

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 8, número 2, febrero 2008

- Editorial**
- 7 Agresividad
- 8 Obituario**
- El espacio del usuario**
- 9 El nuevo papel de la enfermera.
- Originales**
- 11 Riesgo predicho para cáncer de mama en mujeres de 35 años y más.
- 17 Evaluación longitudinal de la calidad asistencial de la atención clínica en una consulta de atención primaria.
- 29 Diagnóstico y tratamiento del retardo del desarrollo del lenguaje en el área VII. Una experiencia.
- Artículo de revisión**
- 35 La obesidad: un factor de riesgo cardiometabólico.
- 42 Actualización en el manejo de los antidiabéticos orales en Atención Primaria
- Artículo especial**
- 56 La experiencia de una médico de familia en el equipo directivo de un hospital regional durante tres años.
- Cartas al director**
- 62 Medicina de Familia...
- 65 Publicaciones de Interés**
- ¿Cuál es su diagnóstico?**
- 78 Nuestros pacientes aparentemente asintomáticos... ¿qué pueden esconder?
- 81 Actividades Científicas**
- 82 Información para los autores**



MANIFIESTO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA ANTE LAS AGRESIONES A MEDICOS

La Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) es una asociación profesional y científica que representa a más de 3.500 médicos de Familia andaluces, y constituye la sociedad médica que cuenta con mayor número de asociados en Andalucía.

Ante las agresiones que están ocurriendo cada vez con mayor frecuencia hacia Médicos de Familia en centros de Salud y Servicios de urgencias en el Servicio Andaluz de Salud, la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) desea manifestar:

1.- El auge de la violencia en los Centros Sanitarios públicos, especialmente en los servicios de urgencias y Centros de Salud, es un fenómeno creciente. Las agresiones físicas constituyen el exponente máximo de un clima nada infrecuente de intimidaciones, amenazas y falta de respeto hacia los profesionales sanitarios. Pese a que las agresiones físicas hacia los médicos no son generalizadas, tampoco podemos considerarlas accidentales o fortuitas; hay un terreno abonado con dos factores que interesa conocer y desvelar.

- La superación de la relación de desequilibrio entre médicos y pacientes, avalada por nosotros, ha evolucionado afortunadamente hacia el modelo de relación participativa actual, basado en la toma de decisiones compartidas. Esto ha provocado que algunos ciudadanos entiendan erróneamente que el poder de decisión en el uso de los servicios sanitarios públicos les corresponde solo a ellos. Este comportamiento de algunas personas como meros consumidores de prestaciones, está produciendo mucha tensión en las relaciones entre profesionales y pacientes. Las decisiones clínicas deben ser compartidas, pero en ningún caso la persona que nos consulta debe pretender imponer o exigir a un profesional médico que actúe propiciando una mala práctica profesional o el uso incorrecto de recursos públicos.
- Pese a que disfrutamos de la mayor longevidad y calidad de vida de la historia, gracias tanto a avances en la medicina como a mejoras en las condiciones de vida (alimentación, vivienda, educación, trabajo, justicia, régimen democrático, etc.), nuestra sociedad se siente paradójicamente más enferma que nunca. Se busca ansiosamente una salud perfecta y una felicidad imposible. Si unimos a ello las expectativas generadas por los avances científicos o las promesas falaces sobre prestaciones sanitarias, la confusión y frustración de muchos ciudadanos es comprensible. Y comprensible es, que vuelquen sobre los servicios sanitarios y sobre sus profesionales la "ansiedad" de conseguir cada vez más salud con una percepción errónea de que toda enfermedad es prevenible, todo mal es diagnosticable precozmente, todo medicamento es útil y toda demanda de atención debe ser resuelta de forma inmediata.

2.- En este marco, el papel de los médicos de primera línea, los Médicos de Familia, no puede ser otro que reconducir, con cercanía y comprensión, las expectativas de los pacientes y responder con profesionalidad a sus necesidades de salud. La gestión diaria de la prescripción farmacéutica, de la Incapacidad Temporal, de las interconsultas a otros especialistas, de la atención a las urgencias o de la atención clínica no puede seguir siendo objeto de permanente tensión con los pacientes por una concepción errónea del poder de decisión o unas expectativas imposibles de cumplir.

3.- El tratamiento informativo por parte de algunos medios de comunicación en el caso de las agresiones a médicos ha sido deplorable. Agraviar al profesional agredido con sospechas sobre su práctica profesional, exculpar y justificar al agresor, o dar voz y crédito a algunos denunciantes interesados, no es la mejor forma de legitimar la credibilidad social de las empresas de comunicación.

4.- La SAMFyC solicita responsabilidad y ayuda a las autoridades políticas y sanitarias, a los medios de difusión y a la Industria de tecnología y farmacia sanitaria, para poner racionalidad científica a la escalada de promesas imposibles en materia de salud y servicios asistenciales.

5.- La SAMFyC emplaza a los Médicos de Familia a recuperar el concepto de integralidad en la atención a nuestros pacientes y seguir trabajando por un profesionalismo basado en el respeto, la honradez y la entrega.

6.- La SAMFyC solicita de los ciudadanos una recuperación de la confianza en el médico con la seguridad de que sus Médicos de Familia seguirán atendiéndoles con honestidad según la capacidad y la mejor evidencia científica de la medicina actual.

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

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 de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Beatriz Pascual de la Piza

Vocal de Residentes

Salvador Pendón Fernández

Vocal de Formación Continuada

Pablo García López

Vocal de Relaciones Externas

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vocal provincial de Almería:

José-Pelayo Galindo Pelayo

jpelayo@larural.es

Vocal provincial de Cádiz:

Manuel Lubián López

mlubianl@ono.com

Vocal provincial de Córdoba:

Pilar Serrano Varo

pseval@supercable.es

Vocal provincial de Huelva:

Jesús E. Pardo Álvarez

jeparedes10@teletel.es

Vocal provincial de Jaén:

Justa Zafra Alcántara

justazafra@wanadoo.es

Vocal provincial de Málaga:

Javier Ingelmo Martín

jimartin@samfyc.es

Vocal provincial de Granada:

Francisco José Guerrero García

franguerrero72@yahoo.com

Vocal provincial de 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, bj D – 18001 – Granada (España)

Tel: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

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 Regulez. *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 Almedro. *Málaga*
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.*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga.*
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.*
M^a Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Maximiliano Ocete Espínola. *Granada.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pérua 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 Durán. *Jaén.*
Juan Tormo Molina. *Granada.*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga.*
Amelia Vallejo Lorenzo. *Almería.*

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

Manuel Bobenrieth Astete. *Chile.*
Cesar 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 7,5 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 administrativa y comercial

A cargo de Encarnación Figueredo
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España).
Telf. 958 80 42 01
Fax 958 80 42 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.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Copartgraf, 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.

Como 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 804202.



Sumario

Editorial

- 7 Agresividad

8 Obituario

El espacio del usuario

- 9 El nuevo papel de la enfermera.

Originales

- 11 Riesgo predicho para cáncer de mama en mujeres de 35 años y más.
17 Evaluación longitudinal de la calidad asistencial de la atención clínica en una consulta de atención primaria.
29 Diagnóstico y tratamiento del retardo del desarrollo del lenguaje en el área VII. Una experiencia.

Artículo de revisión

- 35 La obesidad: un factor de riesgo cardiometabólico.
42 Actualización en el manejo de los antidiabéticos orales en Atención Primaria

Artículo especial

- 56 La experiencia de un médico de familia en el equipo directivo de un hospital regional durante tres años.

Cartas al director

- 62 Medicina de Familia...

65 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 78 Nuestros pacientes aparentemente asintomáticos... ¿qué pueden esconder?

81 Actividades Científicas

82 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, Nº. 2, february 2008

Summary

- Editorial**
- 7 **Aggressiveness**
- 8 **Obituary**
- The consumer's corner**
- 9 The new role of nurse.
- Original Articles**
- 11 Predictive Risk of Breast Cancer in Women Aged 35 and Older.
- 17 Longitudinal Evaluation of Clinical Care Quality in a Primary Care Practice.
- 29 Area VII's Experience in the Diagnosis and Treatment of Delayed Language Development.
- Review Article**
- 35 The obesity: a cardiometabolic risk factor.
- 42 Update on oral antidiabetic drug use in Primary Health Care
- Feature Article**
- 56 A family doctor's three-year experience as a member of a Regional Hospital's Directive team.
- Letters to the Editor**
- 62 Family Medicine...
- 65 **Publications of Interest**
- Which is your Diagnosis?**
- 78 Our seemingly asymptomatic patients... what they can hide?
- 81 **Scientific Activities**
- 82 **Information for Authors**
-

EDITORIAL

Agresividad

Lubián López M.

Presidente SAMFyC

“Cualquiera puede enfadarse, eso es algo muy sencillo. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo y del modo correcto, eso, ciertamente, no resulta tan sencillo.” (Aristóteles de Estagira)

Hay cuestiones acerca de las cuales sería preferible no tener que reflexionar, menos aún en una Revista Científica, y la agresividad en la relación entre médicos y pacientes es una de ellas. Desgraciadamente, la realidad actual, reflejada casi a diario en los medios de comunicación y sufrida por muchos compañeros nos obliga a hacerlo.

Asistimos en los últimos tiempos a una auténtica escalada de agresiones físicas a los médicos que trabajan en el Sistema Sanitario Público, especialmente a aquellos que desarrollan su labor en la primera línea, Médicos de familia en Centros de Salud y en los Servicios de Urgencias. Pero estas no son más que la máxima expresión del deterioro continuo en la relación personal que existe entre los profesionales y los ciudadanos que solicitan nuestros cuidados. La agresión física constituye el exponente más grave de este deterioro, pero en otro nivel soportamos con frecuencia otras formas de agresividad, si bien más sutiles no menos peligrosas, como recriminaciones, menosprecios, exigencias injustificadas, insultos, que corrompen el proceso terapéutico de comunicación en que se debe desarrollar nuestro trabajo y se convierten en una interferencia intolerable a la hora de aplicar nuestra capacidad profesional.

Múltiples son los factores implicados en la génesis de una relación difícil, achacables algunos a los pacientes, otros a los profesionales, pero sobre todo al entorno laboral en que se desarrolla la relación entre unos y otros.

Lejos queda ya, afortunadamente, el modelo tradicional de relación paternalista entre los médicos y sus pacientes. Hipócrates planteaba en su escrito *sobre la Decencia*, que el médico es “igual a los dioses”. Nadie más que los Médicos de Familia hemos luchado por abolir este modelo, transformándolo en una relación compartida entre iguales. Así debe ser nuestra aproxima-

ción a las personas a quienes cuidamos y así entendemos nuestra profesión.

Uno de los factores más importantes para que se plantee una relación difícil en nuestras consultas lo constituyen las expectativas no cumplidas, muchas de ellas favorecidas por los mensajes que se dirigen a los ciudadanos por parte del propio Sistema Sanitario. Como recogemos en el Manifiesto de SAMFyC sobre las agresiones a los Médicos de Familia “Se busca ansiosamente una salud perfecta y una felicidad imposible. Si unimos a ello las expectativas generadas por los avances científicos o las promesas falaces sobre prestaciones sanitarias, la confusión y frustración de muchos ciudadanos es comprensible. Y comprensible es, que vuelquen sobre los servicios sanitarios y sobre sus profesionales la “ansiedad” de conseguir cada vez más salud con una percepción errónea de que toda enfermedad es prevenible, todo mal es diagnosticable precozmente, todo medicamento es útil y toda demanda de atención debe ser resuelta de forma inmediata.”

En estas circunstancias el modelo de decisiones compartidas, que nosotros avalamos y preconizamos, queda pervertido por el comportamiento de algunas personas como meros consumidores de prestaciones, pretendiendo en ocasiones imponer al médico una mala práctica profesional o un uso incorrecto de recursos públicos.

Ante esta lamentable situación los profesionales debemos seguir insistiendo en aquellas habilidades de comunicación que crean un ambiente emocional favorable en nuestras consultas y en las que estamos formados y entrenados, pero la Administración, los medios de comunicación, la industria farmacéutica y los propios ciudadanos deben entender que su participación es imprescindible para conseguir un entorno relacional que nos permita desarrollar con la calidad de la que somos capaces, nuestra labor. Si no lo conseguimos entre todos seguiremos en un escenario que explica en gran parte la desmotivación, la desilusión y a veces el éxodo de excelentes profesionales que han demostrado con creces su buen hacer como Médicos de Familia en la Sanidad Pública de Andalucía.



Ha muerto una gran mujer. Y como siempre que perdemos a alguien como Isabel Fernandez nos inunda el sentimiento de dolor, compartido por todos quienes tuvimos la suerte de conocerla y compartir con ella algo de su vida.

Inútil resulta intentar transmitir con palabras lo que supone el admirable ejemplo de Isabel para todos quienes la tuvimos como un referente personal y profesional. Recordar su labor como investigadora en las diferentes instituciones de primer nivel en las que participó, impulsora de la mejora de la atención a los pacientes diabéticos en Andalucía tanto en su consulta diaria como en su cargo de Directora del Plan Integral de Diabetes, su fértil implicación en las sociedades científicas de las que formó parte activa y a las que siempre enriqueció con su inagotable capacidad de trabajo, tutora de generaciones de médicos de familia para las que sigue suponiendo una maestra,... supone solo una pequeña parte de lo que ella era en realidad. Isabel era Médica. Y ella nunca quiso apartarse de esta idea. Todo su trabajo investigador, organizador y gestor solo tenía un objetivo, mejorar la salud de las personas a las que cuidaba, fuera cual fuera la responsabilidad que ocupara en cualquier momento. Y sin duda son ellas quienes la recordarán con más cariño, así como le mostraron continuamente su reconocimiento a lo largo de su carrera profesional.

Para sus compañeros de las Sociedades Andaluza y Española de Medicina de Familia, la marcha de Isabel deja una sensación de vacío imposible de llenar. Quienes la recordamos implicándonos en todos sus proyectos con una capacidad de entusiasmo que a menudo era difícil de seguir, tenemos el compromiso de mantener su figura como un espejo en el que deberíamos mirarnos todos los médicos de familia de Andalucía y de toda España. Su capacidad de trabajo, su honestidad inquebrantable, la cordialidad de su sonrisa, permanecerán con nosotros sirviéndonos de acicate en nuestro trabajo.

Cuando hace dos años la Junta Directiva de la SAMFyC acordó concederle la medalla de oro de su Sociedad, tuvimos que hacer un gran esfuerzo para que la aceptara. En su reconocida humildad seguía considerando que ella no era más que cualquier otro médico de familia y que si reunía algún mérito se debía al cariño que le teníamos todos. En la entrega de la medalla se la dedicaba a sus padres, a sus hijos y a su marido, Cesar, sin quienes, según ella, no hubiera podido jamás desarrollar su trabajo profesional. A ellos nuestro pesar y nuestra cercanía.

Descansa en paz, Isabel.

Fdo. Junta Directiva SAMFyC

EL ESPACIO DEL USUARIO

El nuevo papel de la enfermera

Ruiz Legido O.

Secretaria General FACUA Andalucía

La atención de la salud está sujeta a cambios, y en los últimos años estos cambios van muy ligados a la incorporación de nuevas tecnologías y al nuevo rol que juega el usuario como centro del sistema. La enfermería no escapa a estos cambios y está evolucionando desde una concepción tradicional de la profesión a otra que la define como una gestora de cuidados tendentes a la prevención, educación en salud, curación y rehabilitación.

El nuevo concepto de atención integral de salud, ligado no sólo a actuaciones médico-asistenciales sino de prevención, información y educación a la población, condiciona también el papel que deben desempeñar los profesionales que trabajan en este campo.

A ello hay que sumar todos los cambios sociales que se están produciendo y las necesidades de cuidados y autocuidados derivadas de los diferentes problemas de salud prevalentes y de mayor incidencia que en la actualidad son cada vez más numerosos y complejos. Las enfermedades crónicas y degenerativas, las dependencias tanto físicas como psicológicas, las enfermedades infecciosas, los problemas de salud mental, etc. están condicionando de forma directa la calidad de vida de las personas y sus familiares. La prestación de cuidados de enfermería permite a estas personas y a sus familias afrontar las dificultades que se derivan de estas situaciones de una forma más llevadera y les facilita una vida más digna y socialmente más productiva.

La enfermería, por tanto, no escapa a todos estos cambios y está evolucionando desde una concepción tradicional que identifica a estos profesionales con los responsables de inyecciones y curas, que actúan además de auxiliares del médico en la consulta, hacia otra que identifica a la enfermería como una gestora de cuidados en

materia de salud, de carácter personalizados, pero también de ámbito comunitario.

La enfermería ha ido ampliando su papel habitual y realizando funciones cada vez más importantes y complejas dentro del equipo de salud, sobre todo en el campo de la atención primaria. Precisamente, uno de los objetivos en atención primaria es el control, seguimiento y fomento de la independencia del usuario en el cuidado de su enfermedad crónica y en las cada vez más prevalentes situaciones de dependencia.

En este proceso, los ciudadanos vamos intuendo que el papel de la enfermería tiene que ser otro y que la profesión y sus cometidos deben reorganizarse, sobre todo en el enfoque dado a su labor en la atención primaria, pero aún no tenemos una concepción clara de este nuevo papel y de cuáles son las nuevas actividades y cometidos que está llamada a desempeñar.

Nos aproximamos bastante a las tareas de buena parte del personal sanitario de nuestros centros de salud, principalmente del personal médico, pero los usuarios no tenemos ni identificados claramente a los profesionales de enfermería, ni un conocimiento pleno de los servicios y prestaciones que están, o pueden estar, bajo su responsabilidad.

El primer reto, por tanto, que tiene la profesión es informar y capacitar a la ciudadanía para que pueda responder a la pregunta de para qué sirve y qué resuelve la enfermería.

Los sistemas de información existentes en nuestros centros de salud de atención primaria, en los hospitales, en los centros de especialidades, etc. están poco y en ocasiones mal desarrolla-

dos, desde la identificación de los profesionales que atienden a los usuarios, hasta la cartera de servicios y prestaciones a las que pueden tener acceso. En este sentido, es preciso que se mejoren las capacidades de comunicación e interrelación con el ciudadano, aumentando el grado de información que el sistema sanitario facilita.

