocycline as first line oral antibiotic in acne. *BMJ* 2007; 334:154 [R,I]
- Miller NL, Lingeman JE. Management of kidney stones. *BMJ* 2007; 334:468-472 [R,I]
- Binder AI. Cervical spondylosis and neck pain. *BMJ* 2007; 334:527-531 [R,I]
- Rohrbeck J, Jordan K, Croft P. The frequency and characteristics of chronic widespread pain in general practice: a case-control study. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 109-115 [CC,I]
- Halford JC, Harrold JA, Boyland EJ, Lawton CL, Blundell JE. Serotonergic drugs: effects on appetite expression and use for the treatment of obesity. *Drugs* 2007; 67:27-55 [R,I]
- Keam SJ, Plosker GL. Rupatadine: a review of its use in the management of allergic disorders. *Drugs* 2007; 67:457-674 [R,I]
- Mearin F. Tratamiento farmacológico del síndrome del intestino irritable: una necesidad no cubierta. *Gastroenterol Hepatol* 2007; 30:130-137 [AO,I]
- D'Cruz DP, Khamashta MA, Hughes GR. Systemic lupus erythematosus. *Lancet* 2007; 369:587-596 [R,II]
- Balague F, Mannion AF, Pellise F, Cedraschi C. Clinical update: low back pain. *Lancet* 2007; 369:726-728 [R,I]
- French JA. First-choice drug for newly diagnosed epilepsy. *Lancet* 2007; 369:970-971 [AO,I]
- Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, Appleton R, Baker GA, Chadwick DW, et al; SANAD Study group. The SANAD study of effectiveness of carbamazepine, gabapentin, lamotrigine,

- oxcarbazepine, or topiramate for treatment of partial epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 369:1000-1015 [EC,I]
- Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, Appleton R, Baker GA, Chadwick DW, et al; SANAD Study group. The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalised and unclassifiable epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 369:1016-1026 [EC,I]
- Salas-Salvado J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B; Grupo Colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 184 - 196 [R,II]
- Mearin F. Síndrome del intestino irritable: nuevos criterios. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 335 - 343 [R,I]
- Bermejo PE, Velasco R. Nuevos fármacos antiepilépticos en la profilaxis de la migraña. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 379 - 382 [R,I]
- Landon BE, Hicks LS, O'Malley AJ, Lieu TA, Keegan T, McNeil BJ, et al. Improving the management of chronic disease at community health centers. *N Engl J Med* 2007 ;356:921-934 [QE,I]
- Kwon YD, Pittler MH, Ernst E. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)* 2006 ;45:1331-1337 [M,I]
- Steihaug S. Women's strategies for handling chronic muscle pain: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2007 ;25:44-48 [C,I]
- Grupo Español de Sueño (GES). Consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño. *Semergen* 2007;33: 17-20 [R,I]
- Fuentes M, Ferrer J, Grifols M, Badia X, Guilera M. Manejo diagnóstico de las pacientes con osteoporosis atendidas en consultas de Atención Primaria en España. *Semergen* 2007;33:45-49 [T,I]
- Redondo M, Costillo J, Jimenez M. Abordaje de la neuralgia postherpética en Atención Primaria: situación actual del tratamiento farmacológico. *Semergen* 2007;33:80-85 [R,I]
- ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA**
- Walker FO. Huntington's disease. *Lancet* 2007;369:218-228 [R,I]
- Ala A, Walker AP, Ashkan K, Dooley JS, Schilsky ML. Wilson's disease. *Lancet* 2007;369:397-408 [R,II]
- MEDIOS DIAGNÓSTICOS**
- Mulgrew AT, Fox N, Ayas NT, Ryan CF. Diagnosis and initial management of obstructive sleep apnea without polysomnography: a randomized validation study. *Ann Intern Med* 2007 ;146:157-166 [EC,I]
- Kligfield P, Gettes LS, Bailey JJ, Childers R, Deal BJ, Hancock EW, et al; American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; American College of Cardiology Foundation; Heart Rhythm Society. Recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part I: The electrocardiogram and its technology: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society: endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. *Circulation* 2007 ;115:1306-1324 [R,III]
- Mason JW, Hancock EW, Gettes LS, et al; American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; American College of Cardiology Foundation; Heart Rhythm Society. Recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part II: Electrocardiography diagnostic statement list: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society: endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. *Circulation* 2007 ;115:1325-1332 [R,III]
- Di Carli MF, Hachamovitch R. New technology for noninvasive evaluation of coronary artery disease. *Circulation* 2007 ;115:1464-1480 [AO,II]
- Chudleigh RA, Dunseath G, Evans W, Harvey JN, Evans P, Ollerton R, et al. How reliable is estimation of glomerular filtration rate at diagnosis of type 2 diabetes? *Diabetes Care* 2007 ;30:300-305 [T,I]
- Hoefman E, van Weert HC, Boer KR, Reitsma J, Koster RW, Bindels PJ. Optimal duration of event recording for diagnosis of arrhythmias in patients with palpitations and light-headedness in the general practice. *Fam Pract* 2007; 24:11-13 [S,I]
- Purroy F, Molina CA, Montaner J, Delgado P, Santmarina E, Toledo M, et al. Ausencia de utilidad de la escala clínica ABCD en el riesgo de infarto cerebral precoz en pacientes con accidente isquémico transitorio. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 201 - 203 [S,I]
- Lehman CD, Gatsonis C, Kuhl CK, Hendrick RE, Pisano ED, Hanna L, et al. MRI evaluation of the contralateral breast in women with recently diagnosed breast cancer. *N Engl J Med* 2007; 356:1295-1303 [EC,I]
- Espeland A, Baerheim A. General practitioners' views on radiology reports of plain radiography for back pain. *Scand J Prim Health Care* 2007 ;25:15-19 [C,I]
- INFANCIA Y ADOLESCENCIA**
- Gonzalez FJ, Takkouche B, Valdes L, Temes E, Leis R, Cabanas R, et al. Tabaquismo parental y función pulmonar en niños y adolescentes sanos. *Arch Bronconeumol* 2007; 43: 81 - 85 [T,I]
- Gil E, Ortiz T, Fernandez ML. Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Aten Primaria* 2007; 39: 7 - 11 [T,I]
- Aguilar E. Atención al adolescente y detección de las alteraciones del comportamiento alimentario: tenemos que dar un paso al frente. *Aten Primaria* 2007; 39: 12 - 13 [AO,I]
- Perez A, Perez R, Martinez ML, Leal FJ, Mesa I, Jimenez I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Aten Primaria* 2007; 39: 61 - 65 [T,I]
- García J. Comentario: La importancia de la familia en la aparición de enfermedad psiquiátrica en los adolescentes. *Aten Primaria* 2007; 39: 66 - 67 [AO,I]
- Hutchings J, Gardner F, Bywater T, Daley D, Whitaker C, Jones K, et al. Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2007 ;334:678 [EC,I]
- Edwards RT, Cailleachair A, Bywater T, Hughes DA, Hutchings J. Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *BMJ* 2007 ;334:682 [CE,I]
- Myers GJ, Davidson PW. Maternal fish consumption benefits children's development. *Lancet* 2007 ;369:537-538 [AO,I]
- Gauderman WJ, Vora H, McConnell R, Berhane K, Gilliland F, Thomas D, et al. Effect of exposure to traffic on lung development from 10 to 18 years of age: a cohort study. *Lancet* 2007;369:571-577 [S,II]

- Hibbeln JR, Davis JM, Steer C, Emmett P, Rogers I, Williams C, et al. Maternal seafood consumption in pregnancy and neurodevelopmental outcomes in childhood (ALSPAC study): an observational cohort study. *Lancet* 2007 ;369:578-585 [S,I]
- MUJER Y SALUD.** Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina.
- Serra-Torres A, Montaner-Amoros M, Sitjar-Martinez de Sas S, Siso-Almirall A, Espanyol-Navarro M,
- Devant-Altimir M. Anticoncepción de emergencia: evaluación de los conocimientos de las mujeres, un requisito para la efectividad del tratamiento. *Aten Primaria* 2007; 39: 87 - 92 [T,I]
- Farquhar C. Endometriosis. *BMJ* 2007 ;334:249-253 [R,I]
- Bech BH, Obel C, Henriksen TB, Olsen J. Effect of reducing caffeine intake on birth weight and length of gestation: randomised controlled trial. *BMJ* 2007 ;334:409 [EC,I]
- Joffe M, Bennett J, Best N, Jensen TK. Sex ratio and time to pregnancy: analysis of four large European population surveys. *BMJ* 2007 ;334:524 [M,I]
- Rey E, Boulet LP. Asthma in pregnancy. *BMJ* 2007 ;334:582-585 [R,I]
- Rexrode KM, Manson JE. Are some types of hormone therapy safer than others? Lessons from the Estrogen and Thromboembolism Risk study. *Circulation* 2007 ;115:820-822 [AO,II]
- Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, Levesque H, et al; Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER) Study Group. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation* 2007 ;115:840-845 [CC,II]
- Dunlop AL, Jack B, Frey K. National recommendations for pre-conception care: the essential role of the family physician. *J Am Board Fam Med* 2007 ;20:81-84 [M,III]
- Ridker PM, Buring JE, Rifai N, Cook NR. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women: the Reynolds Risk Score. *JAMA* 2007 ;297:611-619 [S,I]
- Blumenthal RS, Michos ED, Nasir K. Further improvements in CHD risk prediction for women. *JAMA* 2007 ;297:641-643 [AO,I]
- Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, Foa EB, Shea MT, Chow BK, et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007 ;297:820-830 [EC,I]
- Myers GJ, Davidson PW. Maternal fish consumption benefits children's development. *Lancet* 2007 ;369:537-538 [AO,I]
- Hibbeln JR, Davis JM, Steer C, Emmett P, Rogers I, Williams C, et al. Maternal seafood consumption in pregnancy and neurodevelopmental outcomes in childhood (ALSPAC study): an observational cohort study. *Lancet* 2007 ;369:578-585 [S,I]
- The health of women. *Lancet* 2007; 369:715 [AO,I]
- ANCIANOS**
- Durga J, Verhoef P, Anteunis LJ, Schouten E, Kok FJ. Effects of folic acid supplementation on hearing in older adults: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2007 ;146:1-9 [EC,I]
- Dobie RA. Folate supplementation and age-related hearing loss. *Ann Intern Med* 2007 ;146:63-64 [AO,I]
- Balk EM, Raman G, Tatsioni A, Chung M, Lau J, Rosenberg IH. Vitamin B6, B12, and folic acid supplementation and cognitive function: a systematic review of randomized trials. *Arch Intern Med* 2007 ;167:21-30 [M,I]
- Robine JM, Michel JP, Herrmann FR. Who will care for the oldest people in our ageing society? *BMJ* 2007 ;334:570-571 [R,II]
- Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ* 2007 ;176:627-632 [S,I]
- Bance M. Hearing and aging. *CMAJ* 2007 ;176:925-927 [R,I]
- Setoguchi S, Glynn RJ, Avorn J, Mogun H, Schneeweiss S. Statins and the risk of lung, breast, and colorectal cancer in the elderly. *Circulation* 2007 ;115:27-33 [S,II]
- Gotto AM Jr. Statin therapy and the elderly: SAGE advice? *Circulation* 2007 ;115:681-683 [AO,II]
- Deedwania P, Stone PH, Bairey CN, Cosin-Aguilar J, Koylan N, Luo D, et al. Effects of intensive versus moderate lipid-lowering therapy on myocardial ischemia in older patients with coronary heart disease: results of the Study Assessing Goals in the Elderly (SAGE). *Circulation* 2007 ;115:700-707 [EC,II]
- Junius-Walker U, Theile G, Hummers-Pradier E. Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Fam Pract* 2007;24:14-19 [T,I]
- Urbina JR, Flores JM, Garcia MP, Torres L, Torrubias RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* 2007; 21: 37 - 42 [T,I]
- Muriel C, Perez-Castejon JM, Sanchez I, Neira M. Efectividad y seguridad de la buprenorfina transdérmica en el tratamiento del dolor crónico en el anciano: estudio de postautorización observacional y prospectivo. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 204 - 210 [S,I]
- Torres A, Quintano JA, Martinez M, Rodriguez C, Prieto J, Zalacaín R. Tratamiento antimicrobiano de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el anciano. *Semergen* 2007;33: 65-79 [R,II]
- URGENCIAS Y EMERGENCIAS**
- Ewy GA. Cardiac arrest—guideline changes urgently needed. *Lancet* 2007; 369:882-884 [AO,I]
- SOS-KANTO study group. Cardiopulmonary resuscitation by bystanders with chest compression only (SOS-KANTO): an observational study. *Lancet* 2007;369:920-926 [S,II]
- Ortega M, Miro O, Munoz A, Lopez B, Coll-Vinent B, Sanchez M. Factores relacionados con la revisita y el ingreso de los pacientes que consultan a urgencias por fiebre. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 251 - 253 [S,I]
- TERAPÉUTICA:** Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.
- Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, Becker WC, Morales KH, Kosten TR, et al. Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy, and association with addiction. *Ann Intern Med* 2007 ;146:116-127 [M,I]
- Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med* 2007 ;167:453-460 [QE,I]
- Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Arch Intern Med* 2007 ;167:540-550 [M,I]
- Chan AT, Manson JE, Feskanich D, Stampfer MJ, Colditz GA, Fuchs CS. Long-term aspirin use and mortality in women. *Arch Intern Med* 2007 ;167:562-572 [CC,I]
- Fernandez E, Luque FJ. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. *Aten Primaria* 2007; 39: 15 - 21 [M,II]
- McManus P, Iheanacho I. Don't use minocycline as first line oral antibiotic in acne. *BMJ* 2007 ;334:154 [R,I]