Otro gran reto que tiene la enfermería por delante es dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos, adaptándose con mayor agilidad y eficacia a los nuevos tiempos y a una nueva realidad social.

Los ciudadanos demandamos al sistema sanitario público una atención integral y continua de nuestros problemas de salud, donde tengamos garantizada la necesaria continuidad asistencial, coordinación e interacción de los distintos niveles asistenciales. Pero, además, queremos tener una mayor accesibilidad al sistema y que desde éste se nos oriente, apoye y resuelva nuestras dudas. Si la enfermería tiene por objetivo principal la prestación de cuidados, debe tenerse en cuenta que cuidar significa también comprender y ello necesariamente incluye un estado de empatía, de identificación y de proyección que es necesario desarrollar.

La reorganización del papel de la enfermería en atención primaria se ha fijado en Andalucía el reto de que cada usuario tenga asignada una enfermera de familia de referencia en su centro de salud. Las nuevas estrategias de cuidados que se implantarán en nuestra Comunidad Autóno-

ma, y que tienen como base una reorganización del trabajo que realizan las enfermeras y enfermeros, implican también un incremento de sus competencias profesionales dentro del equipo asistencial y una mayor coordinación con el resto de los profesionales sanitarios, tanto de atención primaria como de atención especializada y hospitalaria.

Aunque lo importante sea que el usuario tenga acceso a una asistencia integral, que globalmente se sienta respaldado por el sistema y que éste le ofrezca respuesta a sus necesidades, sin embargo un elemento importante es que en su andar por el sistema sanitario sea capaz de identificar al personal que le atiende y cuente con la información necesaria sobre los servicios y prestaciones que están a su alcance. Por ello es preciso reforzar los esfuerzos, impulsando y dando a conocer entre los ciudadanos el rol que desempeña la enfermería. El potencial del trabajo de la enfermería y su capacidad para procurar cuidados, entendidos en el sentido amplio del término, no es conocido por los ciudadanos y requiere de un impulso decisivo por parte de la Administración sanitaria y los propios profesionales implicados.

En el estadio actual en el que estamos supon- dría un avance significativo que los usuarios identifiquen claramente a estos profesionales y que conozcan los servicios y productos que pueden facilitar, elementos que son también necesarios para implicar al ciudadano en mayor medida en su salud y en las decisiones que éste debe tomar.

AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA
DURANTE EL AÑO 2007

El Consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores sus valiosas y desinteresadas aportaciones, encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2007. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

Pilar Barroso García
Ana M^a de los Ríos Álvarez
Manuel Gálvez Ibáñez
Pablo García López
Amparo Ortega del Moral
Jesús Torío Durantes
Carmen Lama Herrera

ORIGINAL

Riesgo predicho para cáncer de mama en mujeres de 35 años y más

Rocha Vázquez M¹, Pérez Reyna M²

¹Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba

²Especialista de primer grado en Medicina General Integral

RESUMEN

Título: Riesgo predictivo para Cáncer de Mama en mujeres de 35 años y más.

Objetivo: Estimar el Riesgo Predictivo para Cáncer de Mama en mujeres de 35 años y describir el comportamiento de algunas variables en las pacientes seleccionadas.

Diseño: Descriptivo de corte transversal.

Emplazamiento: 3 Consultorios Médico del Policlínico Área VII del municipio de Cienfuegos.

Población y muestra: 157 mujeres del total de 776, seleccionadas de forma aleatoria.

Intervenciones: A las pacientes seleccionadas se les aplicó un formulario basado en el Modelo Predictivo de Gail para esta patología. Esta información fue recogida en la consulta médica o en el hogar a las pacientes durante el período de Diciembre de 2003 a Septiembre del 2005. Los datos fueron procesados por el Software del Instituto Nacional de Cáncer de Mama de los Estados Unidos y los resultados se presentan en tablas de frecuencia y relación de variables, aplicándose la prueba de Chi Cuadrado para medir la influencia del azar.

Resultados: El 7,6 % de las pacientes estudiadas presentó riesgo de padecer Cáncer de Mama en los próximos 5 años, constituyendo la Menarquia entre 10 y 11 años, los Antecedentes Familiares y el Color de la Piel Blanco las variables que con mayor frecuencia se presentaron en las diagnosticadas con riesgo.

Conclusiones: El Modelo de Gail permitió detectar Riesgo incrementado de Cáncer de Mama en un gru-

po de pacientes en las que coincidieron los principales factores de riesgo descritos en la literatura para esta patología.

Palabras clave: Riesgo, Cáncer de Mama.

SUMMARY

Title: Predictive Risk of Breast Cancer in Women Aged 35 and Older

Objective: Estimate the predictive risk of breast cancer among women =35 years of age and describe the behavior of certain variables in selected patients.

Type of Study: Descriptive, cross sectional.

Setting: Three clinical practices pertaining to the "Area VII Polyclinic" in the city of Cienfuegos.

Population Sample: 157 women were randomly selected from a total of 776 patients.

Interventions: Information was gathered for the period between December 2003 and September 2005 in doctors' offices and patients' homes using the Gail Model for breast cancer risk assessment. The data was then processed using software from the United States National Breast Cancer Institute. Results were presented in tables illustrating frequency and the relationship among variables, using the Chi-Squared Test to measure the influence of chance.

Results: 7.6% of the patients studied were found to be at risk for breast cancer over the next five years. The variables most frequently encountered for those diagnosed as at risk were: onset of menarche between 10 and 11 years of age, family history, and white skin.

Conclusions: Use of the Gail Model made it possible to identify a group of patients whose likelihood of developing breast cancer was higher due to risk factors that coincided with those described in the literature for this disease.

Key words: Risk, Breast Cancer.

Correspondencia: Mabel Rocha Vázquez
Edificio 19. Apdo. 1601. CP.55100 Pastorita Cienfuegos. Cuba
e-mail: mrv@jagua.cfg.sld.cu
Tlfs.: 524356 y 511549

Recibido el 12-04-2007; aceptado para publicación el 28-11-2007
Med fam Andal 2008; 2: 11-16

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Mama representa una proliferación maligna de las células epiteliales que revisitan los conductos o lobulillos mamarios^(1, 2,3) Constituye cerca de la tercera parte de todos los cánceres en mujeres y ocupa solo el segundo lugar en relación con el cáncer pulmonar como causa principal de defunciones por cáncer en el género femenino.

En nuestro país es la afección que ocupa el primer eslabón dentro de las causas de incidencia y mortalidad entre las neoplasias malignas del sexo femenino.

En Cuba la tasa de mortalidad es de 15.4 por cada 100 000, en la provincia de Cienfuegos es de 5.6. Esta tasa se ha ido incrementando de manera progresiva entre otras causas por el aumento en la expectativa de vida de la mujer⁽⁴⁻¹⁰⁾ Cuando se hace una gráfica logarítmica de la incidencia con respecto a la edad, aparece una línea recta de incremento con cada año de vida que transcurre, aunque la pendiente disminuye comenzando en la edad de la menopausia^(4, 8, 9,10)

Las causas de las neoplasias de mama aún son inciertas pero está bien documentado que existen factores de riesgo que predisponen a esta enfermedad, dentro de los que se invocan la edad mayor de 50, sexo femenino, factores genéticos y antecedentes familiares de esta patología⁽⁶⁻¹⁰⁾ menarquia temprana y menopausia tardía^{6, 8, 10, 11)}, uso de anticonceptivos orales⁽⁶⁻¹⁰⁾, terapia de sustitución hormonal, algunas características físicas como la obesidad⁽⁶⁻¹²⁾, el consumo de alcohol^(6, 8, 9, 12), entre otros factores^(13- 16)

Recientes investigaciones basadas en la determinación de riesgo predictivo para esta enfermedad aportan una nueva visión para el abordaje de este tipo de cáncer, elaborándose para ello varios modelos entre ellos el Modelo Predictivo de Gail, el cual a través de cálculos estadísticos analiza los principales factores de riesgo del cáncer de mama para predecir la posibilidad futura de padecerla^(18- 20).

Es por ello que nos motivamos a realizar este estudio que pretende estimar el riesgo predictivo para Cáncer de Mama a través del Modelo de Gail, en mujeres de 35 años y más en 3 consultorios médico del municipio de Cienfuegos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio Descriptivo Transversal en mujeres de 35 años y más de 3 Consultorios Médico de la Familia del Policlínico Área VII de Cienfuegos, en el período de Diciembre de 2003 a Septiembre del 2005.

El Universo estuvo representado por un total de 776 mujeres, de las cuales fueron seleccionadas 157 que representan el 20,2 % del universo definido. La selección de la muestra se realizó al azar utilizando para ello la tabla de números aleatorios.

Para dar salida a los objetivos propuestos se utilizó un cuestionario basado en el Modelo de Gail de Riesgo Predictivo para el cáncer de mama del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos que fue aplicado en forma de una entrevista individual a las pacientes estudiadas por parte de los autores en actividad de consulta o en el hogar.

Variable Dependiente: Riesgo Predictivo.

Variables Independientes: Edad en Años, Edad al momento de la primera menstruación, Edad al momento del primer parto, Número de familiares de primer grado con cáncer de mama, Biopsias de mama realizadas previamente y Color de la piel.

Para estimar el riesgo predictivo se empleó un Software que utiliza una relación de productos cruzados y un análisis multivariado que determina el riesgo que posee una mujer de 35 años y más de padecer Cáncer de Mama en un período de 5 años, considerando como riesgo aquellas pacientes con una puntuación mayor que 1.7%.

Los resultados se muestran en tablas de frecuencia expresadas en números y por cientos. Los datos se procesaron a través del Software para cáncer de mama del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos. Para medir la influencia del azar en los resultados se empleo la prueba de significación estadística Chi Cuadrado con una exigencia del 95%.

RESULTADOS

De las 157 pacientes estudiadas 12 presentaron riesgo de padecer Cáncer de Mama según el modelo aplicado, lo cual representa el 7,6 % del total.

Al analizar el comportamiento del riesgo según edad de las pacientes obtuvimos que existió un incremento del riesgo en las edades comprendidas entre 55 – 64 años con 6 pacientes con perfil de riesgo mayores que 1.7%, lo que representa el 13,3% de la muestra analizada. De forma decreciente continúan el grupo de edades de 65 – 74 años de edad con un total de 3 pacientes que constituyen el 8,8% del total (Tabla 1).

Cuando relacionamos la presencia de riesgo con edad de la menarquia observamos que predominaron las que la presentaron entre 10 y 11 años con un 75 % y resulta interesante que en solo el 8,3 % de ellas la menarquia ocurrió a los 14 años (Tabla 2).

Con relación a la edad al primer parto observamos que de forma general en ambos grupos predominan aquellas con primiparidad entre 18 y 34 años, en el caso de las pacientes con riesgo debemos señalar que el 33,3 % de ellas presentó primiparidad luego de los 35 años y más (Tabla 3).

La totalidad de las pacientes que presentan riesgo también tienen antecedentes familiares de la patología, sin embargo de las que no presentan riesgo no existió ninguna con antecedentes positivos.

Cuando relacionamos el riesgo con la realización de Biopsias previamente observamos que el 50 % de las pacientes con riesgo tenían el antecedente de Biopsias contra solo un 0,6 en las que tenían un perfil inferior a 1.7 %.

La totalidad de las pacientes con riesgo eran Blancas, en el caso de las que no presentaban riesgo hubo un discreto predominio en las pacientes blancas.

DISCUSIÓN

Como sucede con la mayoría de los cánceres, la edad es un factor muy importante. De hecho, un 77% de los casos nuevos y 84% de las muertes por cáncer de mama ocurren en mujeres de 50 años o más⁽¹⁻³⁾.

Existe una clara relación entre la edad y el riesgo de desarrollar un carcinoma de la mama.

Antes de los 25 años son raros, comienza a incrementarse a partir de los 35 a 40 años; alcanza su máxima frecuencia entre los 45 y 50 y se

mantiene elevada hasta los 55 a 60 años, en que comienza a disminuir paulatinamente hasta los 80-90 años⁽¹⁸⁾.

En los países de alta incidencia como Estados Unidos, Canadá y Norte de Europa, este aumento es creciente con la edad. No ocurre lo mismo en los de riesgo intermedio como España en los cuales existe una disminución en las edades avanzadas^(4-7, 18).

Aunque la incidencia en premenopáusicas es baja, esta tiende a explicarse por motivos genéticos hereditarios, así como desequilibrios hormonales que ocurren en este grupo de pacientes.

Diversos autores plantean que una mayor edad conlleva un aumento del número de cánceres^(7, 8, 9, 12). En el caso particular que nos ocupa, la mayor prevalencia de cáncer de mama después de los 55 años puede justificarse por la gran actividad hormonal existente frente a un epitelio mamario agotado o en vías de ello.

A pesar de los resultados obtenidos en cuanto al comportamiento del riesgo por grupos de edades esto no resultó estadísticamente significativo, lo cual puede estar relacionado con el tamaño de la muestra.

Existen estudios que indican que el inicio prematuro de la menstruación reduce el riesgo de cáncer de mama en los siguientes años, por el efecto protector de los estrógenos naturales⁽⁸⁾. Más, la mayoría de los autores asegura que cuanto antes se comienza con la menstruación, mayor es el riesgo de padecer esta enfermedad si se compara con aquellas que comenzaron más tarde, porque las células mamarias están expuestas al estrógeno por más tiempo.^(4, 6, 9, 12, 15, 21), criterio con el cual coincidimos.

Las influencias hormonales son importantes, porque estimulan el crecimiento celular. Altos niveles hormonales durante los años reproductivos de una mujer, especialmente cuando éstos no han sido interrumpidos por los cambios hormonales del embarazo, parecen aumentar las posibilidades de que las células genéticamente dañadas crezcan y causen el cáncer^(13, 14).

Algunos autores consideran que tener el primer hijo antes de los 20 años supone disminución del riesgo en un 50% con relación a las nulíparas^(14, 15).

Cuando la diferencia de edad entre la primera menstruación y el primer embarazo es muy breve, el riesgo de padecer cáncer de mama disminuye muy significativamente.

El embarazo actuaría como factor protector con aumento temprano de algunas hormonas y descenso de prolactina

Desde hace muchos años se tiene claro que el carcinoma mamario ocurre con mayor frecuencia en las mujeres que no han tenido hijos o un número muy reducido de ellos, o lo han hecho después de los 36 años o más^(22, 23).

El embarazo puede actuar como protección contra el cáncer de mama porque estimula a las células mamarias hacia la última fase de maduración^(24,25,26). En el caso de nuestro estudio quizás esta relación no se haga tan evidente por la muestra que con relación a meta análisis reportados por otros autores, la nuestra es realmente una muestra pequeña.

Junto a la edad, los antecedentes familiares de cáncer constituyen los dos factores de riesgo más frecuentes. Desde hace muchos años se conoce la tendencia a repetirse el cáncer de mama en mujeres de una misma familia^(23- 25).

Cuando un pariente de primer grado ha tenido cáncer de mama se duplica el riesgo de padecerlo. Si se trata de un pariente más lejano sólo aumenta el riesgo ligeramente. Expresado en probabilidades acumulativas la posibilidad de que una mujer de 30 años llegue a desarrollar un cáncer de mama antes de los 70 años es 8% más probable si su madre o su hermana lo han padecido, 18% si 2 familiares de primer grado lo han tenido y 28% si 2 familiares de primer grado han desarrollado un cáncer de mamá bilateral. Nuestros resultados coinciden plenamente con los reportados por otros autores, donde evidentemente, presenta gran peso el antecedente familiar de esta patología^(22,27-29).

Una enfermedad mamaria benigna previa parece aumentar el riesgo en aquellas mujeres que tienen un gran número de conductos mamarios, si a esto añadimos la posibilidad con que contamos en el país y en nuestra provincia en particular de disponer de Mamógrafo, por lo cual las pacientes en las que se sospecha por examen físico una alteración son remitidas, si a ello se suma la preocupación cuando existen antecedentes familiares,

pues el número de mujeres que se realizan el proceder es mayor, y la conducta cuando se sospecha por Ultrasonido una anomalía es realizar una Biopsia . Todo ello puede explicar la relación que hemos encontrado en las pacientes con riesgo, en las cuales se asocia mucho el antecedente de Biopsias realizadas previas^(30- 36).

Estudios realizados por otros autores confirman que las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las de raza negra, hecho este corroborado con los resultados obtenidos en la muestra estudiada^(12, 16, 19, 21, 26, 37).