- Cipriani A, Geddes JR, Barbui C. Venlafaxine for major depression. *BMJ* 2007 ;334:215-216 [R,I]
- Rubino A, Roskell N, Tennis P, Mines D, Weich S, Andrews E. Risk of suicide during treatment with venlafaxine, citalopram, fluoxetine, and dothiepin: retrospective cohort study. *BMJ* 2007 ;334:242 [S,I]
- Setoguchi S, Glynn RJ, Avorn J, Mogun H, Schneeweiss S. Statins and the risk of lung, breast, and colorectal cancer in the elderly. *Circulation* 2007 ;115:27-33 [S,II]
- Antman EM, Bennett JS, Daugherty A, Furberg C, Roberts H, Taubert KA; American Heart Association. Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs: an update for clinicians: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2007 ;115:1634-1642 [R,II]
- Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ* 2007 ;176:627-632 [S,I]
- Skyler JS, Jovanovic L, Klioze S, Reis J, Duggan W; Inhaled Human Insulin Type 1 Diabetes Study Group. Two-year safety and efficacy of inhaled human insulin (Exubera) in adult patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2007 ;30:579-585 [S,I]
- Halford JC, Harrold JA, Boyland EJ, Lawton CL, Blundell JE. Serotonergic drugs : effects on appetite expression and use for the treatment of obesity. *Drugs* 2007;67:27-55 [R,I]
- Hair PI, Scott LJ, Perry CM. Fixed-dose combination lercanidipine/enalapril. *Drugs* 2007;67:95-106 [R,I]
- Rao N, Lipsky BA. Optimising antimicrobial therapy in diabetic foot infections. *Drugs* 2007;67:195-214 [R,I]
- Simpson D, McCormack PL, Keating GM, Lyseng-Williamson KA. Insulin lispro: a review of its use in the management of diabetes mellitus. *Drugs* 2007;67:407-434 [R,I]
- Keam SJ, Plosker GL. Rupatadine: a review of its use in the management of allergic disorders. *Drugs* 2007;67:457-674 [R,I]
- Junius-Walker U, Theile G, Hummers-Pradier E. Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Fam Pract* 2007;24:14-19 [T,I]
- Hamilton W, Russell D, Stabb C, Seamark D, Campion-Smith C, Britten N. The effect of patient self-completion agenda forms on prescribing and adherence in general practice: a randomized controlled trial. *Fam Pract* 2007;24:77-83 [EC,I]
- Jenkins RH, Vaida AJ. Simple strategies to avoid medication errors. *Fam Pract Manag* 2007 ;14:41-47 [AO,I]
- Mearin F. Tratamiento farmacológico del síndrome del intestino irritable: una necesidad no cubierta. *Gastroenterol Hepatol* 2007 ;30:130-137 [AO,I]
- Wahlgren N, Ahmed N, Davalos A, Ford GA, Grond M, Hacke W, et al. Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study. *Lancet* 2007;369:275-282 [S,II]
- Khaja AM, Grotta JC. Established treatments for acute ischaemic stroke. *Lancet* 2007;369:319-330 [R,II]
- Sacco RL, Chong JY, Prabhakaran S, Elkind MS. Experimental treatments for acute ischaemic stroke. *Lancet* 2007;369:331-341 [R,I]
- Drenth JP, Verheugt FW. Do COX-2 inhibitors give enough gastrointestinal protection? *Lancet* 2007 ;369:439-440 [AO,I]
- Dancer SJ. Attention prescribers: be careful with antibiotics. *Lancet* 2007 ;369:442-443 [AO,II]
- Malhotra-Kumar S, Lammens C, Coenen S, Van Herck K, Goossens H. Effect of azithromycin and clarithromycin therapy on pharyngeal carriage of macrolide-resistant streptococci in healthy volunteers: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Lancet* 2007 ; 369:482-490 [EC,I]
- French JA. First-choice drug for newly diagnosed epilepsy. *Lancet* 2007 ; 369:970-971 [AO,I]
- Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, Appleton R, Baker GA, Chadwick DW, et al; SANAD Study group. The SANAD study of effectiveness of carbamazepine, gabapentin, lamotrigine, oxcarbazepine, or topiramate for treatment of partial epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet* 2007 ; 369:1000-1015 [EC,I]
- Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, Appleton R, Baker GA, Chadwick DW, et al; SANAD Study group. The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalised and unclassifiable epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet* 2007 ; 369:1016-1026 [EC,I]
- Muriel C, Perez-Castejon JM, Sanchez I, Neira M. Efectividad y seguridad de la buprenorfina transdérmica en el tratamiento del dolor crónico en el anciano: estudio de postautorización observacional y prospectivo. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 204 - 210 [S,I]
- De la Sierra A, Campo C. Inhibidores de la renina. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 214 - 215 [AO,II]
- Abasolo L, Carmona L. Revisión sistemática: ¿son eficaces los opiáceos mayores en el tratamiento del dolor osteomuscular? *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 291 - 301 [M,I]
- Orriols R, Vallano A. Riesgo de los broncodilatadores agonistas β_2 -adrenérgicos de acción prolongada en el asma bronquial. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 352 - 354 [R,I]
- Bermejo PE, Velasco R. Nuevos fármacos antiepilépticos en la profilaxis de la migraña. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 379 - 382 [R,I]
- Lopez R, Herrero JM, Suarez Fernandez C. Asociación de antiagregantes, ¿cuándo y cómo? *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 383 - 389 [R,II]
- Zanettini R, Antonini A, Gatto G, Gentile R, Tesi S, Pezzoli G. Valvular heart disease and the use of dopamine agonists for Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2007;356:39-46 [CC,II]
- Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Jones PW, et al; TORCH investigators. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2007 ;356:775-789 [EC,I]
- Zimetbaum P. Amiodarone for atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2007 ;356:935-941 [AO,I]
- Kwon YD, Pittler MH, Ernst E. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)* 2006 ;45:1331-1337 [M,I]
- Torres A, Quintano JA, Martinez M, Rodriguez C, Prieto J, Zalacaín R. Tratamiento antimicrobiano de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el anciano. *Semergen* 2007;33: 65-79 [R,II]
- Redondo M, Costillo J, Jimenez M. Abordaje de la neuralgia post-terapéutica en Atención Primaria: situación actual del tratamiento farmacológico. *Semergen* 2007;33:80-85 [R,I]