BIBLIOGRAFÍA

1. Capote-Negrin LG. Epidemiología del cáncer de la glándula mamaria. Gac Méd Caracas. 1999; 107: 32-55.
2. Knudson AG, Strong LC, Anderson ED. Heredity and cancer. AVANCES DIAGNÓSTICO CÁNCER DE MAMA. 2001; 109: 113-20.
3. Hegg R. Cáncer de Mama. Rev Bras Med. 2000; 57: 463-74.
4. Schairer C, Lubin J Troisi R, Sturgeon S, Brinton L, Hoover R. Menopausal estrogen an estrogen – progesten replacement therapy and breast and breast cancer risk. JAMA. 2000; 283: 485 – 91.
5. Yubero Esteban A. Mujer en Riesgo para Cáncer de Mama: Prevención y Manejo. URL: <http://www.opolanco.es/Apat/Boletin14/breastca.htm>
6. Martínez V. El Cáncer de Mama. URL: <http://www.botanical-online.com/medicinalscanerdemama.htm>
7. Benia W, Telechea G. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas de Montevideo 1997. Rev Med Uruguay. 2000; 16:103-113. URL: <http://www.urucan.org.uy/uilayer/pccu/revmed103.pdf>
8. Satcher D. The unequal burden of cancer. Cancer. 2001; 91(Suppl 1):205-207.
9. Kumar N, Cantor A, Allen K, Cox Ch. Android obesity and breast carcinoma survival: Evaluation of the effects of anthropometric va-

- riables at diagnosis, including body composition and body fat distribution and weight gain during life span, and survival from breast carcinoma. *Cancer*. 2000; 88:2751-2757.
10. Parker SH. Minimally invasive biopsy of ductal carcinoma in situ of the breast: The transition from diagnosis to treatment. Diagnostic and therapeutic controversis. *J Am Coll Surg* 2001; 192: 197-199.
11. Robles SC, Galanes E. Breast cancer in latin America and the caribbean. *Rev Panam Sal*. 2002; 11: 178-85.
12. Cardeñosa G. Breast imaging companion: Breast ultrasound. *AVANCES DIAGNÓSTICO CÁNCER DE MAMA*. 2002; 109: 41-4.
13. Liberman L, Drotman M, Morris E, La Trenta L, Abramson A, Zakowski MF, et al. Imaging-histologic discordance at percutaneous breast biosps y: An indicator of missed cancer. *Cancer*. 2000; 89:2538-2546.
14. Gardner A. Asocian riesgo de cáncer de mama con patrones de crecimiento a una edad temprana. *Health Day*. 2004; 14. URL: <http://www.healthfinder.gov/news/newstory.as?docID=521791>
15. Veronesi U. The lynn sage memorial lecture: New developments in breast cancer management. *J A Coll Surg* 2001; 92:761-767.
16. Cangiarella J, Waisman J, Fraser Symmans W, Gross J, Cohen JM. Mammotome core biopsy for mammary microcalcification: Analysis of 160 biopsies from 142 women with surgical and radiologic followup. *Cancer*. 2001; 91:173-177.
17. Dohleny K. Cada vez menos muertes por Cáncer de Mama 2005. URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory-27042.html-19k>
18. Aaron S, Fowble B, Hanlon A, Torosian M, Freedman G, Boraas M, et al. Lobular carcinoma in situ increases the risk of local recurrence in selected patients with stages I and II breast carcinoma treated with conservative surgery and radiation. *Cancer*. 2001; 91:1862-1869.
19. Tabar L, Dean PB, Kaufman CS, Duffy SW, Chen HH. A new era in the diagnosis of breast cancer. *Surg Oncol Clinic North Am*. 2000; 9:233-277.
20. Palacios S. Introducción al Cáncer de Mama ¿Qué puede predisponer? URL: <http://www.saludalia.com/saludalia/web-saludalia/tusalud/doc/mujer/doc/causas-cancer-mama.htm-33k>.
21. Montero Ruiz J. Cáncer de mama: generalidades, epidemiología, cáncer de mama esporádico, cáncer de mama familiar, cáncer de mama hereditario. factores de riesgo. URL: <http://www.uninet.edu>
22. Schrag D, Kuntz K, Garber JE, Weeks JC. Life expectancy gains from cancer prevention strategies for woman with breast cancer and BRCA 1 or BRCA 2 mutations. *JAMA*. 2000; 283: 617-24.
23. Parker RA, Hartman EE. A 43 year old woman doping with cancer, 1 year later. *JAMA*. 2000; 283.
24. Pantanowitz L, Dezube BJ. Breast cancer in women with HIV/AIDS. *JAMA*. 2001; 285: 3090-91.
25. Armstrong K. Genetic susceptibility to breast cancer from the roll of the dice to the hand women were dealt. *JAMA*. 2001; 285: 2907-09.
26. Smith Warner SA, Willett WC, Spiegelman D, Hunter D. Brassica vegetables and breast cancer risk. *JAMA*., 2001; 285: 2975-77.
27. Ruiz Flores P, Calderón Garcidueñas AL, Barrera Saldaña HA. Genética del cáncer de mama. BRCA 1 y BRCA 2: Los principales genes de predisposición a la enfermedad. *Rev Invest Clin*. 2001; 53: 46-64.
28. Salvador Silva HM, Lemus Ferrari B, Leonel Rocha M.L. Cáncer de mama. *Revista Barcelona de medicina*. 1998; 55: 806-822.
29. Kent Osborne C. Cáncer de mama. En: Stein JH, Donald Easton J, Hutton JJ, Kohlerp O, Raurke RA, Sande MA, et al. *Medicina interna* [2ª ed]. España: Editorial Científico Técnica ;1987. Tomo 1. p. 1153 -1161.
30. Milevskaya T. G. Putiesky L. A, Averkin Y. I, Larrea G. T. Cáncer de mama. *Revista de Senología mamaria*. 1998; 11: 53-56.
31. Maals Molina E, López Graniel C, Lara Tamburrino MC, Curiel Valdez J, Cuellar Hube

M, Beltrán Ortega A. Diagnostico y tratamiento de lesiones mamarias no palpables. *Cir Ciruj.* 1999; 67: 97 -101.

32. Morales Gonzáles R, Pollan Perez A. Morbilidad del Cáncer de mama en la mujer. *Rev. Cub Med Gen Integr.* 1999; 15: 247-52.

33. Martínez A, Sábete J, García A. Biopsia con localizador en las lesiones mamarias subclínicas: es posible reducir el número de biopsias innecesarias. *Radiología.* 1999; 41: 121-129.

34. Mellado M, Pina L, Cojo R, Áreas Camisón I. Tumor de células granulares de mama: A propósito de tres casos. *Radiología.* 2000; 42: 39-41.

35. Apestequia L, Cordero JL, Cozcolluela R, Murillo A, Osa A. Manejo diagnóstico y segui-

miento a largo plazo de 1.264 lesiones mamarias no palpables en ocho años. *Radiología.* 2000; 42:165-74.

36. Elorz M, Pina L, Martínez Miravete P, Bergaz F, Bastarrika G. Estabilidad mamográfica de lesiones malignas: presentación de dos casos. *Radiología.* 2001; 43: 211-13.

37. Stephenson J. Study indicaties utility for new breast cancer prognostic market. *JAMA.* 2001; 285: 3077-78.

38. Ravelo Celis J A. Avances en el diagnóstico del cáncer de Mama. Importancia de la pesquisa y diagnóstico precoz. Reflexiones sobre el problema en Venezuela. *Gac Med Caracas.* 2001; 109: 389-416.

Tabla 1. Comportamiento del Riesgo según edad actual de las pacientes.

| Rango de Edad | Con Riesgo | | Sin Riesgo | | Total | |
|------------------------|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|
| | No | % | No | % | No | % |
| 35 - 44 n=30 | 1 | 3,3 | 29 | 96,6 | 30 | 19,1 |
| 45 - 54 n=38 | 2 | 5,3 | 36 | 94,7 | 38 | 24,2 |
| 55 - 64 n= 45 | 6 | 13,3 | 39 | 86,7 | 45 | 28,7 |
| 65 - 74 n=34 | 3 | 8,8 | 31 | 91,2 | 34 | 21,7 |
| 75 - más n=10 | 0 | - | 10 | 100 | 10 | 6,3 |
| Total n=157 | 12 | 7,6 | 145 | 92,4 | 157 | 100 |

Fuente: Encuesta. $X^2=2.89$ GL=1 $p>0.05$.

Tabla 2. Comportamiento del Riesgo de padecer cáncer de Mama según menarquia.

| Edad de la Menarquia | Con Riesgo | | Sin Riesgo | |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|
| | No | % | No | % |
| 10 - 11 | 9 | 75,0 | 75 | 51,7 |
| 12 - 13 | 2 | 16,7 | 45 | 31,0 |
| 14 | 1 | 8,3 | 25 | 17,3 |
| Total | 12 | 100 | 145 | 100 |

Fuente: Encuesta. $X^2=2.41$ GL=2 $p>0.03$.

Tabla 3. Comportamiento del Riesgo según Edad al primer parto.

| Edad al primer parto | Con Riesgo | | Sin Riesgo | |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|
| | No | % | No | % |
| Menor de 18 años. | 1 | 8,3 | 45 | 31,0 |
| Entre 18 y 34 años. | 7 | 58,4 | 79 | 54,5 |
| 35 años y más. | 4 | 33,3 | 21 | 14,5 |
| Total | 12 | 100 | 145 | 100 |

N=157.

Fuente: Encuesta. $X^2=4.45$ GL=2 $p>0.05$.

ORIGINAL

Evaluación longitudinal de la calidad asistencial de la atención clínica en una consulta de atención primaria

Muñoz Cobos F¹, Rodríguez Barrios R², Bordallo Aragón R², López Sánchez M^{AT}², Acero Guasch N³, Canalejo Echeverría A¹

¹ Médicos de Familia. Centro de Salud El Palo. Málaga

² Médicas de Familia

³ Médica Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente. Málaga

RESUMEN

Título: evaluación longitudinal de la calidad asistencial de la atención clínica en una consulta de atención primaria.

Objetivo: Evaluar la calidad en la atención clínica a pacientes con patologías crónicas adscritos a un cupo, de forma longitudinal (años 2003-2006).

Diseño: Evaluación longitudinal: Ciclo de Calidad de Palmer

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Población y muestra: Pacientes (total según criterios inclusión, años 2003-2004-2005-2006) con Diabetes Mellitus (DM) (n=156-151-145-143), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)(años 2004-2005-2006) (n=60-46-41), Riesgo Cardiovascular(RCV)(años 2005-2006) (n=316, 353), Incapacitados (n=51-61-53-53) y Ancianos frágiles(AF)(n=115-80-82-87).

Intervenciones: Evaluación interna, dimensiones: calidad científico-técnica, adecuación, ac-

cesibilidad, continuidad; datos de proceso asistencial y resultados intermedios; criterios explícitos normativos basados en la evidencia. Sujetos: Análisis de coberturas. Análisis por sexo en DM, EPOC y RCV. Análisis evolución cumplimiento: Z comparación proporciones, alfa 0.05.

Resultados: Cumplimiento criterios (por años): DM: HbA1C anual: 64%-63%-65%-74%; HbA1C<7: 59%-45,5%; fondo de ojo anual: 30%-34%-39%; Exploración pies anual: 61%-68%-77%. EPOC: Espirometría anual: 36%-34%-41%; Intervención antitabaco: 60%-57%-57%; Fumadores activos: 45%-58%-55%. RCV: Medición SCORE: 27%-34%. Incapacitados: Valoración Integral anual: 99%-98%-96%-98%. AF: Valoración Integral anual: 49%-61%-78%. Alcanzan significación estadística la mejora en la realización de HbA1C 2005-2006 (65-74%), el descenso de pacientes con HbA1C<7 2005-2006 (59%-45,5%) y el aumento en la valoración integral en ancianos frágiles 2005-2006 (61%-78%). La captación en EPOC, RCV y AF es inferior a la esperada sobre todo en mujeres, sin diferencias en el cumplimiento según el sexo de los pacientes.

Conclusiones: Deben mejorarse la captación en EPOC, RCV y AF, corrigiendo diferencias de género; la determinación del fondo de ojo y el grado de control en DM; la atención global en EPOC y la medición de RCV.

Palabras clave: Calidad Asistencial. Atención Primaria. Ciclo Evaluativo.

Correspondencia: Francisca Muñoz Cobos
Avda Moliere 25, esc-2, 5º-3.29004. Málaga
e-mail: franciscam@supercable.es
952241518. 658191853

Recibido el 22-01-2008; aceptado para publicación el 11-02-2008
Med fam Andal 2008; 2: 17-27

SUMMARY

Title: Longitudinal Evaluation of Clinical Care Quality in a Primary Care Practice.

Objective: To conduct a longitudinal study on the quality of clinical care provided to chronically ill patients assigned to a medical practice (during the period 2003-2006).

Design: Longitudinal evaluation: Palmer's Quality Cycle

Setting: An urban health care center.

Population and Sample: Patients (total according to inclusion criteria, years 2003-2004-2005-2006) with Diabetes Mellitus (DM) (n=156-151-145-143), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) (years 2004-2005-2006) (n=60-46-41), Cardiovascular Risk (CR) (years 2005-2006) (n= 316, 353), incapacitated patients (n=51-61-53-53) and fragile elderly patients (FE) (n=115-80-82-87).

Interventions: Internal evaluation, dimensions: scientific-technical quality, adequacy, accessibility, continuity of care; data related to the care process and intermediate results; explicit, evidence-based procedural criteria. Subjects: analysis of coverage. Analysis by sex in DM, COPD, and CR. Analysis on the evolution of

treatment compliance. The Z statistical test for comparing proportions, α 0.05.

Results: Compliance criteria (by year). DM: HbA1C annual, 64%-63%-65%-74%; HbA1C<7: 59%-45,5%; annual ophthalmoscopy, 30%-34%-39%; annual foot exam, 61%-68%-77%. COPD: annual spirometry, 36%-34%-41%; anti-tobacco interventions, 60%-57%-57%; active smokers, 45%-58%-55%. CR: SCORE measure: 27%-34%. Incapacitated: full annual evaluation, 99%-98%-96%-98%. FE: full annual evaluation, 49%-61%-78%. Statistical significance was reached in HbA1C 2005-2006 (65-74%), the decrease of patients with HbA1C<7 2005-2006 (59%-45.5%) and the increase in full evaluations of fragile elderly patients 2005-2006 (61%-78%). Fewer patients with COPD, CR, and FE were captured than expected, particularly among women, and there were no differences in compliance according to patients' sex.

Conclusions: The capture of patients with COPD, CR, and FE needs to be improved, correcting gender differences; ophthalmoscopic testing and degree of control in DM; integrated care in COPD and measuring CR.

Key words: Quality Assurance, Health Care, Primary Health Care, Evaluation study.



INTRODUCCIÓN

Existen múltiples abordajes de aplicación de la calidad a las intervenciones sanitarias; en el marco de atención primaria la metodología más frecuentemente aplicada son los ciclos de mejora (1), siendo necesario garantizar la calidad de los propios criterios de evaluación, sobre todo en el caso de la atención clínica, donde parece más adecuado pasar de una selección por consenso a la utilización de criterios basados en la mejor evidencia disponible (2). El fin último de las actividades de la evaluación de la calidad es mejorar la atención de los pacientes mediante la introducción de cambios en nuestro sistema de trabajo, cambios que deben ser documentados, comprobando que han tenido la consecuencia esperada y que el servicio mejoró efectivamente (3): transcurrido un periodo de tiempo y mediante un diseño similar, se reevaluará el problema para conocer el grado de mejora alcanzado. Los estudios clásicos de Ciclos de Calidad en atención primaria han sido aplicados a nivel de centro o programa, pero puede ser interesante llevar la evaluación a nivel de cupo o consulta, en un microanálisis de la actividad clínica cotidiana. Es en estas tres aportaciones (nivel de consulta, criterios basados en la evidencia científica y reevaluaciones) donde centramos nuestro estudio, cuyo objetivo es evaluar la calidad de la atención clínica prestada a los pacientes con Diabetes Mellitus, EPOC, Riesgo Cardiovascular, Ancianos Frágiles o Incapacitados adscritos a un cupo de medicina de familia, de forma longitudinal (años 2003-2006) .

METODOLOGÍA

DISEÑO: Estudio descriptivo longitudinal. Evaluaciones anuales entre 2003 y 2006. Metodología de Ciclo de Calidad de Palmer.

SUJETOS: El cupo evaluado se forma en febrero 2003 (1500 pacientes inicialmente adscritos, 1700 en 2006), con alto número de personas mayores de 65 años (356, 2004; 287, 2006). La atención en medicina de familia consiste en consultas demanda diarias (citas cada 5 minutos 2 días/semana y cada 7 minutos 3 días) y 3 horas/semana para atención domiciliaria. La atención de enfermería se organiza en consulta diaria personalizada y módulo diario de atención domiciliaria.

Para la evaluación de calidad se han seleccionado los pacientes adscritos al cupo con patologías crónicas prevalentes, ancianos frágiles y pacientes incapacitados. Se analizan todos los pacientes con criterios de inclusión (Tabla 1). La fuente de datos es la historia clínica informatizada.

CRITERIOS:

La metodología del estudio se define en la ficha técnica (Tabla 2)(1)(4). La selección de criterios se basa en la mejor evidencia disponible (Tabla 3):

Diabetes Mellitus:

- Los pacientes diabéticos tendrán realizada al menos una determinación de HbA1C anual.
- Las cifras de HbA1C deben ser menores al 7%

La hemoglobina glicosilada (HbA1c) constituye el mejor parámetro de control al correlacionar con la aparición de complicaciones micro y macrovasculares. En el Proceso Asistencial de Diabetes (5) se considera admisible al menos una determinación anual, si bien se recomienda su realización semestral. Los beneficios del tratamiento intensivo se obtienen con valores de HbA1c medios próximos al 7%. La Guía del Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS)(6) propone como objetivo una HbA1c inferior al 7%.

- Todos los pacientes diabéticos deben tener al menos una exploración oftalmológica anual (5) (7).
- *Todos los pacientes diabéticos deben tener al menos una revisión anual de los pies*

La exploración del pie diabético incluye la inspección, el test del monofilamento, y la palpación de pulsos periféricos. La periodicidad propuesta es variable según el riesgo (7) y como mínimo anual (5).

EPOC:

- Los pacientes con EPOC deben ser valorados mediante espirometría anual

La espirometría es la técnica adecuada para el diagnóstico del EPOC y su clasificación de gra-

edad (8). Al ser una enfermedad progresiva, el seguimiento de los pacientes debe basarse en la evaluación periódica, mediante la realización de una espirometría anual (9).

- Los pacientes EPOC fumadores deben abandonar el hábito tabáquico.

- Los pacientes EPOC fumadores deben recibir consejo antitabaco

El único factor que modifica la progresión de la enfermedad es el abandono del hábito tabáquico y la intervención sobre el tabaquismo es el componente más importante del tratamiento (10). La eficacia del consejo antitabaco en atención primaria está bien establecida (11).

Riesgo cardiovascular.

- *En los pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular deben valorarse el riesgo de padecer eventos cardiovasculares de forma anual.*

La intervención sobre el riesgo cardiovascular (RCV) es una actividad preventiva de primer orden en atención primaria dada la elevada prevalencia de factores de riesgo y por constituir la principal causa de mortalidad en nuestro medio. La estratificación del RCV permite identificar las personas sobre las que actuar de forma más enérgica y debe realizarse a todas las personas que presentan al menos un factor de riesgo (12).

Las tablas de SCORE (13) establecen el riesgo de muerte cardiovascular, considerando un riesgo del 5% de mortalidad como umbral del riesgo elevado. Su uso es recomendado por las sociedades europeas (14) y el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de Salud (PAPPS) (15). Todos los pacientes con enfermedad cardiovascular se consideran de riesgo alto, así como los pacientes con diabetes tipo 2, si bien esto último es un aspecto controvertido.

Pacientes incapacitados.

- Los pacientes incapacitados tendrán realizada al menos una valoración funcional anual

Aunque la efectividad de la visita domiciliaria no está claramente establecida (16), la OMS encuentra disminución de la mortalidad en los ancianos más jóvenes, con menor deterioro y reducción de la institucionalización, en relación

con el número de visitas (discutido en otros estudios) (17) y la realización de la Valoración Integral.

-Ancianos frágiles:

- *Los ancianos frágiles tendrán realizada al menos una valoración funcional anual.*

La determinación de la fragilidad se puede realizar mediante la aplicación de criterios con evidencia predictiva de deterioro: mayor de 80 años, hospitalización reciente, enfermedades potencialmente incapacitantes, deterioro cognitivo, deficiente apoyo social: vivir solo, viudedad reciente, carencia o malas relaciones familiares.

La valoración funcional se basa en el uso de escalas cuyas ventajas fundamentales son la estandarización y cuantificación. Para evaluar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) utilizamos el Índice de Barthel(18). Aunque no hay suficiente evidencia acerca de la efectividad de la Valoración Integral para recomendar su práctica sistemática en el medio comunitario (19), se orienta su uso prioritario en ancianos frágiles(20).

ANÁLISIS DE LOS DATOS: El cumplimiento de criterios se presenta en porcentaje y su intervalo de confianza al 95%. Para la valoración de la mejora en el cumplimiento se utiliza la Z de comparación de proporciones. Para la comparación de grupos se utiliza la Chi² en variables cualitativas y la prueba de la t para muestras independientes en variables cuantitativas. Se utiliza el programa SPSS 12.0. El nivel de significación es 0.05.

RESULTADOS

El cumplimiento de criterios se resume en la Tabla 4.

La frecuencia de pacientes diabéticos respecto al total de pacientes adscritos es (2003-2006): 9,4%, 9,07% 8,46% y 7,9% respectivamente. En el primer año se evaluó sólo la realización de HbA1C, y en 2004 no se incluyó el criterio de HbA1C<7, aplicándose los tres criterios en 2005 y 2006 (Figura 1). Las determinaciones medias de HbA1C fueron respectivamente (2004-2005-2006): 7,31, 7,11 (mediana 6,8) y 7,61. La exploración de pies fue normal en el 46%, 40% y 36,76% de los totales diabéticos y patológicos en el 15,2, 21,37% y 20,58%. El fondo de ojo fue

normal en el 30%, 28,96% y 36,76% y existen diferentes grados de retinopatía diabética en el 0,6%, 1,3% y 2,2%. En 2005 y 2006 se realizó análisis por sexo: varones 59,8%-60,1%, mujeres 40,2%-39,9%. Las medias de HbA1C son de 7,08-7,47 para varones y 7,82-7,16 en mujeres. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el cumplimiento de criterios en ambos grupos.

Los pacientes EPOC se evalúan desde 2004. La gráfica 2 muestra el cumplimiento de criterios entre 2004 y 2006. Representan el 3,6%, 2,6% y 2,4% de pacientes del cupo. La media de FEV1 en los pacientes en los que se realizó (2004-2005-2006) fue respectivamente 63%, 64% y 68, 82%. En 2005-2006 la mediana del FEV1 fue 60 y 7. Existe un 15,38%-23,5% de pacientes con FEV1 > 80%. No consta en la historia clínica la condición de fumador en el 5,26% de casos en 2005, habiéndose registrado el hábito en el 89% de varones y 75% de mujeres. En 2006 sólo no se recoge este dato en 1 paciente (2,6%). En el año 2005 y 2006 se evaluaron los criterios por sexo: 89,4%-90,2% varones y 10,4%-9,8% mujeres, sin encontrarse diferencias significativas en el cumplimiento.

La valoración de pacientes con RCV se introdujo en 2005, representando el 18,43% en 2005 y 20,6% en 2006 sobre el total de pacientes del cupo. En 2005-2006 la distribución por sexos de la muestra es 60,1%-56,4% varones y 39,9%-56,4% mujeres. La media de edad es mayor para las mujeres (63 años frente a 57). Los factores de riesgo cardiovascular encontrados son (V, M): hipertensión arterial 63,6%, 56,77%; dislipemia 45%, 42%; diabetes mellitus 34,34%, 23,88%; y tabaquismo 20%, 10,9%, siendo estadísticamente significativas las diferencias por sexo en estos dos últimos factores. El riesgo es alto (2005-2006) en el 41,5%-23,3% de pacientes (25% y 8% en mujeres; 53%, 38% en varones) siendo esta tendencia descendente estadísticamente significativa en la muestra global (p 0.0025) y en mujeres (p 0.03), y estando en el límite de significación en varones (p 0.057). No se encuentran diferencias significativas en la realización del SCORE según el sexo.

En pacientes incapacitados, el número medio de visitas médicas/paciente/año (2003-2006) es 1,78, 2,14, 2,6 y 2,79. En 2004 el 34% tenían una visita médica anual y el 65,6% fueron reevaluados (> 2 visitas), siendo estos porcenta-

jes del 15% y 83% en 2006. En 2005 la media del Barthel fue 58.

En ancianos frágiles, el cumplimiento en 2004 se refiere a pacientes valorados entre 2003 y 2004 (porcentaje de cumplimiento acumulado). En 2005 la media del Índice de Barthel fue 88. El ascenso en la realización de la Valoración Integral entre 2005 (60.9%) y 2006 (78,1%) es estadísticamente significativo (p<0.01).

DISCUSIÓN

La cobertura de pacientes diabéticos se aproxima a la prevalencia poblacional esperada (21). La realización de la HbA1C es claramente mejorable e inferior a otros estudios en atención primaria (22), si bien está en ascenso, acercándose en 2006 al 75% de pacientes, mejoría significativa atribuible a la realización de consultas programadas a pacientes diabéticos por parte dos médicas residentes lo que también puede favorecer el discreto aumento no significativo en la realización de la exploración de pies y del fondo de ojo. Los valores de HbA1c encontrados son superiores a los presentados en otros estudios de calidad asistencial (22) (23), con tendencia descendente del porcentaje de pacientes bien controlados, que puede deberse a la revisión priorizada de pacientes peor controlados, como medida correctora tras las evaluaciones previas.

La realización de la exploración de pies es superior a otros estudios en primaria (22) (23) y con mayor grado de alteración (23) (24), que puede deberse a un peor estado de nuestros pacientes y/o a diferentes criterios de clasificación. La presencia de retinopatía diabética es muy inferior a la encontrada en otros trabajos (25) (26) si bien hay que considerar la baja realización del fondo de ojo. Se constata mayor captación de varones diabéticos, no concordante con el perfil de estos pacientes en atención primaria (23) (25), que puede indicar un sesgo de género en la captación, no manifiesto en el cumplimiento de los criterios de calidad.

La captación de pacientes EPOC está muy por debajo de la prevalencia esperada (27). La realización del FEV1 es baja e inferior a la encontrada en atención primaria (47%)(28) (58%)(29) si bien incluimos la periodicidad anual como

condición. Nuestra media del FEV1 es alta: captamos pocos pacientes, realizamos pocas espirometrías y a pacientes normales o en estadios leves. Existe un grupo amplio de pacientes con espirometría normal en los que habría que revisar la adecuación del diagnóstico.

El porcentaje de EPOC fumadores activos es muy alto, si comparamos con otros estudios (20-25%(30), 35%(31)) aunque incluyen pacientes de mayor gravedad (media FEV1 50%). La frecuencia de tabaquismo en nuestros EPOC es mantenida, incluso con cierta tendencia creciente. Las intervenciones realizadas se han basado en la información y consejo en consulta y derivación a intervención.

La diferencia por sexos (V:M=8-9:1) es muy superior a la real (4:1) mostrando un sesgo de género en la captación, sin tendencia a la corrección en el tiempo de estudio. Este aspecto es relevante considerando el aumento en la prevalencia del tabaquismo en mujeres y el mayor efecto del tabaco en el descenso de la capacidad pulmonar en ellas (32). Aunque no hay diferencias en el cumplimiento de criterios por sexo, tampoco puede descartarse debido al bajo número de mujeres incluidas.

La mejora de la atención a EPOC debe enfocarse a la captación, considerando especialmente a las mujeres fumadoras, y a la mejora del diagnóstico y seguimiento mediante la realización de espirometría anual y la intervención antitabaco activa e individualizada.

La cobertura de captación de pacientes con RCV es bastante baja en comparación con la prevalencia real de los FRCV y con la frecuencia estimada con que se presentan en la población consultante (31% de los pacientes de 35 a 65 años)(33). El porcentaje de pacientes de RCV alto (41,5%-2005; 23,3% 2006) es muy superior al encontrado en otro estudio (9,2% SCORE > 5%) que utiliza el mismo instrumento, si bien no incluyen pacientes diabéticos ni con enfermedad cardiovascular como en nuestra muestra; también encuentran similares diferencias por sexo en la frecuencia de alto RCV(34). El descenso del porcentaje de pacientes de RCV alto entre 2005 y 2006, puede relacionarse con una priorización inicial del cálculo de riesgo en pacientes de riesgo alto; progresivamente se aumenta la captación y se incluyen pacientes de bajo RCV.

Las intervenciones deben orientarse a la captación de población con RCV prioritariamente a los de mayor riesgo. Habría que incluir en próximas evaluaciones criterios de calidad de intervenciones en prevención secundaria.

La captación de pacientes incapacitados es acorde con la prevalencia esperada (15% de mayores de 65 años). La media de visitas/paciente/año aumenta y están valorados la gran mayoría de forma estable en los últimos tres años. El número de visitas se ajusta a la media general (2-4 visitas médicas/año); si comparamos con un estudio previo (35) realizado sobre una muestra del total de pacientes incapacitados del centro, se aprecia un ligeramente mayor número de visitas en los últimos años de evaluación y mayor realización de la Valoración Integral.

El porcentaje de ancianos en riesgo captados (en 2004 22%; en 2006 30,3%) está por debajo de la prevalencia esperada (36). El ascenso significativo en la valoración entre 2005 y 2006 puede deberse al trabajo de dos residentes en el cupo y a la expansión de la valoración integral de los ancianos por parte de enfermería.

En una valoración global del proceso de evaluación y su evolución temporal observamos la existencia de tendencias a la estabilización en el cumplimiento de criterios con "techos" difíciles de romper. Tras cada evaluación se pusieron en marcha medidas correctoras de carácter formativo y organizativos, que no parecen provocar mejoras significativas y las escasas que se han producido parecen deberse más a aumento de los recursos, lo que habrá de comprobarse en sucesivas evaluaciones. Las medidas correctoras que proponemos tras esta visión longitudinal aparecen en la tabla 5.

Los principales sesgos de nuestro estudio son: presentar una visión microscópica de la calidad al referirse a un solo cupo, con escasa validez externa, pero con la ventaja de referirse a la realidad de la forma de trabajo cotidiana de los profesionales; problemas de registro en la historia clínica informatizada; falta de inclusión de criterios relevantes (realización de microalbuminuria) y escaso tamaño de algunos grupos de pacientes.

Las conclusiones principales de nuestra evaluación serían la constatación de la necesidad de mejorar la captación de pacientes EPOC y de RCV, priorizando las intervenciones a los EPOC fumadores y a los pacientes de alto RCV, así como a mejorar el grado de control de los pacientes diabéticos y la realización del cribado de retinopatía diabética.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Palmer H. Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. Práctica y Principios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
- 2- Conde JL. Evaluación de Tecnologías Médicas Basada en la Evidencia. Manuscritos de la AETES. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2002.
- 3- Louro A, Pita S. Completar el ciclo. Documentación de la mejora conseguida y cursos de acción consiguientes. En: Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P, editores. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo II. Madrid: Dupont Pharma; 1997. p. 221-248.
- 4- Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica: Diseño de Proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
- 5- Consejería De Salud. Diabetes Mellitus tipo 2: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2002.
- 6- Grupo de para el Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (GEDAPS). Atención primaria y diabetes mellitus tipo 2 en España. Un programa de mejora continua de la calidad asistencial. Educación Diabetológica Profesional. 2005; 1: 29-33.
- 7- American Diabetes Association. Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. Clinical Practice Recommendations. Diabetes Care. 2004; 27 Supl 1:15-35.
- 8- Conferencia de Consenso sobre Enfermedad Pulmonar Obstrucciona Crónica. Documento de consenso. Arch Bronconeumol. 2003; 39 Supl 3:1-47.
- 9- Consejería de Salud.. Enfermedad pulmonar obstrucciona crónica: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2002.
- 10- Álvarez - Salas JL, Cimas E, Molina J, Naberan K, Simonet P, Masa JF et al. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstrucciona. Aten Primaria. 2001; 28: 491-500.
- 11- Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005. Número 3. Oxford: Update Software; 2005.
- 12- Lobos JM. Valoración y enfoque global del riesgo cardiovascular. En: Toquero F, Zarco J, editores. Guía de Buena Práctica en Prevención del riesgo Cardiovascular. Madrid: IM&C SA; 2007. p. 45-61.
- 13- Conroy RM, Pöyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J. 2003; 24: 987-1003.
- 14- De Baker G, Ambrosioni E, Broch-Jonsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J et al. Executive summary. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2003; 24: 1601-10.
- 15- Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Banegas JJ, Lorenzo J, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares en atención primaria. PAPPS. Aten Primaria. 2005;36 Supl 2:11-26.
- 16- Mottram P, Pitkala K, Lee C. Institutional versus at-home long care for functionally dependent older people (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Updated Software.
- 17- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carboni P. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. BMJ. 1998; 316:1348-51.
- 18- Batzán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración.

ción funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 1993; 28:32-40.

19- Gil de Gómez MJ, Ramalle-Gómara E. Efectividad de la valoración geriátrica comprensiva en atención primaria. *Aten Primaria*. 2003; 32: 92-100.

20- Litago C, Martín I, Luque A, De Alba C; Baena JM, De Hoyos MC, Gorroñoitía A. Actividades preventivas en los mayores. Recomendaciones PAPPs. *Aten Primaria*. 2005; 36 Supl 2:93-101.

21- Rodríguez B, Sanchís C, García F, Divisón JA, Artigao LM, López J, Naharro F, Puras A. Prevalencia de diabetes mellitus y asociación con otros factores de riesgo cardiovascular en la provincia de Albacete. *Aten Primaria*. 2000; 25: 166-71.

22- Carral F, Ballesta MJ, Aguilar M, Ortego J, Torres I, García A et al. Evaluación de la calidad asistencial en pacientes con diabetes tipo 2 del Área Sanitaria Cádiz-San Fernando. *Avances en Diabetología*. 2005; 21: 52-57.

23- Benítez de la Corte VM, Moreno MA, Manzano A, Gómez VD, Lahoz B, Barros C. Impacto tras la aplicación del proceso de diabetes mellitus en la calidad de la Atención al Paciente diabético tipo 2 del Centro de Salud La Granja. *Med fam Andal*. 2005; 2: 32-40.

24- Cabezas J. The prevalence of clinical diabetic polyneuropathy in Spain: a study in primary care and hospital clinic groups. *Neuropathy Spanish Study Group of the Spanish Diabetes Society (SDS)*. *Diabetología*. 1998; 41: 1263-9.

25- Gallego RJ. Calidad de la asistencia al paciente con diabetes mellitus tipo II en el ámbito de una consulta de Atención Primaria. *Avances en Diabetología*. 2002; 18: 84-93.

26- Asumí M, Espinás J, Barragán B, Valencia B. Servicio de cribado ocular de atención primaria de Osona (Barcelona). Resultados (2002-2005). *Aten Primaria*. 2007; 39: 449.

27- Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, Fernández-Fau L y Villasante C. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habitua-

les y de limitación crónica al flujo aéreo. *Arch Bronconeumol*. 1999; 35: 159-166.

28- Miravittles M, Murio C, Guerrero T, Segú JL. Tratamiento de la bronquitis crónica y la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 1999; 35: 173-178

29- Miravittles M, de la Roza C, Naberan K, Lamban M, Gobartt E, Martín A. Use of spirometry and patterns of prescribing in COPD in primary care. *Respir Med*. 2007; 101: 1753-60.

30- Miravittles M, Guerrero T, Mayordomo C, Sánchez-Agudo L, Nicolau F, Segú JL. Factors associated with increased risk of exacerbation and hospital admission in a cohort of ambulatory COPD patients: a multiple logistic regression analysis. The EOLO Study Group. *Respiration*. 2000; 67: 495-501.

31- Viejo-Bañuelos JL, Pueyo-Bastida A, Fueyo-Rodríguez A. Characteristics of outpatients with COPD in daily practice: The E4 Spanish project. *Respir Med*. 2006; 100: 2137-43.

32- Chapman KR, Tashkin DP, Pye DJ. Gender Bias in the diagnosis of COPD. *Chest*. 2001; 119: 1691-5.

33- Maiques A, Morales MM, Franch M, Alfonso MD, Moreno-Manzanaro P, García JM. Cálculo del riesgo coronario de los pacientes incluidos en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. *Aten Primaria*. 1995; 15: 86-92.

34- Buitrago F, Cañón-Barroso L, Díaz-Herrera N, Cruces-Muro E, Escobar-Fernández M y Serrano-Arias JM. Comparación de las tablas REGICOR y SCORE para la clasificación del riesgo cardiovascular y la identificación de pacientes candidatos a tratamiento hipolipemiente o antihipertensivo *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60: 139-47.

35- Díaz-Cordovés M, Ortiz MD, Ruiz JM, Blancas MI, Torrejón F, Zambrana R. Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados. *Med fam Andal*. 2005; 6: 153-160.

36- Cortés JA, Méndez-Bonito E, Koutsurais R, Utrilla J, Macías J, Casado MA, Rozas Z. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria? *Aten. Primaria*. 1996; 18:327-30.