ENTREVISTA CLINICA

- Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med* 2007 ;167:453-460 [QE,I]

ATENCION FAMILIAR

- Perez A, Perez R, Martinez ML, Leal FJ, Mesa I, Jimenez I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Aten Primaria* 2007; 39: 61 - 65 [T,I]

García J. Comentario: La importancia de la familia en la aparición de enfermedad psiquiátrica en los adolescentes. *Aten Primaria* 2007; 39: 66 - 67 [AO,I]

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

Thiedke CC. What do we really know about patient satisfaction? *Fam Pract Manag* 2007;14: 33-41 [R,I]

Hodges BG. 6 Tips for improving practice efficiency and patient satisfaction. *Fam Pract Manag* 2007 ;14:28-30 [AO,I]

Morales JM, Bonill C, Celdran M, Morilla JC, Martín FJ, Contreras E et al. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. *Gac Sanit* 2007; 21: 106 - 113 [T,I]

Lin RT, Takahashi K, Karjalainen A, Hoshuyama T, Wilson D, Kamada T, et al. Ecological association between asbestos-related diseases and historical asbestos consumption: an international analysis. *Lancet* 2007;369:844-849 [QE,I]

Landon BE, Hicks LS, O'Malley AJ, Lieu TA, Keegan T, McNeil BJ, et al. Improving the management of chronic disease at community health centers. *N Engl J Med* 2007 ;356:921-934 [QE,I]

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

Srinivasan M, Wilkes M, Stevenson F, Nguyen T, Slavin S. Comparing problem-based learning with case-based learning: effects of a major curricular shift at two institutions. *Acad Med* 2007 ;82:74-82 [QE,I]

Nierenberg DW, Eliassen MS, McAllister SB, Reid BP, Pipas CF, Young WW, et al. A web-based system for students to document their experiences within six core competency domains during all clinical clerkships. *Acad Med* 2007 ;82:51-73 [AO,I]

DeBruin DA, Scholder SL, Kahn J, Mastroianni AC, Marshall MF, Lantos J, et al. Educational approaches to the responsible conduct of clinical research: an exploratory study. *Acad Med* 2007 ;82:32-39 [T,I]

Deming N, Fryer-Edwards K, Dudzinski D, Starks H, Culver J, Hopley E, et al. Incorporating principles and practical wisdom in research ethics education: a preliminary study. *Acad Med* 2007 ;82:18-23 [C,I]

Arora S, Geppert CM, Kalishman S, Dion D, Pullara F, Bjeletich B, et al. Academic health center management of chronic diseases through knowledge networks: Project ECHO. *Acad Med* 2007 ;82:154-160 [AO,I]

McCord G, Smucker WD, Selius BA, Hannan S, Davidson E, Schrop SL, et al. Answering questions at the point of care: do residents practice EBM or manage information sources? *Acad Med* 2007 ;82:298-303 [T,I]

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Deming N, Fryer-Edwards K, Dudzinski D, Starks H, Culver J, Hopley E, et al. Incorporating principles and practical wisdom in research ethics education: a preliminary study. *Acad Med* 2007 ;82:18-23 [C,I]

Kimmelman J. Inventors as investigators: the ethics of patents in clinical trials. *Acad Med* 2007 ;82:24-31 [T,I]

DeBruin DA, Scholder SL, Kahn J, Mastroianni AC, Marshall MF, Lantos J, et al. Educational approaches to the responsible conduct of clinical research: an exploratory study. *Acad Med* 2007 ;82:32-39 [T,I]

Perel P, Roberts I, Sena E, Whible P, Briscoe C, Sandercock P, et al. Comparison of treatment effects between animal experiments and clinical trials: systematic review. *BMJ* 2007 ;334:197 [M,II]

Glasziou P, Chalmers I, Rawlins M, McCulloch P. When are randomised trials unnecessary? Picking signal from noise. *BMJ* 2007 ;334:349-351 [R,I]

Viera AJ, Bangdiwala SI. Eliminating bias in randomized controlled trials: importance of allocation concealment and masking. *Fam Med* 2007 ;39:132-138 [AO,I]

Porta M. Investigación biomédica y sociedad: ambivalencias y contradicciones. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 305 - 306 [AO,I]

Dal-Re R, Costa J. Información de los resultados a los participantes de los ensayos clínicos. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 375 - 378 [R,I]

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS

Henry SG, Zaner RM, Dittus RS. Viewpoint: Moving beyond evidence-based medicine. *Acad Med* 2007 ;82:292-297 [AO,I]

McCord G, Smucker WD, Selius BA, Hannan S, Davidson E, Schrop SL, et al. Answering questions at the point of care: do residents practice EBM or manage information sources? *Acad Med* 2007 ;82:298-303 [T,I]

Soto J. Medicina basada en resultados en salud: la evolución lógica y deseable de la medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 254 - 255 [AO,I]

PREVENCIÓN.