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión.

| PATOLOGÍA | CRITERIOS INCLUSIÓN | CRITERIOS EXCLUSIÓN |
|-------------------|---|---|
| Diabetes mellitus | Pacientes incluidos en el programa de Diabetes Mellitus tipo 2 en la historia clínica informatizada en los años 2003, 2004, 2005 y/o 2006. | <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes fallecidos y trasladados cuyas historias clínicas se mantienen activas por error. • Pacientes desplazados de otra zona básica de salud. • Pacientes en control exclusivo en otro nivel asistencial (endocrinología o Medicina Interna). • Incapacitados incluidos en el programa de atención domiciliaria. • Pacientes en situación terminal. |
| EPOC | Pacientes incluidos en el programa de EPOC en la historia clínica informatizada en los años 2004, 2005 y/o 2006. | <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes fallecidos y trasladados cuyas historias clínicas se mantienen activas por error. • Pacientes desplazados de otra zona básica de salud. • Incapacitados incluidos en el programa de atención domiciliaria. • Pacientes en situación terminal. |
| RCV | Pacientes incluidos en el programa de RCV (por enfermedad cardiovascular o factores de riesgo: Diabetes mellitus y/o Hipertensión arterial y/o Dislipemia y/o Tabaquismo) en los años 2005 y 2006. | <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes fallecidos y trasladados cuyas historias clínicas se mantienen activas por error. • Pacientes desplazados de otra zona básica de salud. • Incapacitados incluidos en el programa de atención domiciliaria. • Pacientes en situación terminal. |
| Incapacitados | Pacientes incluidos en el programa de incapacitados en 2003, 2004, 2005 y 2006. Se incluyen los pacientes que padecen determinadas patologías que impiden desplazarse al centro de salud en demanda de servicios. | <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes fallecidos y trasladados con historia clínica activa por error. • Institucionalizados: seguidos por la Unidad de Residencias. |
| Ancianos frágiles | Pacientes incluidos en el programa de Ancianos en Riesgo en los años 2003-2006. Determina la condición de fragilidad la existencia de al menos 1 criterio | <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes fallecidos y trasladados cuyas historias clínicas se mantienen activas por error. • Incapacitados incluidos en el programa de atención domiciliaria. • Institucionalizados seguidos por el equipo del centro de salud sino por la Unidad de Residencias. |

Tabla 5: Propuestas de mejora

| Propuesta | Dimensiones |
|--|--|
| Ampliar el tiempo por paciente a 7 –10 minutos en mayor número de consultas. | Calidad científico-técnica |
| Priorizar las intervenciones en los pacientes de mayor riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - ECV - Alto RCV - DM no controlada y/o complicaciones - EPOC fumadores | Adecuación Calidad científico técnica |
| Proponer activamente la revisión de pacientes nunca revisados | Accesibilidad |
| Realización de espirometría en fumadores de >10 paq.año | Calidad científico-técnica |
| Intervención antibaco individualizada en pacientes EPOC fumadores | Adecuación Calidad científico-técnica |
| Disponer de algún módulo de consulta programada. | Calidad científico técnica |
| Establecer medidas corrección sesgo de género | Adecuación |
| Mejorar la realización del FO utilizando el circuito específico de derivación. | |
| Establecer planes de cuidados comunes con enfermería: reunión semanal establecida en tiempo | Coordinación |
| Mejorar la evaluación de calidad: <ul style="list-style-type: none"> - Prevención secundaria CV: uso de AAS. - Evaluación de la realización semestral de la Hba1C y de la microalbuminuria. - Evaluación de los criterios por sexo. - Monitorizar atención a incapacitados. - Estudio de los pacientes no evaluados | |

Tabla 2: Ficha técnica del estudio.

| | |
|-----------------------------------|--|
| DIMENSIONES | Calidad científico-técnica Adecuación Accesibilidad Continuidad |
| SUJETOS | - Pacientes incluidos en programa de DM2. - Pacientes incluidos en programa de EPOC. - Pacientes registrados como Ancianos Frágiles. - Pacientes incluidos en programa de Incapacitados. - Pacientes incluidos en programa de RCV. Para cada grupo se toma el total de pacientes según criterios de inclusión/exclusión. Cada paciente puede ser evaluado en varios grupos según sus patologías (reemplazamiento). |
| PROFESIONALES EVALUADOS | Médica de familia, enfermera, enfermera comunitaria enlace, trabajadora social, médicas residentes de MFyC |
| TIPO DE DATOS | Proceso asistencial Resultados intermedios: HbA1C, abandono hábito tabáquico. |
| TIPO DE REVISIÓN | Interna |
| RELACION TEMPORAL ACCION EVALUADA | Longitudinal Retrospectiva. Evaluaciones anuales 2003-2006 (tiempos de seguimiento diferentes según grupos de pacientes) |
| FUENTE DE DATOS | Historia clínica informatizada (TASS 2003-2005, DIRAYA 2005-2007) |
| CRITERIOS | Explicitos y normativos |

Tabla 3: Criterios de evaluación.

| DEFINICIÓN DEL CRITERIO | EXCEPCIONES | ACLARACIONES | DIMENSIONES/ TIPO DATOS | FORMATO | EVIDENCIA |
|--|--|--|--|--|-------------------------------------|
| Los pacientes diabéticos tendrán realizada al menos una determinación de HbA1C anual | No se aplica el criterio a pacientes con criterios exclusión | Debe constar en la historia clínica la cifra de HbA1c. No se considera cumplimiento la solicitud de analítica. Si hay varias determinaciones se toma la concordante con exploración de pies | Accesibilidad/ Calidad científico técnica Proceso | Nº pac D con al menos 1 HbA1C/Total pacientes diabéticos-Excepciones | IV (Consensos) |
| Las cifras de HbA1C deben ser menores al 7% | Idem | Debe registrarse la cifra de HbA1c. No se considera cumplimiento la solicitud de analítica | Calidad científico-técnica Resultados intermedios | Nº pacientes con HbA1c<7%/ Nº pacientes con determinación anual | II (Ensayos clínicos aleatorizados) |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| <p>Todos los pacientes diabéticos deben tener al menos una revisión anual de los pies</p> | <p>Idem Amputados</p> | <p>Constancia en la historia clínica de los resultados de la exploración de pies.</p> | <p>Calidad científico-técnica. Proceso</p> | <p>Nº pacientes con al menos una exploración anual de pies/ total de pacientes diabéticos-Excepciones</p> | <p>Revisiones Sistemáticas</p> |
| <p>Todos los pacientes diabéticos deben tener al menos una exploración oftalmológica anual</p> | <p>Idem</p> | <p>Registro de no retinopatía, retinopatía diabética o fondo de ojo normal. No se considerará cumplimiento la solicitud de revisión oftalmológica</p> | <p>Calidad científico-técnica Accesibilidad Coordinación interniveles Proceso</p> | <p>Nº pacientes con al menos una exploración anual de la retina / total de pacientes diabéticos-Excepciones</p> | <p>II(Ensayos clínicos aleatorizados)</p> |
| <p>Los pacientes con EPOC deben ser valorados mediante espirometría anual</p> | <p>Se aplica a todos los pacientes EPOC excepto con criterios de exclusión. Laringectomizados u otra causa anatómica o funcional que impida la realización de espirometría.</p> | <p>Registro en la historia clínica del resultado de la espirometría. No se considera cumplido el criterio si consta sólo la solicitud o realización de la prueba.</p> | <p>Calidad científico-técnica. Accesibilidad. Adecuación (diagnóstico, estadiaje) Proceso</p> | <p>Nº pacientes EPOC con espirometría anual/Total de pacientes EPOC sin criterios de exclusión</p> | <p>Consenso expertos</p> |
| <p>Los pacientes EPOC fumadores deben abandonar el hábito tabáquico.</p> | <p>Se aplica a todos los pacientes sin criterios de exclusión</p> | <p>Constancia en la historia clínica del abandono del hábito de fumar autodeclarado por el paciente, en cualquier forma de registro. No se considera la reducción del consumo.</p> | <p>Calidad científico-técnica. Resultados</p> | <p>Nº pacientes EPOC fumadores/Total EPOC</p> | <p>Revisiones sitemáticas</p> |
| <p>Los pacientes EPOC fumadores deben recibir consejo antitabaco</p> | <p>Idem</p> | <p>Constancia en la historia clínica de la realización de consejo antitabaco mediante cualquier tipo de intervención (mínima-avanzada-derivación a grupos).</p> | <p>Calidad científico-técnica Proceso</p> | <p>Nº pacientes EPOC fumadores que reciben consejo/Nº EPOC fumadores</p> | <p>Revisiones sistemáticas</p> |
| <p>En los pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular deben valorarse el riesgo de padecer eventos cardiovasculares de forma anual</p> | | <p>Constancia en la historia clínica de la evaluación del RCV mediante aplicación de tablas SCORE y clasificación del paciente en el grupo de bajo (<5%) o alto (>5%) riesgo. Los pacientes diabéticos y/o con enfermedad cardiovascular se consideran de riesgo alto.</p> | <p>Calidad científico-técnica Proceso</p> | <p>No pacientes de RCV con valoración SCORE/Nº pacientes con RCV</p> | <p>Consenso expertos</p> |
| <p>Los pacientes incapacitados tendrán realizada al menos una valoración funcional anual</p> | <p>Idem</p> | <p>Registro en la historia clínica de la realización de valoración funcional en domicilio mediante utilización de escalas: imprescindible Barthel, deseables Lawton, Pfeiffer y adicionales Yesavage, MEC, TIN. Implica la realización de al menos una visita domiciliaria anual.</p> | <p>Calidad científico-técnica Continuidad Proceso</p> | <p>Nº pacientes incapacitados con al menos 1 valoración funcional anual/total inmovilizados</p> | <p>Revisiones Sistemáticas sin evidencia definitiva</p> |
| <p>Los ancianos frágiles tendrán realizada al menos una valoración funcional anual</p> | <p>No se aplica el criterio a pacientes con criterios de exclusión</p> | <p>Registro en la historia clínica de la realización de valoración funcional en consulta o domicilio mediante utilización de escalas: imprescindible Barthel, deseables Lawton, Pfeiffer y adicionales (Yesavage, MEC, TIN, Norton)</p> | <p>Científico-Técnica Continuidad Proceso</p> | <p>Nº ancianos frágiles con al menos 1 valoración funcional anual/total ancianos frágiles</p> | <p>Revisiones Sistemáticas sin evidencia definitiva Consenso expertos (PAPPS)</p> |

Tabla 4: Cumplimiento de los criterios de calidad.

| PACIENTES | CRITERIOS | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|--|---|
| DM | | n= 156 | n=151 | n=145 | n=143 |
| | Realización HbA1C | 64.4% (56,6-71,6) | 63.6% (55,9-71,25) | 65,38% (57,8-73,2) 57,6% V 61,4% M | 74,26% ^a (66,9-81,3) 68,24% V 75,44% M |
| | HbA1C<7 | -- | -- | 58,82% (50,6-66,6) | 45,5% (37,3-53,6) ^a |
| | Exploración pies | -- | 61,5% (53,8-69,3) | 68,5% (60,7-78,85) 63,5% V 59,6% M | 77,2% (70,1-83,8) 70,59% V 78,95% M |
| | Realización FO | -- | 30,4% (23,1-37,8) | 33,8% (26,1-41,5) 34% V 54,4% M | 38,97% (31,1-47,2) 40% V 33,33% M |
| EPOC | | -- | n=60 | n=46 | n=41 |
| | Realización FEV1 anual | -- | 36% (12,1-22,9) | 34,2% (21,1-48,5) 32,43% V, 25% M | 41,5% (26,4-56,5) 40,54% V 25% M |
| | Fumadores activos | -- | 45% (32,4-57,6) | 58% (44,5-72,9) 51,35% V 50% M | 55,3% (40,9-71,3) 51,3% V 50% M |
| | Intervención antitabaco | -- | 60% (47,6-72,4) | 57% (42,2-70,8) 55% V 50% M | 57,1% (43,4-73,6) 52,6% V 100% M |
| RCV | | -- | -- | n=316 | n=353 |
| | Valoración SCORE | -- | -- | 31,1% (25,9-36,1) 26,77% V 23,3% M | 34,3% (29,3-39,2) 29,3% V 37,42% M |
| INCAPACITADOS | | n=51 | n=61 | n=53 | n=53 |
| | Valoración Integral | 99% (94,2-100) | 98,38% (95,2-100) | 96,72% (91,1-100) | 98,11% (94,4-100) |
| ANCIANO EN RIESGO | | n=115 | n=80 | n=82 | n=87 |
| | Valoración Integral | 48,8% (39,5-57,8) | 71,3% (61,3-81,2) | 60,9% (50,4-71,5) | 78,16% ^a (69,5-86,8) |

Figura 1. Gráfica en estrella del cumplimiento de criterios de calidad en pacientes diabéticos.

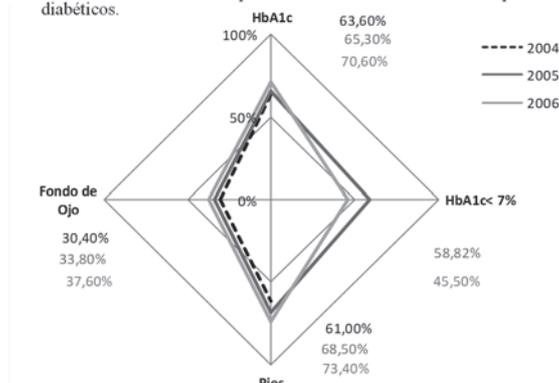
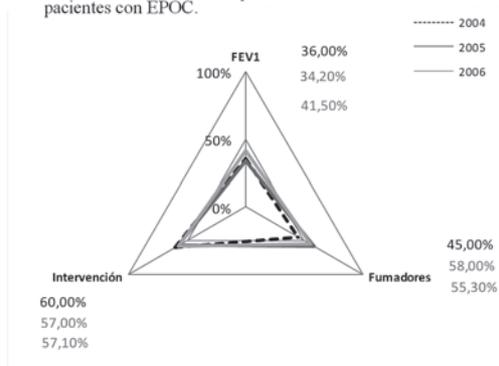


Figura 2. Gráfica en estrella del cumplimiento de criterio de calidad en pacientes con EPOC.



ORIGINAL

Diagnóstico y tratamiento en el retardo del desarrollo del lenguaje en el Área VII. Una experiencia

Rocha Vázquez M¹, Lima Navarro V²

¹ Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba

² Especialista de primer grado en Medicina General Integral

RESUMEN

Título: Diagnóstico y Tratamiento del Retardo del Desarrollo del Lenguaje en el Área VII. Una experiencia.

Objetivo: Detectar Retardo del Desarrollo del Lenguaje en niños menores de 3 años y realizar intervención según programa de Isidoro Candel.

Diseño: Intervención cuasi-experimental antes y después.

Emplazamiento: Área VII del municipio de Cienfuegos.

Población y muestra: 72 niños diagnosticados con Retardo del Lenguaje.

Intervenciones: Se aplicó la prueba de Pesquisaje de Desarrollo del Lenguaje a un total de 362 niños obteniéndose que 72 de ellos presentaban Retardo del Lenguaje, los mismos fueron sometidos al Programa de Intervención de Isidoro Candel, siendo evaluados a los 3 y 6 meses de tratamiento.

Resultados: El Retardo del Desarrollo del Lenguaje se presentó en el 19,9 % de los niños estudiados, siendo la más afectada el área Auditivo- Expresivo. El 68% de los niños evolucionó favorablemente con la intervención aplicada. De forma general el Retardo del Lenguaje fue más frecuente de 13 a 24 meses, en niños no institucionalizados y primogénitos, lo cual resultó estadísticamente significativo. Con el programa de intervención aplicado evolucionaron mejor las niñas, los institucionalizados y no primogénitos, lo cual también fue estadísticamente significativo.

Conclusiones: El Retardo del Desarrollo del Lenguaje resultó relativamente frecuente en los niños estudiados y el programa de intervención aplicado mostró ser efectivo por lo que puede ser una alternativa más a utilizar en la Atención Primaria de Salud para mejorar la calidad de vida de la población infantil.

Palabras clave: Retardo de Lenguaje, Intervención.

SUMMARY

Title: Area VII's Experience in the Diagnosis and Treatment of Delayed Language Development

Objective: Detect delayed language development in children under the age of three and carry out an intervention based on Isidoro Candel's program.

Design: A quasi-experimental before/after intervention.

Setting: Area VII in the Municipality of Cienfuegos.

Population and Sample: 72 children diagnosed with delayed language development.

Interventions: A screening test for delayed language development was performed on a total of 362 children. It revealed that 72 of them suffered from delayed language development. These children then participated in Isidoro Candel's intervention program and were evaluated following three and six months of treatment.

Results: 19.9% of the children had delayed language development, the most affected area being auditory-expressive. 68% of the children evolved positively following the intervention's application. Overall, delayed language development was more frequent in children between 13 and 24 months of age, non-institutionalized children, and firstborns, which was statistically significant. Following the intervention program's application, progress was better among girls, institutionalized children and non-firstborns, also statistically significant.

Conclusions: Delays in language development were relatively frequent in the children studied and the intervention program's application proved to be effective, thus it could be another alternative for use in primary health care to improve the infant population's quality of life

Key words: Delayed language development. Intervention.

Correspondencia: Mabel Rocha Vázquez
Edificio 19, apto. 1601, Pastorita, Cienfuegos (Cuba)
Código Postal: 55100
Tlfs.: 524356 y 511549
e-mail: mrv@jagua.cfg.sld.cu

Recibido el 17-04-2006; aceptado para publicación el 05-11-2007
Med fam Andal, 2; 2: 29-34

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista ontogenético el lenguaje se desarrolla a través de una serie de etapas sucesivas, que constituyen un complejo proceso sociofisiológico ¹⁻³.

Los primeros años de vida del niño están llenos de hitos cruciales y de hazañas decisivas, pero tal vez el acontecimiento singular más celebrado es la producción de las primeras palabras², lo cual es vigilado tanto por los padres como por los educadores, como un exponente de su total maduración cognitiva y social ⁴⁻⁵.

Hoy se sabe que parte de las patologías que pueden sufrir los niños tienen un mejor pronóstico si con anterioridad se hace un diagnóstico precoz seguido de una intervención temprana. (IT). Esto es cierto básicamente en lo referido a las patologías que afectan el desarrollo del lenguaje si se considera que antes de los 3 años de edad el niño adquiere el 80 % de las habilidades.

La escala de Early Lenguaje Milestone (ELM) propuesta por Coplan en 1983, llena en parte este vacío. Dicha prueba fue traducida al español y adaptada a nuestra cultura tomando en consideración estudios anteriores sobre el desarrollo del lenguaje en nuestros niños, con el objetivo de pesquisar el trastorno del lenguaje en la población infantil cubana. De este estudio surgió la Prueba de Pesquisaje del Desarrollo del Lenguaje (PPDL).

En nuestro país el método de Intervención Temprana (IT) más usado es el de Isidoro Candel el cual fue diseñado inicialmente para la estimulación a niños con Síndrome de Down. Este programa esta dividido en varias áreas de intervención: motora, cognitiva, socio-comunicativa y adquisición de hábitos de autonomía ⁶.

El lenguaje es la principal herramienta que posee el ser humano para interactuar y formar vínculos con otros, es signo del despertar intelectual del niño, señal de vivacidad imaginación, sentido de observación y maduración así como índice de desarrollo de la inteligencia, equilibrio afectivo y expansión del carácter, por lo que su desarrollo normal es de suma importancia.^{7,8}

Somos conscientes, como profesionales del "remolino" emocional (amor, rechazo, culpa...) que

se produce en las familias que han fantaseado con un hijo/a deseado y se encuentran con un handicap. Por esto sabemos, que es desde los profesionales desde donde debe partir el "empuje" que haga realidad el que las familias participen en los programas de intervención temprana ^{9,10}.

Por todo lo anteriormente expuesto y el desconocimiento de esta problemática en nuestra área de salud es que decidimos realizar este trabajo, donde se recogerán los resultados de un pesquisaje de Retardo del Desarrollo del Lenguaje (RDL) en niños menores de 37 meses y los resultados de un programa de intervención temprana implementado en los mismos, analizando el comportamiento de algunas variables de interés.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención cuasi-experimental de tipo antes y después a todos los niños menores de 37 meses con Retardo en el Desarrollo del Lenguaje pertenecientes al Área VII del municipio de Cienfuegos, desde Enero de 2005 hasta Febrero del año 2006.

Para la selección de los pacientes a intervenir se aplicó la Prueba de Pesquisaje del Desarrollo del Lenguaje (PPDL) ⁶ por parte de los autores del trabajo a un total de 362 niños, en círculos infantiles o el hogar en presencia de los padres.

Se excluyeron niños con alteraciones neurológicas o sensoriales diagnosticadas (Lesiones estáticas del SNC, hipoacusia o sordera, débiles visuales) y Síndromes genéticos.

La PPDL consta de 41 ítems divididos en 3 áreas: Auditivo Expresivo, Auditivo Receptivo y Visual. Cada ítem se puede obtener por historia, test o por observación, se dice que el niño pasa si supera por cualquiera de estas formas las 3 áreas ⁶.

Una vez aplicado el test los niños que no vencieron se les repitió el mismo a la semana y de no superarlo se incluyeron en la intervención.

De esta forma obtuvimos un total de 72 niños con Retardo del Desarrollo del Lenguaje (RDL), resultando factible intervenir en la totalidad de ellos.

Se elaboró un formulario para recoger los datos de los pacientes que incluye las siguientes variables:

- Variables Independientes: Nombre, Edad en meses, Dirección, Zona de residencia (Considerándose como Urbana los residentes en el Reparto de Pastorita y Área Rural los residentes en Venta de Río, Pepe Rivas, Obourke, Carolina), y Asistencia o no a instituciones infantiles.
- Variable Dependiente: Resultados de la PPDL en cada temática después de aplicada la intervención.

Se aplicó un plan de actividades de carácter terapéutico en dependencia del grupo de edad, para cada niño según el programa de Intervención Temprana de Isidoro Candel¹⁷, las cuales fueron entregadas por escrito a familiares y educadores y fueron cumplidas por los mismos en el hogar e Instituciones Infantiles.

Los niños fueron visitados mensualmente para evaluar cumplimiento de las actividades, de cumplirse el 80 % de las mismas, se dieron nuevas orientaciones aplicándose nuevamente la PPDL al final del trimestre y repitiéndose nuevamente a los 6 meses de iniciado el programa de intervención.

Para evaluar la efectividad del programa se tuvo en consideración los resultados obtenidos a los 3 y 6 meses de la intervención.

Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS 11. Los resultados se presentan en tablas de números y porcentajes.

RESULTADOS

De un total de 362 niños que fueron sometidos a la aplicación de la Prueba de Pesquisaje del Desarrollo del Lenguaje el 19,9% de ellos no la superó (Tabla 1).

Después de concluida la primera etapa de intervención el 43,1 % de los niños lograron superar la prueba y de los restantes el 43,9 % lo logró en la segunda etapa, como resultado de lo cual obtuvimos que de los 72 niños 49 evolucionaron favorablemente con la intervención realizada (Tabla 2). De forma general predominaron los niños que no vencieron el área Auditivo- Expresivo.

El Retardo del Desarrollo del Lenguaje se presentó con mayor frecuencia en niños de 13 a 24 meses con 61,1 % del total, después de la intervención fue también el grupo etáreo que evolucionó más desfavorablemente, representando el 73,9 % de los niños que permanecieron con Retardo del Lenguaje.

Al analizar el comportamiento por sexo observamos que tuvo igual frecuencia en niñas y niños, y tras el programa de intervención evolucionaron mejor las niñas donde solo el 39,1 % no resolvió, contra 60,9 % en los varones.

El RDL discretamente más frecuente en los niños del área urbana, los que representaron el 52,8% del total, siendo estos los que mejor evolucionaron.

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado resultó altamente significativo que de los 72 niños portadores de Trastornos del Desarrollo del Lenguaje predominaron los que no están institucionalizados que representan el 70,8% del total, y en sentido general evolucionaron mejor tras la intervención los que están en Instituciones Infantiles que representaron el 30,4 % del total (Tabla 3).

El RDL resultó más frecuente en niños primogénitos tanto en el diagnóstico inicial como después de la intervención con 61,1% y 60,9% respectivamente (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El lenguaje desde el punto de vista social es el medio por el cual se establece la comunicación¹¹. Este comprende no sólo el habla, sino también el escuchar, comprender, y la comunicación por medios no verbales^{12,13,14}.

Un estudio similar al nuestro realizado en la Habana sobre Retardo del Desarrollo del Lenguaje arrojó una incidencia de 26,6%⁷ y la validación de esta prueba en nuestro país mostró una prevalencia de 73,1 x 1000⁹, ligeramente superior a la reportada en la literatura internacional^{6,15}.

Como bien apuntan otros autores, no basta con que la naturaleza dote al individuo con los órganos necesarios para la comunicación¹⁶, hace falta también que esos órganos alcancen un grado tal

de desarrollo que les permita realizar las funciones para las cuales fueron creados, a lo que habría que agregar otro aspecto de orden psicológico, y es la disposición del individuo para hacerlo¹⁶.

La característica fundamental en el segundo año de vida la constituye el andar, el caminar. Las consecuencias psicológicas de este nuevo rendimiento motor son enormes, ese desplazamiento en posición vertical le posibilita al niño que su mundo se amplíe, le permite alcanzar el objeto que desea así como la recompensa de los adultos¹¹, lo cual puede explicar la mayor frecuencia de RDL en niños de 13 a 24 meses.

Con relación a la frecuencia por sexo, nuestros resultados coinciden con los reportados por otros autores⁷.

La pobre estimulación la encontramos, a menudo, en los niños de zonas rurales, los cuales habitualmente crecen en familias que hablan poco y, además, viven en lugares alejados y solitarios, lo cual hace que se retarden en el desarrollo de su lenguaje verbal¹⁷.

Estudios realizados por otros autores evidencian que las limitaciones en el desarrollo del lenguaje en los niños que no asisten a círculos infantiles eran estadísticamente significativos^{7,17,18}.

Si en la familia nadie tiene tiempo suficiente para ocuparse del niño, se producirá una estimulación deficiente del lenguaje¹⁶.

Los resultados encontrados en nuestro estudio pueden obedecer a que los padres o personas que se encargan del cuidado de los niños no ejercen una estimulación adecuada, quizás esta situación se incrementa si tenemos en cuenta las tensiones de las familias cubanas donde en la mayoría de los casos ambos padres trabajan y en el caso de la mujer está sometida una doble jornada, disponiendo de esta forma de menor tiempo para dedicar a los niños. En contraposición a ello en las instituciones infantiles existe un programa curricular que debe superar el niño acorde a su edad.

El desarrollo del lenguaje se realiza a través de la comunicación diaria del niño con los mayores que lo rodean y especialmente los padres^{15,19} y nadie discute el papel del entorno familiar en el acceso a las primeras etapas del lenguaje²⁰.

Hay padres, especialmente madres, que sobreprotegen a los hijos, provocando un retardo en el desarrollo del habla. Son personas que adivinan todas las necesidades del niño, actúan, piensan y hablan por él y no discernen que esta protección exagerada, tan absurda, es en realidad negativa e invalidante¹⁵.

Con relación al lugar que ocupan los niños en la familia, nuestros resultados pueden obedecer a la actitud sobre protectora encontrada frecuentemente en los primogénitos, además el desarrollo del lenguaje necesita condiciones adecuadas, en las que el habla de los adultos primero, y el de los niños después, constituyen un patrón que estimula la asimilación¹⁶.

Los problemas de lenguaje son muy comunes hoy en día²¹, con el conocimiento adecuado y una visión crítica sobre las intervenciones disponibles, debemos tomar las medidas necesarias para el diagnóstico adecuado y guiar a la familia en la búsqueda de los apoyos necesarios y elección de las intervenciones más adecuadas a cada niño^{12,13,14}, lo que ayudará a disminuir el riesgo de que permanezcan secuelas²¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dale P.S. Pensamiento y lenguaje. La Habana: instituto del libro (Edición revolucionaria); 1968. p. 41-7
2. López Betancourt M. Desarrollo del lenguaje en el no menor de 18 meses. Revista cubana de pediatría 2000; 72: 32-9.
3. Vygotsky L.S. Pensamiento y lenguaje. La Habana: instituto del libro (Edición Revolucionaria); 1968. p. 41-7
4. Suárez Vera D,M . Psicología de las edades. En: Nuñez Villavicencio F. Psicología en salud. La Habana: ECIMED; 2001. p. 138.
5. López Betancourt M. Longitud de la oración en el desarrollo del lenguaje infantil. Revista cubana de pediatría. 2000; 72: 27-31.
6. Manzano M, Iguazo G, Piñeiro A. Prueba de pesquizaje del lenguaje; 1987: 1-11.

7. López Betancourt M, Dávila Corrales U. Pesquisaje temprano. Segunda Conferencia Internacional de intervención Temprana; 2003.
8. Aidex (N.D/2000a). Afasia de detección y encuadre. Aidex. URL: [http:// www.espaciologopedico.com](http://www.espaciologopedico.com)
9. Torres Díaz, Rosario. Proyecto: Pesquisaje temprano del lenguaje y la comunicación. Municipio Marianao. Informe final. Centro de Neurociencias de Cuba. Estudio de Pesquisaje: noviembre 2003- Enero 2004.
10. Alonso Tomas, Vidal Margarita. Valoración neonatal y prevención primaria: Indicadores de riesgo en Atención Temprana. [http:// www.intersalud.es/intersalud/ -2003](http://www.intersalud.es/intersalud/-2003)
11. Miro Noriega, Mercedes. El lenguaje un vínculo entre lo biológico y lo social. Trabajo de Filosofía. Hospital Pediátrico Pedro Borras.2000.
12. Avaria, María de los Ángeles. Aspectos biológicos del desarrollo psicomotor. Universidad de Chile. 2001.
13. Kempermann G., Wiskott .L, Gage F. Functional significance of adult neurogenesis. *Curr Opin Neurobiol.* 2004 Apr; 14(2): 186-91.
14. Stromswold, K. (1995) The cognitive and neural bases of language acquisition. *The cognitive neurosciences*, ed M. Gazzaniga. Cambridge, MA: MIT Press. Citado 14 abril 2005] Disponible en : [http:// ruccs.rutgers.edu/ forums/ Intro_to_Cognitive_Science/Stromswold_Cognitive_and_Neural_Aspects.pdf](http://ruccs.rutgers.edu/forums/Intro_to_Cognitive_Science/Stromswold_Cognitive_and_Neural_Aspects.pdf).
15. Pérez Glez, Sara E. Algunos factores influyentes en el desarrollo del lenguaje. Un set de diagnóstico para la embarazada. [Tesis en opción del título de master en educación; universidad de Cienfuegos. Carlos Rafael Rodríguez] (2002).
16. Pérez López, Idalberto A. Acerca del proceso de adquisición del lenguaje oral del niño durante sus primeros años de vida. *Rev Pedagógico Cienfuegos.* 2004; 1
17. Avaria B. M.A. Aspectos biológicos del desarrollo psicomotor. *Revista Pediatría Electrónica.* 2005; 2. URL: http://www.med.uchile.cl/revistas/pediatría_norte/vol2num1/6.htm
18. Maya Silvera, Omaris. Estudio acerca de algunos factores influyentes en el desarrollo de la comunicación madre bebe .Trabajo de diploma. I.S.P. Conrado Benítez García. Cienfuegos. (2003).
19. García Jiménez, Dagma. Comunicación madre-bebe durante el primer año de vida. Trabajo de diploma, I, S, P. Conrado Benítez García. Cienfuegos. (2002).
20. Carey WB. Es posible un estudio de cribado rápido, competente y barato del desarrollo y el comportamiento [comentario] *Pediatrics.* [ed esp] 2002; 53(2):65-66.
21. Frankenburg W. Supervisión y estudio sistemático del desarrollo de los lactantes y los niños pequeños. *Pediatrics.* [ed esp] 2002;53:5-6

Tabla 1. Resultados de la Primera evaluación con la Prueba de Pesquisaje de Desarrollo del Lenguaje.

| Resultado de la PPDL* | No | Por ciento |
|-----------------------|-----|------------|
| No superan | 72 | 19,9 |
| Superan | 290 | 80,1 |
| Total | 362 | 100.0 |

Fuente: Encuesta.
N: 362.

*PPLD: Prueba de Pesquisaje de Desarrollo del Lenguaje.

Tabla 2. Comportamiento de los niños con Retardo del Desarrollo del Lenguaje después de la intervención.

| Resultado de la PPDL* | Segunda evaluación N=72 | | Tercera evaluación N=41 | |
|-----------------------|----------------------------|------------|----------------------------|------------|
| | No | Por ciento | No | Por ciento |
| No superan | 41 | 56,9 | 23 | 56,1 |
| Superan | 31 | 43,1 | 18 | 43,9 |
| Total | 72 | 100 | 41 | 100 |

Fuente: Encuesta.

*PPLD: Prueba de Pesquisaje de Desarrollo del Lenguaje.

Tabla 3. Comportamiento de los niños con Retardo del Desarrollo del Lenguaje durante la intervención según asistencia a Instituciones Infantiles.

| Asistencia a Circulo Infantil | Primera Evaluación N=72 | | Tercera Evaluación N=23 | |
|-------------------------------|----------------------------|------------|----------------------------|------------|
| | No | Por ciento | No | Por ciento |
| Si | 21 | 29,2 | 7 | 30,4 |
| No | 51 | 70,8 | 16 | 69,6 |
| Total | 72 | 100 | 23 | 100 |

Fuente: Encuesta.

Tabla 4. Comportamiento de los niños con Retardo del Desarrollo del Lenguaje durante la intervención según lugar que ocupa entre los hijos.

| Primogénito | Primera Evaluación N=72 | | Tercera Evaluación N=23 | |
|-------------|----------------------------|------------|----------------------------|------------|
| | No | Por ciento | No | Por ciento |
| Si | 44 | 61,1 | 14 | 60,9 |
| No | 28 | 38,9 | 9 | 39,1 |
| Total | 72 | 100 | 23 | 100 |

Fuente: Encuesta

ARTÍCULO DE REVISIÓN

La obesidad: un factor de riesgo cardiometabólicoGómez García M^aC¹, Ávila Lachica L²¹ Doctor en Medicina. Centro de Salud Vélez-Norte. Vélez-Málaga. Distrito Axarquía (Málaga)² Doctor en Medicina. Consultorio de Almáchar. Centro de Salud Axarquía Oeste. Distrito Axarquía (Málaga)

INTRODUCCIÓN

La obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente en países industrializados (13-30 %). Según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), en España la prevalencia en el año 2000 para la población entre 25 y 60 años fue del 14.5 % (13.4 % en varones y 15.7 % en mujeres) (1).

Se trata de un problema crónico, caracterizado por un exceso de grasa corporal, pero su importancia radica en que es un claro factor de riesgo para otras enfermedades (2,3):

- La incidencia de diabetes mellitus tipo 2 aumenta con el tiempo de duración del sobrepeso-obesidad. Es por tanto factor de riesgo para desarrollo de diabetes mellitus.
- La obesidad es un factor de riesgo independiente (en discusión) para el desarrollo de enfermedad cardiovascular e hipertensión.
- La prevalencia de hipertensión arterial es 10 veces más frecuentes en obesos.
- Se relaciona con la incidencia de algunos tipos de cáncer: tanto en varón (próstata, colorrectal), como en mujeres (endometrio, cervix, mama y vías biliares).
- En el embarazo se asocia con mayor incidencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, toxemia gravídica y problemas obstétricos.

· Otras complicaciones asociadas son: litiasis biliar, esteatosis hepática, hipoventilación pulmonar, síndrome de sleep-apnea, artrosis, gota, síndrome nefrótico, etc.