Levi Z, Rozen P, Hazazi R, Vilkin A, Waked A, Maoz E, et al. A quantitative immunochemical fecal occult blood test for colorectal neoplasia. *Ann Intern Med* 2007 ;146:244-255 [T,I]

Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, Hwang CW, Maynor K, Merenstein D, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann Intern Med* 2007 ;146:289-300 [M,II]

Imperiale TF. Quantitative immunochemical fecal occult blood tests: is it time to go back to the future? *Ann Intern Med* 2007 ;146:309-311 [AO,I]

Dube C, Rostom A, Lewin G, Tsertsvadze A, Barrowman N, Code C, et al; U.S. Preventive Services Task Force. The use of aspirin for primary prevention of colorectal cancer: a systematic review prepared for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2007 ;146:365-375 [M,II]

Nathan DM, Berkwitz M. Trials that matter: rosiglitazone, ramipril, and the prevention of type 2 diabetes. *Ann Intern Med* 2007 ;146:461-463 [AO,II]

O'Malley PG, Greenland P. The promise of preventive interventions depends on robust health care delivery. *Arch Intern Med* 2007 ;167:532 [AO,I]

Baron JA. Can aspirin keep mortality at bay? *Arch Intern Med* 2007 ;167:535-536 [AO,I]

Fenton JJ, Cai Y, Weiss NS, Elmore JG, Pardee RE, Reid RJ, et al. Delivery of cancer screening: how important is the preventive health examination? *Arch Intern Med* 2007 ;167:580-585 [S,I]

Abenhaim HA, Titus-Ernstoff L, Cramer DW. Ovarian cancer risk in relation to medical visits, pelvic examinations and type of health care provider. *CMAJ* 2007 ;176:941-947 [CC,I]

Fung-Kee-Fung M, Brouwers M, Oliver TK, Rosen B. Health care use and risk of ovarian cancer: is there a link? *CMAJ* 2007 ;176:949-950 [AO,I]

Mosca L, Banka CL, Benjamin EJ, Berra K, Bushnell C, Dolor RJ, et al. Expert Panel/Writing Group; American Heart Association; American Academy of Family Physicians; American College of Obstetricians and Gynecologists; American College of Cardiology Foundation; Society of Thoracic Surgeons; American Medical Women's Association; Centers for Disease Control and Prevention; Office of Research on Women's Health; Association of