Podemos por tanto considerar la obesidad como un grave problema de salud pública debido a su alta prevalencia, el incremento en el número de casos (no solo en población adulta, sino lo que es altamente alarmante, también en la infancia), por su demanda asistencial creciente (bien por problemas relacionados con la salud, o simplemente por problema de estética), por su aumento en la morbi-mortalidad, como hemos comentado anteriormente, y por último por sus costes. En España el coste económico de la obesidad es un 6.9 % del gasto sanitario (341.000 millones anuales) (4).

Uno de los principales retos de médico de atención primaria es, además de tratar problemas de salud; prevenir, en la medida de lo posible, el desarrollo de nuevas enfermedades. Es por ello por lo que debemos ser conscientes de este importante problema de salud, para no solo estar en condiciones de abordarlo, sino de ser posible prevenir o evitar su desarrollo.

ETIOPATOGENIA

La obesidad es el resultado de un desbalance o desequilibrio energético. Los factores implicados son (1,3):

1. Aumento de ingesta calórica (regulada por mecanismos neurohormonales a nivel del hipotálamo).
2. Disminución del gasto energético.

Correspondencia: M^a Carmen Gómez García
C/. Central, 3 - A. Urb. Ribera de Trayamar.
29751 Caleta de Vélez (Málaga)
Tf.: 609528905
E-mail: carmengg@avired.es

Recibido el 24-04-2007; aceptado para publicación el 21-09-2007
Med fam Andal; 2: 35-41

3. Trastorno del comportamiento alimentario (comer rápido, compulsivamente, etc.).
4. Factor hereditario (genética).
5. Factores socio-económicos (ambientales, culturales, etc.).
6. Factores psicológicos (ansiedad-depresión).

DIAGNÓSTICO

Los Comités Internacionales de Expertos recomiendan el empleo de datos antropométricos (peso, talla, circunferencias y pliegues cutáneos) para el diagnóstico y clasificación ponderal.

Se recomienda el empleo de Índice de Masa Corporal (IMC) como indicador de adiposidad corporal para población adulta de 20 a 69 años, aunque este no sea buen indicador en niños, adolescentes, ancianos y en personas muy musculosas.

· IMC: Kg. / m² (grado de exceso corporal). La SEEDO (1) establece por consenso una clasificación de sobrepeso-obesidad, coincidente con la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (tabla 1) (5). Un punto débil del IMC es su baja correlación con la grasa visceral (r= 0.54). La medida antropométrica que mejor se correlaciona con el depósito de grasa visceral es la circunferencia o perímetro de la cintura, tanto en hombre (r=0.68) como en mujer (r=0.65), por lo que el perímetro de cintura debe ser utilizado como información complementaria del IMC (grado de recomendación C, tabla 2), aunque carezca de valor en IMC > 35 Kg. / m² (6). A partir de sobrepeso grado II (IMC > 27 kg. / m²) y conforme se incrementa el grado de obesidad, la aparición de resistencia a la insulina y comorbilidades es cada vez mayor (1).

· Perímetro de cintura (PC) (contenido grasa abdominal). Consiste en medir el perímetro de la cintura con cinta métrica, a nivel umbilical o en la línea media entre los márgenes costales inferiores y las crestas ilíacas, al final de haber realizado una espiración y en bipedestación. Existe riesgo cardiovascular (RCV) aumentado si: PC > 102 cm. en hombres y > 88 cm. en mujeres (7).

Otras medidas menos conocidas, pero también válidas como complemento del IMC son:

· Medida del pliegue cutáneo, mediante plicómetro. Se miden habitualmente los pliegues en bíceps, tríceps, subescapular y supraíliaco. Valora la grasa situada en tejido celular subcutáneo (no perivisceral). Aunque es un complemento del IMC, tiene el inconveniente de su gran variabilidad (1).

· Medición del diámetro sagital. Presenta muy buena correlación con la acumulación adiposa perivisceral medida por tomografía computerizada o resonancia magnética. Se valora estimando la distancia entre el ombligo y la L4-L5 con el individuo en decúbito supino. Cifras mayores de 25 cm. son indicadoras de riesgo (8).

VALORACION DE LA OBESIDAD

En la evaluación de la obesidad, además de determinar el grado de la misma mediante el IMC, es imprescindible realizar una historia clínica completa y se deben valorar otros factores implicados. Para ello debemos conocer:

· Anamnesis: edad de inicio de la obesidad-sobrepeso, desencadenante, intentos y tratamientos previos, evolución del peso (máximo y mínimo obtenidos).

- Registro alimentario de 24 horas (cuestionarios o encuestas con el objeto de detectar errores dietéticos).

- Actividad física habitual (tipo y frecuencia).
- Enfermedades asociadas.

· Exploración física: peso (sin zapatos y en ropa interior), talla, IMC, PC y tensión arterial (con manguito adaptado a pacientes obesos).

· Analítica: hemograma, glucemia, perfil lipídico, enzimas hepáticas, creatinina y TSH si procede. Ante una persona con IMC = 30 kg. / m², habrá que descartar secundarismo (tabla 3).

· De forma rutinaria se debe valorar el riesgo cardiovascular, preferiblemente mediante cuantificación con tablas.

CRIBADO

No existe unanimidad para el cribado de obesidad en la población general. Algunas de las recomendaciones son las siguientes:

· Programa de Actividades Preventivas (PAPPS): Medir peso y talla a los 20 años o en la 1^a visita. Medición de peso cada 4 años (9).

· Organización Mundial de la Salud (OMS): Conocer peso y talla. Calcular IMC a todos los pacientes (5).

· The American Medical Association (AMA): medición de peso y talla anualmente desde los 12 a los 21 años. Si IMC > p95, medir pliegue cutáneo (para evitar diagnóstico de obesos en adolescentes grandes y musculosos) (10).

TRATAMIENTO

1. OBJETIVOS:

Al igual que en cualquier enfermedad crónica (diabetes, dislipemia, hipertensión arterial, etc), antes de iniciar tratamiento debemos de plantearnos una serie de objetivos a cumplir, que tendrán también que tener en cuenta las expectativas del paciente (3.11).

1.1. OBJETIVOS GENERALES del sobrepeso-obesidad:

- Reducción razonable de peso (10% inicial, en los seis primeros meses) en obesos y sobrepeso (grado de recomendación A).

- Mantenimiento (tras seis primeros meses) (grado de recomendación B).

1.2. OBJETIVO MINIMO:

- Prevenir ganancia ponderal (grado de recomendación D).

2. FUNDAMENTO. ESCALONES TERAPÉUTICOS:

El tratamiento del sobrepeso-obesidad conlleva muchas dificultades, en parte debido a la cronicidad del tratamiento. Sin embargo, es necesario considerar la obesidad como una enfermedad que requiere tratamiento, en vez de aplazar éste hasta que aparezcan las complicaciones. La eficacia del tratamiento dependerá fundamentalmente de los cambios permanentes en los hábitos de vida relativos a la alimentación y a la

actividad física. Para el tratamiento de la obesidad, además de conocer el grado de la misma, debemos de valorar el estado psicológico y la predisposición del paciente al tratamiento, para poder así abordar todos los factores implicados en el desequilibrio energético. La decisión de iniciar y seguir un tratamiento debe ser por iniciativa del paciente. En función de esto, los pasos a seguir son:

2.1. Modificación en estilos de vida: medidas higiénico-dietéticas (medidas H-D). Es el pilar básico del tratamiento:

- Dieta adecuada (moderadamente hipocalórica).
- Aumento de actividad física.
- Terapia conductual para modificar hábitos.

2.2. Fármacos:

- Sibutramina
- Orlistat

2.3. Tratamiento quirúrgico.

Dieta adecuada: El primer paso en el tratamiento de la obesidad es mejorar los hábitos alimentarios. Con esto conseguiremos no sólo el objetivo fundamental de perder peso, sino lo que es muy importante el mantenimiento del peso perdido. La dieta debe ser variada y se debe aconsejar el uso de una única dieta familiar (1,6,7,11). Reducciones de 500 a 1000 Kcal. /día producirán una pérdida recomendada de 0.5-1 kg. a la semana, durante un periodo de 6 meses (grado de recomendación A). Esto representa dietas que aporten:

- 1000 a 1200 Kcal. /día, para las mujeres
- 1200 a 1600 Kcal. /día, para los varones

Ejercicio físico: Se recomiendan 30-45 minutos de ejercicio, de 3-5 días a la semana, en función de la edad y la forma física (grado de recomendación B). En ningún caso la frecuencia cardiaca máxima debe sobrepasar el valor obtenido de restar 220 latidos / minuto menos el valor de la edad en años. Se aconseja realizar ejercicio por debajo del 80% de la frecuencia cardiaca máxima. Además de la actividad física programada se debe estimular la actividad física cotidiana (subir escaleras, caminar, etc). En ancianos las actividades mas adecuadas son caminar, nadar o bailar. El ejercicio físico contribuye a (11):

- Disminución moderada de peso (grado A)
- Disminuye la grasa intraabdominal (grado B)
- Aumenta la competencia cardiorrespiratoria (grado A)
- Puede ayudar al mantenimiento del peso (grado C)
- Mejora el perfil lipídico (disminuye VLDLc, LDLc y aumenta de HDLc), el glucémico y la tensión arterial.

Terapia conductual: Son estrategias para ayudar al paciente a adquirir las habilidades, motivación y apoyo para conseguir el cambio en determinados patrones de conducta (grado recomendación B) (11). Se basan en 5 principios:

1. Educar: identificar cadena de estímulos ...
2. Motivar
3. Corregir pensamientos irracionales: pensamientos negativos, de culpa, etc.
4. Ejercicio
5. Prevención recaídas

La frecuencia de contactos es determinante en la consecución de objetivos (grado de recomendación C).

Fármacos utilizados para reducir peso: A lo largo de la historia se han estado utilizando diversos fármacos, sin que estos tuvieran la indicación precisa para la obesidad. Estos han sido:

- Antidepresivos: tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Litio
- Antipsicóticos (fenotiazinas, butirofenonas, otros atípicos)
- Antiepilépticos (valproico y carbamazepinas)
- Hormonas esteroideas (derivados corticosteroideos, acetato megestrol, estrógenos)
- Hormonas tiroideas
- Antidiabéticos (metformina y glitazonas).

Sin embargo, hoy por hoy, solo dos fármacos tienen la indicación precisa para el tratamiento

de la obesidad, es decir sólo estos dos fármacos están autorizados para este fin. Estos son:

- orlistat y
- sibutramina.

3. INDICACIÓN DE TRATAMIENTO:

Conocer el grado de obesidad es aconsejable para la indicación de tratamiento, pues en función del grado de obesidad y su estabilidad en el tiempo, se indican las siguientes pautas (tabla 4):

- IMC < 22: ¡ Nunca !. No es óbice para ofrecer información adecuada de correctos estilos de vida.
- Normopeso (IMC 22-25): Solo si se detecta peso inestable (aumento de 5 kg. en menos de 1 año). Se recomiendan consejos o medidas H-D.
- Sobrepeso I con: peso inestable, PC de riesgo (> 102 cm. en hombres y > 88 cm. en mujeres) o FRCV asociados: consejos H-D.
- Sobrepeso II con peso inestable, PC de riesgo o FRCV asociados: se aconseja perder 5-10 % en 6 meses con medidas H-D (grado de recomendación A). Si tras 6 meses no se consiguen objetivos, está justificada la utilización de fármacos.
- Obesidad I: se pretende conseguir pérdidas estables del 10% en 6 meses. Para ello están justificadas medidas H-D, terapia conductual y a veces es preciso el uso de fármacos (grado de recomendación A).
- Obesidad II. Igual, pero consiguiendo al menos, pérdidas estables del 10 % y si tras 6 meses no se consiguen objetivos, hay que valorar derivación a unidades especializadas (para dietas de muy bajo contenido calórico o cirugía bariátrica).
- Obesidad grado III-IV (deseable pérdidas del 20-30 %): derivación siempre a unidades especializadas desde el principio para valoración de cirugía bariátrica.

4. INDICACIÓN DE FÁRMACOS:

La indicación de pérdida de peso con medicación solo está indicada en caso de (12-14):

· Sobrepeso II con: PC de riesgo, peso inestable o FRCV asociado, si tras 6 meses de medidas H-D no consiguen pérdidas de 5-10 % (grado de recomendación A).

· Obesidad I. Desde el inicio si es preciso, para conseguir pérdidas estables del 10 % (grado de recomendación A).

· Obesidad II. Igual, pero consiguiendo al menos, pérdidas estables mayores del 10 %.

Sibutramina: Tiene efecto anorexígeno. El 86% pierden el 5% del peso inicial (el 54% el 10%), pero el efecto perdura con el fármaco (la indicación máxima es de 1 año). Fue retirado temporalmente en Italia por posible mortalidad cardiaca (2 casos). Existen cápsulas de 10 y 15 mg. La dosis recomendada de inicio es de 10 mg / día (y aumentar a 15 mg si las pérdidas no son > 2 kilos en 4 semanas). Se indica retirar si las pérdidas son < 5% en 3 meses.

· Efectos secundarios: cefalea, estreñimiento, sequedad de boca, insomnio, aumento de TA y frecuencia cardiaca.

· Contraindicado en cardiópatas y hepatópatas severos, consumidores de ISRS, hipertensión arterial, hipertiroidismo, hipertrofia prostática.

Orlistat: Es un inhibidor de la lipasa gástrica y pancreática (desciende la absorción de grasas un 30 %). El 70 % pierden el 5% del peso inicial (el 42% el 10%). Su efecto perdura con el fármaco (la indicación máxima aconsejada de tratamiento es de 2 años). Existen cápsulas de 120 mg. La dosis diaria es de 1-3 cápsulas al día (antes de las comidas). Se indica retirar si las pérdidas son < 5% en 3 meses.

· Efectos secundarios: esteatorrea, disminución vitaminas liposolubles, incontinencia fecal, meteorismo.

· Contraindicado en síndrome de mal absorción crónica y colestasis.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Son indicación de derivación a atención especializada:

· Obesidad II. Si tras 6 meses no se consiguen pérdidas de al menos el 10%.

· Obesidad grado III-IV (deseable pérdidas del 20-30 %): derivación para valoración de cirugía bariátrica.

SEGUIMIENTO

En general, una vez pactados los objetivos y recomendado el tratamiento se aconseja (2):

· Control mensual por enfermería: con control de peso, IMC y TA anual. Investigar trasgresiones, apoyos, etc. Educación para la salud con refuerzos positivos.

· Control médico anual.

PRONÓSTICO

Incierto. Dependerá de la motivación, pacto de objetivos razonables, comorbilidades, etc.

Hasta ahora no solo desde la Atención Especializada, sino también desde Atención Primaria se le había dejado de lado, en parte debido a las pocas expectativas de éxito. No debemos olvidar que el trabajo en equipo es esencial y que en parte, el éxito de la pérdida de peso y de su mantenimiento está relacionado con la frecuencia de contactos con el profesional.

REFLEXIONES

Pesemos, tallemos y midamos perímetros abdominales...

... para seguir diagnosticando pocos "sobrepeso-obesidad"...

... por abordaje adecuado desde prevención primordial, que no primaria...

... del problema "obesidad".

BIBLIOGRAFÍA

1. Conferencia de consenso. Consenso SEEDO´ 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Med Clin (Barc). 2000; 115: 587-597.

2. Grupo de trabajo sobre riesgo cardiovascular. Obesidad. Guías Clínicas 2001; 1. URL: <http://www.fisterra.com/guias2/actividades.asp>
3. Maratos-Flier E y Flier JS. Obesidad. En: Ronald Kahn C, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC and Smith RJ editors. 14 ed. Boston. Joslin 's Diabetes Mellitus. 2005; 31: 533-545.
4. Estudio prospectivo delphi. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas. Madrid: Gabinetes de Estudios Bernard Krief; 1999.
5. WHO Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of WHO consultation on obesity. Ginebra: WHO; 1997. Ginebra: WHO; 1998.
6. Expert Panel on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight in adults: executive summary. Am J Clin Nutr. 1998; 68: 899-917.
7. The practical guide. Identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. National Institutes of health. National health, lung and blood institute North American Association for the study of obesity. NHI Publication. 2000.
8. Pouliot MC, Despres JP, Lemieux S, Moorjani S, Bouchard C, Tremblay A et al. Waist circumference and abdominal sagittal diameter. Best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. Am J Cardiol. 1994; 73: 460-468.
9. Caerio Catelao J. Actividades preventivas. Guías Clínicas 2006; 6. URL: <http://www.fisterra.com/guias2/actividades.asp>
10. Kushner RF. Roadmap for Clinical Practice: Case Studies in Disease Prevention and Health Promotion. Assessment and Management of adults obesity . A primer for Physicians. Chicago: American Medical Association; 2003.
11. Arrizabalaga JJ, Masmiquel L, Vidal J, Calañas-Continente A, Díaz-Fernández MJ, García-Luna PP et al. Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. Med Clin (Barc). 2004; 122: 104-110.
12. Arterburn DE, DeLaet DE y Flum DR. Obesidad En: Evidencia Clínica Concisa. 5ª ed. Bogotá (Colombia): Grupo Editorial Legis SA. 2006; 5: 89-92.
13. Plan Nacional de Obesidad. Fundación para el Fomento de la Salud. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
14. Snow V, Barry P, Fitterman N, Qaseem A, and Weiss K. Pharmacologic and surgical management of obesity in primary care: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Inter Med. 2005; 142: 525-531.

Tabla 1. CLASIFICACIÓN DE OBESIDAD según IMC (SEEDO-2000)

| | IMC (Kg. / m ²) |
|------------------------------------|-----------------------------|
| peso normal | 18.5 a 24.9 |
| sobrepeso grado I | 25.0 a 26.9 |
| sobrepeso grado II (pre-obesidad)* | 27.0 a 29.9 |
| obesidad grado I | 30.0 a 34.9 |
| obesidad grado II | 35.0 a 39.9 |
| obesidad grado III (mórbida) | 40.0 a 49.9 |
| obesidad grado IV (extrema) | 50.0 o más |

IMC: Índice de masa corporal

*A partir de sobrepeso grado II y conforme se incrementa el grado de obesidad, la aparición de resistencia a la insulina y comorbilidades es cada vez mayor.