- Black Cardiologists; American College of Physicians; World Heart Federation; National Heart, Lung, and Blood Institute; American College of Nurse Practitioners. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update. *Circulation* 2007 ;115:1481-1501 [M,II]
- Liao JK. Secondary prevention of stroke and transient ischemic attack: is more platelet inhibition the answer? *Circulation* 2007 ;115:1615-1621. [R,II]
- Schulze MB, Hoffmann K, Boeing H, Linseisen J, Rohrmann S, Mohlig M, et al. An accurate risk score based on anthropometric, dietary, and lifestyle factors to predict the development of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2007 ;30:510-515 [S,II]
- Esperato A, Garcia-Altes A. Prevención en salud: ¿inversión rentable? Eficiencia económica de las intervenciones preventivas en España. *Gac Sanit* 2007; 21: 150 - 161 [M,I]
- Villalbi JR, Cusi M, Cayla JA, Duran J, Guix J. El ejercicio de la autoridad sanitaria: los principios, lo reglamentado y la incertidumbre. *Gac Sanit* 2007; 21: 172 - 175 [AO,I]
- Durga J, van Boxtel MP, Schouten EG, Kok FJ, Jolles J, Katan MB, et al. Effect of 3-year folic acid supplementation on cognitive function in older adults in the FACIT trial: a randomised, double blind, controlled trial. *Lancet* 2007;369:208-216 [EC,II]
- Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, Giles MF, Elkins JS, Bernstein AL, et al. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. *Lancet* 2007;369:283-292 [CE,II]
- Yokoyama M, Origasa H, Matsuzaki M, Matsuzawa Y, Saito Y, Ishikawa Y, et al. Effects of eicosapentaenoic acid on major coronary events in hypercholesterolaemic patients (JELIS): a randomised open-label, blinded endpoint analysis. *Lancet* 2007;369:1090-1098 [EC,I]
- Jimenez-Moleon JJ, Lardelli-Claret P ¿Como puede ayudar la medicina? Epidemia de los accidentes de tráfico. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 178 - 180 [AO,II]
- Bermejo PE, Velasco R. Nuevos fármacos antiepilépticos en la profilaxis de la migraña. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 379 - 382 [R,I]
- Kimberlin DW, Whitley RJ. Varicella-zoster vaccine for the prevention of herpes zoster. *N Engl J Med* 2007 ;356:1338-1343 [AO,I]
- García E, Lopez C. Medicina y viajes (I): antes del viaje. *Semergen* 2007;33:86-89 [R,I]
- García E, Lopez C. Medicina y viajes (II): después del viaje. *Semergen* 2007;33: 140-148 [R,I]
- EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD**
- Landon BE, Hicks LS, O'Malley AJ, Lieu TA, Keegan T, McNeil BJ, et al. Improving the management of chronic disease at community health centers. *N Engl J Med* 2007 ;356:921-934 [QE,I]
- Kostis WJ, Demissie K, Marcella SW, Shao YH, Wilson AC, Moryra AE. Weekend versus weekday admission and mortality from myocardial infarction. *N Engl J Med* 2007; 356 :1099-1109 [CC,II]
- BIOÉTICA**
- Deming N, Fryer-Edwards K, Dudzinski D, Starks H, Culver J, Hopley E, et al. Incorporating principles and practical wisdom in research ethics education: a preliminary study. *Acad Med* 2007 ;82:18-23 [C,I]
- Kendall M, Harris F, Boyd K, Sheikh A, Murray SA, Brown D, et al. Key challenges and ways forward in researching the "good death": qualitative in-depth interview and focus group study. *BMJ* 2007 ;334:521 [C,II]
- Ribas S. Competencias de los comités de ética asistencial y autoevaluación de sus componentes. *Estudio CEA-CAT (2) Med Clin (Barc)* 2007; 128: 219 - 225 [T,I]
- PLANIFICACIÓN / GESTIÓN**
- O'Malley PG, Greenland P. The promise of preventive interventions depends on robust health care delivery. *Arch Intern Med* 2007 ;167:532 [AO,I]
- Fernandez E, Luque FJ. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. *Aten Primaria* 2007; 39: 15 - 21 [M,II]
- Tizon JL. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Aten Primaria* 2007; 39: 93 - 97 [AO,II]
- Simo J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cenicienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria* 2007; 39: 127 - 132 [S,I]
- Gene-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sampietro-Colom L, Catalan-Ramos A, Sans-Corrales M, et al. Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Fam Pract* 2007;24: 41-47 [T,II]
- Trachtenbarg DE. EHRs fix everything - and nine other myths. *Fam Pract Manag* 2007; 14: 26-33 [AO,I]
- Hughes C. A refresher on coding consultations. *Fam Pract Manag* 2007; 14:45-48 [AO,I]
- Esperato A, Garcia-Altes A. Prevención en salud: ¿inversión rentable? Eficiencia económica de las intervenciones preventivas en España. *Gac Sanit* 2007; 21: 150 - 161 [M,I]
- Villalbi JR, Cusi M, Cayla JA, Duran J, Guix J. El ejercicio de la autoridad sanitaria: los principios, lo reglamentado y la incertidumbre. *Gac Sanit* 2007; 21: 172 - 175 [AO,I]
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007 ;297:831-841 [M,I]
- Soto J. Medicina basada en resultados en salud: la evolución lógica y deseable de la medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 254 - 255 [AO,I]
- INFORMÁTICA**
- Nierenberg DW, Eliassen MS, McAllister SB, Reid BP, Pipas CF, Young WW, et al. A web-based system for students to document their experiences within six core competency domains during all clinical clerkships. *Acad Med* 2007 ;82:51-73 [AO,I]
- Taylor CR, Merin LM, Salunga AM, Hepworth JT, Crutcher TD, O'Day DM, et al. Improving diabetic retinopathy screening ratios using telemedicine-based digital retinal imaging technology: the Vine Hill study. *Diabetes Care* 2007 ;30:574-578 [S,II] Trachtenbarg DE. EHRs fix everything - and nine other myths. *Fam Pract Manag* 2007; 14: 26-33 [AO,I]
- OTRAS**
- Tomas-Carus P, Gusi N, Leal A, Garcia Y, Ortega-Alonso A. El tratamiento para la fibromialgia con ejercicio físico en agua caliente reduce el impacto de la enfermedad en la salud física y mental de mujeres afectadas. *Reumatología clínica* 2007;3: 33-37 [EC,I]

Actividades Científicas

❑ 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, 2ª pl., of. 13

08002 Barcelona

Tel. 93 317 71 29

Fax. 93 318 69 02

http://congreso2007.semfyf.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

❑ XVIII CONGRESO SAMFYC

Granada, 12-14 de Junio, 2008.

Secretaría técnica: ACM (Andaluza de Congresos Médicos)

Telf. 958 20 35 11

Fax. 958 20 35 50

❑ IV JORNADAS SAMFYC PARA TUTORES DE MFYC

Cádiz, 25-26 de Octubre, 2007

Secretaría técnica: ACM (Andaluza de Congresos Médicos)

Telf. 958 20 35 11

Fax. 958 20 35 50

❑ JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN AMF SEMFYC-IFN

Sevilla, 29-30 de Noviembre, 2007.

Secretaría técnica: semFYC congresos

Carrer del Pi. 11, 2ª pl., of. 13

08002 Barcelona

Tel. 93 317 71 29

Fax. 93 318 69 02

Paciente asintomático con radiografía de tórax patológica

Herrera Ruiz M¹, Mejía Lozano P², Sánchez Ramos M¹.

¹ MFyC del SCCU, Hospital San Cecilio. Granada. ² FEA Neumología, Hospital San Cecilio. Granada.

Presentamos el caso de un varón de 48 años sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes familiares de interés. Como antecedentes personales destacan una isquemia arterial aguda en miembro superior izquierdo de origen embólico sin enfermedad cardíaca asociada, un infarto cerebral izquierdo antiguo y tabaquismo activo. En tratamiento habitual con triflusal, pentoxifilina y ranitidina.

Acude al servicio de urgencias externas hospitalarias por un cuadro de dolor torácico de características atípicas de horas de evolución. Se realiza estudio electrocardiográfico, y analítica básica de urgencias incluyendo enzimas miocárdicas seriadas. Los resultados del estudio fueron normales descartando patología cardíaca aguda. Así mismo, se solicita estudio radiográfico simple de tórax (figura 1), donde se observa un patrón alveolar bilateral de predominio en campos inferiores, motivo por el cual es derivado a la consulta de Neumología para continuar estudio. En la anamnesis realizada el paciente niega cualquier sintomatología respiratoria, así como fiebre, síndrome cons-

titucional, contacto con animales o exposiciones laborales de riesgo. La exploración física no reveló ningún dato de interés, siendo la auscultación cardíaca y respiratoria normal. Las pruebas funcionales respiratorias revelaron una obstrucción leve al flujo aéreo. Gasometría arterial, hemograma y bioquímica fueron normales.

Aunque la imagen radiológica era muy sugerente se realizó TACAR torácica (figura 2) en la que se aprecia una afectación difusa del parénquima pulmonar con presencia de micronódulos de alta atenuación. Y una fibrobroncoscopia, sin hallazgos significativos. Durante la realización de la fibrobroncoscopia se realiza lavado broncoalveolar en el que se hallan frecuentes cuerpos calcáreos, ¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Sarcoidosis
- b) Tuberculosis miliar
- c) Silicosis
- d) Microlitiasis alveolar
- e) Hemosiderosis pulmonar idiopática



Figura 1. Radiografía de tórax

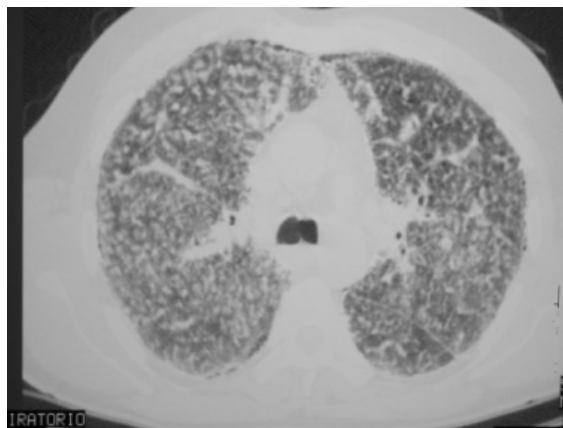


Figura 2. TACAR torácica

(Respuestas razonadas en el próximo número)

Remitir las respuestas al correo electrónico: revista@samfy.com 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. 2)

(Medicina de Familia (And) 2006; 7: 66)

Respuestas razonadas

a) **Carcinoma Epidermoide: respuesta incorrecta**

Tumor maligno que ocupa el segundo lugar en frecuencia después del carcinoma basocelular. Aparece fundamentalmente en zonas expuestas al sol y afecta con más frecuencia a varones adultos de piel clara y ojos azules, se presenta como una lesión nodular exofítica con superficie costrosa o descamativa que suele ulcerarse. Tiene tendencia a metastatizar por vía linfática fundamentalmente.

B) **Carcinoma Basocelular: respuesta incorrecta**

En personas mayores es muy frecuente que en personas expuestas al sol aparezcan estos tumores de larga evolución y tendencia a extenderse por los bordes con una ulceración central. Tienen malignidad local y no suelen dar metástasis.

C) **Melanoma maligno: respuesta correcta**

Neoplasia maligna principalmente de la piel constituida por melanocitos. La mayoría de los melanomas se desarrollan a partir de un nevus pigmentado durante un periodo de varios meses o años, y aparecen sobre todo en personas de piel clara con ojos de color claro. Cualquier mancha

negra o marrón con borde irregular, cuya pigmentación parece que se irradia más allá de su borde, de color rojo, negro o azul, si se examina de cerca, o que tenga una superficie nodular puede sugerir la existencia de un melanoma y se debe de biopsiar.

D) **Queratosis seborreica.**

Lesiones papulosas y placas de superficie rugosa y untuosa, bien delimitadas, de tamaño variable, coloración pardusca y a veces negra. Son los tumores cutáneos más frecuentes a partir de los 50 años, tienen carácter benigno y tendencia a aumentar de tamaño y número con la edad. Está relacionado con la existencia de neoplasia visceral.

E) **Dermatofibrosarcoma protuberans: respuesta incorrecta**

Tumor cutáneo agresivo localmente y de intermedia malignidad. Afecta más frecuentemente a adultos de edad media, clínicamente aparece como una placa indurada, asintomática, generalmente única y de coloración variable. Crece lentamente y desarrolla nódulos protuberantes dentro de la placa. Se han descrito tumores hasta de 20 cms.



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 veintidós los números editados de **Medicina de Familia. Andalucía**.

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

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

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

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

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Remitir por:

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

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