Tabla 2. GRADOS DE RECOMENDACION

| | |
|---------|---|
| Grado A | Al menos: 1 metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado |
| Grado B | Revisiones sistemáticas de estudios casos-controles o de estudios de cohortes con muy bajo riesgo de sesgo y con elevada probabilidad de que la relación sea casual |
| Grado C | Estudios casos-controles o estudios de cohortes con bajo riesgo de sesgo y con probabilidad moderada de que la relación sea casual. |
| Grado D | Estudios casos-controles o estudios de cohortes con alto riesgo de sesgo y con riesgo importante de que la relación no sea casual |

Tabla 3. OBESIDAD SECUNDARIA

| CAUSAS MAS FRECUENTES DE OBESIDAD SECUNDARIA |
|--|
| Hipotiroidismo |
| Síndrome de Cushing |
| Insulinoma |
| Poliquistosis ovárica |
| Antidepresivos |
| Fenotiazinas |
| Esteroides |
| Antidiabéticos orales (sulfonilureas) |
| Insulina |

Tabla 4. INDICACION DE TRATAMIENTO EN LA OBESIDAD

| | |
|--------------------------------------|--|
| bajo peso | Nunca |
| peso normal | Si peso inestable: consejos H-D |
| sobrepeso grado I | Si peso inestable, PC de riesgo o FRCV asociados: consejos H-D |
| sobrepeso grado II (pre-obesidad) | Si peso inestable, PC de riesgo o FRCV asociados: perder 5-10 % en 6 meses con medidas H-D. |
| obesidad grado I | Conseguir pérdidas estables del 10%, en 6 meses: medidas H-D, terapia conductual y a veces, fármacos |
| obesidad grado II | Conseguir al menos pérdidas estables del 10 % en 6 meses. Si no se consigue derivación a unidades especializadas. |
| obesidad grado III (mórbida) | Unidades especializadas: cirugía bariátrica |
| obesidad grado IV (extrema) | |

H-D: higiénico-dietéticos
PC: perímetro de cintura
FRCV: factor de riesgo cardiovascular

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Actualización en el manejo de los antidiabéticos orales en Atención Primaria

Llave Gomero FJ.

Médico de Familia. Almería. Miembro del Grupo de Diabetes SAMFyC

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad con elevada morbilidad y una importante causa de mortalidad prematura. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, más de 180 millones de personas en el mundo tienen diabetes, siendo probable que se duplique este dato antes del 2030. Se estima que una de cada 20 muertes en el mundo es atribuible a la diabetes y esta proporción es de una de cada 10 muertes en la población entre los 35 y 64 años de edad. En el año 2005, 1,1 millones de personas fallecieron a causa de la diabetes, la mitad de las muertes afectó a menores de 70 años, y más de la mitad (55%) a mujeres.

En España, en 2004, la Diabetes Mellitus causó 9.966 muertes, de las que 3.924 fueron varones y 6.042 mujeres. A estos datos habría que añadir un porcentaje desconocido de muertes por enfermedad cardiovascular que puede ser directamente atribuible a esta enfermedad.

La prevalencia estimada de Diabetes en nuestro país se sitúa en torno a un 6,5% para la población entre los 30 y 65 años, oscilando en diversos estudios entre el 6 y el 12%.

La edad avanzada, la obesidad, la presencia de historia familiar de diabetes, el sedentarismo, el nivel socioeconómico bajo, la tolerancia alterada a la glucosa, la hipertensión arterial y la hiperlipemia son factores de riesgo que se aso-

cian con el desarrollo de Diabetes. El aumento en la prevalencia de la obesidad y del consumo de tabaco está contribuyendo a aumentar la incidencia de la enfermedad.

Distintos estudios indican que el control estricto de los factores de riesgo cardiovascular en los diabéticos tipo 2 puede disminuir en un 50% la aparición de complicaciones micro y macrovasculares y reducir el riesgo de mortalidad.

Asimismo, mediante la promoción de estilos y hábitos de vida saludables, la actividad física y de una dieta saludable entre otras medidas, se puede evitar una proporción elevada de casos de diabetes tipo 2 (DM²).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. ANTI-DIABÉTICOS ORALES

En la DM², el tratamiento farmacológico debe plantearse cuando tras un período de 3-6 meses de tratamiento higiénico-dietético, en ausencia de síntomas graves, complicaciones microvasculares o embarazo, no se consiguen los objetivos de control. Cabe mencionar también las recomendaciones conjuntas de las sociedades americana y europea de Diabetes (ADA-EADS) en las que se aboga por el uso inicial de Metformina junto con recomendaciones dietéticas en el momento del diagnóstico. (Se adjuntan dichas recomendaciones) Una vez iniciado el tratamiento con fármacos, es importante mantenerlo durante un mínimo de 2-3 meses antes de cambiar de escalón terapéutico.

Actualmente existen seis clases diferentes de fármacos orales para el tratamiento de la DM 2, cada uno con un mecanismo de acción diferente.

Correspondencia: Francisco José Llave Gomero
C/. Etna, 19
04008 Almería
Tlf.: 650403966
E-mail: pacollave@gmail.com

Med fam Andal; 2: 42-55

Los Fármacos Orales son medicamentos de utilidad sólo para tratar la DM2. Recordemos que *el mejor hipoglucemiante que se conoce es el binomio Dieta-Ejercicio*. Solo aquellos pacientes que no respondan adecuadamente a un régimen dietético y de actividad física deberán ser tratados con estos fármacos.

Grupos Terapéuticos:

- **Sulfonilureas**
- **Biguanidas**
- **Inhibidores de las alfa-glucosidasas**
- **Meglitinidas**
- **Glitazonas**
- **Inhibidores de la DPP-IV**

SULFONILUREAS

Tienen un *efecto hipoglucemiante agudo* actuando sobre la célula beta del páncreas mediante un **estímulo de la secreción de insulina**, y un *efecto hipoglucemiante crónico* mediado por la **potenciación de la acción de la insulina**, a través de un aumento del número de receptores para la insulina o de su unión a ellos en los tejidos sensibles a la misma. Este último efecto está en controversia, y se habla de que se debe más bien a un control del efecto tóxico de la hiperglucemia.

Mecanismo de acción: Tienen un efecto hipoglucemiante por estímulo de la secreción de insulina a nivel de la célula beta pancreática. Su acción se inicia tras unión a un receptor específico, provocando el bloqueo de los canales de salida de potasio ATP- dependientes.

Eficacia: Podemos esperar una reducción en la glucemia basal de 50-60 mg/dl, y en 1.5-2% en la HbA 1c. Varios factores pueden predecir la respuesta a las sulfonilureas, tales como la edad, peso, duración de la diabetes, tratamiento previo con insulina y glucemia basal. Los pacientes que probablemente van a responder mejor, tienen un diagnóstico reciente (< 5 años), edad superior a 40 años, peso 110-160 % del peso ideal, glucemia basal < 200 mg/dl, nunca han requerido insulina o sus necesidades están por debajo de 40 UI/día. Si se cumplen estos criterios, los fallos primarios son inferiores a 15 %

Todas las sulfonilureas se metabolizan en hígado, y sus metabolitos más o menos activos son eliminados por vía renal, salvo en el caso de la gliquidona que se eliminan preferentemente por vía biliar y la Glimepirida que en un 40% lo hace vía biliar, por lo que pueden utilizarse en insuficiencia renal leve-moderada

Indicaciones: Diabetes mellitus tipo 2 con normopeso que no se controla sólo con dieta y ejercicio, diabetes mellitus 2 con obesidad que no se controlan con dieta y metformina o presentan contraindicaciones para el uso de metformina.

Efectos secundarios:

- Hipoglucemia
- Alteraciones hematológicas: aplasia medular, agranulocitosis, anemia hemolítica y trombocitopenia
- Alteraciones cutáneas: rash, púrpura, prurito, eritema nodoso, eritema multiforme, Steven-Johnson, fotosensibilidad
- Alteraciones gastrointestinales: náuseas, vómitos, colestasis
- Alteraciones tiroideas: Hipotiroidismo subclínico transitorio
- Efecto renal: secreción inadecuada ADH (hiponatremia) efecto diurético
- Efecto antabús (clorpropamida)
- Reacciones pulmonares difusas: Neumonitis
- Otros: ganancia ponderal, hiperinsulinemia

La frecuencia de efectos adversos es baja (2-5%). El principal efecto secundario es la hipoglucemia, que se ha visto más frecuentemente asociada al uso de sulfonilureas de vida media larga, como la clorpropamida y glibenclamida.

Contraindicaciones: Diabetes mellitus 1, embarazo y lactancia, insuficiencia renal (gliquidona, glipizida, gliclazida y glimepirida se pueden dar en insuficiencia renal leve-moderada), reacciones adversas a sulfonilureas, alergia a sulfamidas e insuficiencia hepática grave.

Tipos de Sulfonilureas

| Compuesto | Nombre comercial | Presentación mg/comp | Dosis inicial (mg/día) | Máximo (mg/día) | Duración (horas) | Envase (n° c) |
|----------------------------|------------------|----------------------|------------------------|-----------------|------------------|---------------|
| Clorpropamida ^a | Diabinese | 250 | 125 | 500 | 24-42 | 30 |
| Tolbutamida ^b | Rastinon | 500 | 1000 | 3000 | 4 - 8 | 20 y 40 |
| Glibenclamida | Daonil | 5 | 2.5 - 5 | 15 | 10 - 16 | 30 y 100 |
| | Euglucon 5 | 5 | 2.5 - 5 | 15 | 10 -16 | 30 y 100 |
| | Norglicen 5 | 5 | 2.5 - 5 | 15 | 10 - 16 | 100 |
| | Glucolon | 5 | 2.5 - 5 | 15 | 10 - 16 | 30 y 100 |
| Gliclacida | Diamicron | 80 | 80 | 320 | 12 | 20 y 60 |
| | Unidiamicron | 30 | 30 | 120 | 24 | 60 |
| Glipizida ^c | Minodiab | 5 | 2.5 - 5 | 20 | 3 - 6 | 30 y 100 |
| | Glibenese | 5 | 2.5 - 5 | 20 | 3 - 6 | 30 y 100 |
| Gliquidona ^d | Glurenor | 30 | 15 - 30 | 120 | 4 | 20 y 60 |
| Glipentida | Staticum | 5 | 2.5 - 5 | 20 | 4 | 30 y 100 |
| Glimepirida | Amaryl | 1 | 1 | 8 | 24 | 30 y 120 |
| | | 2 | | | | 30 y 120 |
| | | 4 | | | | 30 y 120 |
| | Roname | 1 | | | | 30 y 120 |
| | | 2 | | | | 30 y 120 |

a : No recomendable por sus importantes efectos secundarios (aparte de la hipoglucemia, efecto antabús, inhibición ADH...).

b : No recomendable por que los resultados aportados en el UGDP con relación a un aumento de la mortalidad cardiovascular en pacientes tratados con tolbutamida, no han podido demostrarse que no sean ciertos en posteriores estudios, y por haber fármacos disponibles de generación posterior que no han mostrado estos riesgos.

c: Aunque la glipizida se ha aprobado para dosis máxima de 30-40 mg, la máxima dosis efectiva es 20 mg.

d: Todas las sulfonilureas se metabolizan en hígado, y sus metabolitos mas o menos activos son eliminados por vía renal, salvo en el caso de la gliquidona que se eliminan preferentemente por vía biliar y la Glimepirida que en un 40% lo hace vía biliar, por lo que puede utilizarse en insuficiencia renal leve-moderada

BIGUANIDAS

Conocidas en Europa desde los años 50, durante años han ido acompañadas por la leyenda negra de la acidosis láctica, por lo que no se ha extendido su uso. Hace unos años la metformina fue aprobada en Estados Unidos por la FDA, y se ha asistido a su «rehabilitación» a raíz de la publicación de los resultados del UKPDS. En 1998, se constituye como el fármaco de elección en la DM² asociada a obesidad o no.

Consiguen su efecto antihiper glucemiante a través de **acciones extrapancreáticas, sobre todo por disminución de la liberación hepática de glucosa**, junto a otras aún no bien conocidas (anorexígena, disminución de absorción intestinal de glucosa, aumento n° de receptores de insulina, potenciación acción de la insulina, ...). La magnitud del descenso de la glucemia es si-

milar al de las sulfonilureas, tanto en presencia como en ausencia de obesidad. Además, tienen efectos favorables sobre los lípidos (reducción de triglicéridos, LDL y colesterol total) y no producen aumento de peso (incluso pueden producir pérdida de peso), ni hiperinsulinemia ni hipoglucemia.

Dada su capacidad para reducir la glucemia sin producir incremento de peso, y su acción beneficiosa sobre los lípidos plasmáticos, la metformina es el fármaco de elección para pacientes obesos o dislipémicos con DM², mientras no existan contraindicaciones.

Mecanismo de acción: Tienen efecto antihiper glucemiante a través de acciones extrapancreáticas. Su principal mecanismo de acción es el aumento de la sensibilidad a la insulina en tejido hepático: disminución de la glucogenolisis

(liberación hepática de glucosa) y neoglucogénesis (formación de glucosa a partir de otros sustratos como aminoácidos o glicerol). También aumenta la sensibilidad a la insulina en tejido periférico (principalmente en músculo), directa e indirectamente (por disminución del efecto tóxico de la hiperglucemia). La metformina no tiene efecto directo sobre la célula beta. Tiene otros efectos no bien conocidos, por los que ejerce su acción antihiperoglucemiante (efecto anorexígeno, disminución de absorción intestinal de glucosa).

Eficacia: Su eficacia es igual que la de las sulfonilureas en el tratamiento inicial de la DM², tanto en presencia como en ausencia de obesidad. La metformina reduce la glucemia basal sobre 60-70 mg/dl y la HbA_{1c} en 1,5 - 2%. Además de sus efectos sobre la glucemia, tienen efectos

favorables sobre los lípidos, independientemente de la mejora en el control glucémico (reducción de triglicéridos, LDL y colesterol total). Otros potenciales beneficios se asocian a una falta de aumento de peso (incluso pueden producir pérdida de peso), no producción de hiperinsulinemia, y no causa hipoglucemia.

Es el único fármaco para el tratamiento de la DM² que hasta el momento ha demostrado disminuir la morbimortalidad cardiovascular.

Indicaciones: Diabetes mellitus tipo 2 que no se controla sólo con dieta y ejercicio. Se considera el fármaco de elección en DM² con sobrepeso u obesidad. En el último consenso ADA-Grupo Europeo así como en las guías inglesas se considera el fármaco de inicio en todos los DM², incluido no obesos.

| Compuesto | Nombre comercial | Presentación (mg/comp) | Dosis inicial (mg/día) | Máximo (mg/día) | Vida media (horas) | Envase (n° c) |
|------------|------------------------------|------------------------|------------------------|-----------------|--------------------|---------------|
| Bufomina * | Silubin retard | 100 | 200 | 400 | 12 | 30 y 100 |
| Metformina | Dianbem Metformina Sandoz | 850 | 850 | 2550 | 12 | 50 |

*: No se recomienda la utilización de butformina, por su mayor relación con la acidosis láctica.

Efectos secundarios:

- Alteraciones gastrointestinales: (diarreas, náuseas, vómitos, dolor abdominal)
- Alteraciones gustativas
- Acidosis láctica (Descrita fundamentalmente con la fenformina y butformina)
- Efecto anorexígeno
- Otros más raros: sabor metálico y reducción de los niveles de vitamina B12

Los problemas gastrointestinales, fundamentalmente diarrea y disconfort abdominal, son el principal efecto adverso y ocurren en el 20-30% de los pacientes. Suelen ser moderados y

transitorios, y se pueden minimizar disminuyendo la dosis. En un 5% de los pacientes no se consigue la tolerancia y hay que retirar la medicación. La metformina puede interferir con la absorción de vitamina B12, pero raramente esto tiene significación clínica. La acidosis láctica es rara cuando se usa correctamente. Se ha publicado una frecuencia de 8,4 casos por 100.000 pacientes-año. En una revisión de la Cochrane 2003, no se encuentran diferencias entre la incidencia de acidosis láctica en diabéticos tratados con metformina y diabéticos tratados con fármacos orales distintos a ésta.

Interacciones: alcohol (riesgo de acidosis láctica por sinergismo)

Contraindicaciones:

· **Absolutas:** insuficiencia renal (creatinina en plasma > 1,4 mg/dl en varones o > 1,3 mg/dl en mujeres, o filtrado glomerular < 60 ml/m), alcoholismo, insuficiencia hepática, insuficiencia respiratoria, desnutrición importante, gestación o lactancia.

· **Relativas:** uso de contrastes yodados, frecuentes infecciones, insuficiencia cardiaca congestiva, preparación quirúrgica. En todos estos casos está contraindicada temporalmente mientras dure la situación. Es importante advertir al paciente que debe suprimir la toma de biguanidas 24-48 horas antes de una intervención quirúrgica y del empleo de pruebas con contraste.

Utilización: Se recomienda comenzar con 1/2 comprimido durante el almuerzo (0-1-0), y se va incrementando gradualmente (semanal) de 1/2 en 1/2 comprimido en las restantes comidas (desayuno y cena: 1-1-0, 1-1-1) según los perfiles glucémicos y la tolerancia hasta un máximo de 3

comprimidos /día. Igual que lo comentado para las sulfonilureas, con 1700 - 2000 mg de metformina se consigue el 80-85% de su eficacia hipoglucemiante.

MEGLITINIDAS

Mecanismo de acción: Como las sulfonilureas, actúan estimulando la secreción de insulina, por inhibición de los canales de potasio dependientes de ATP de las células beta pancreáticas, aunque parece que difieren en las zonas de unión a estas. Aportan la ventaja de tener un comienzo de acción rápido (30 minutos) y de corta duración, circunscrito al periodo postprandial (4 horas), por lo que facilita el horario de las ingestas.

Eficacia: En monoterapia, la repaglinida produce descensos similares a SU o metformina en las cifras de glucemia y HbA1c, con un mejor control de las glucemias postprandiales. Nateglinida es algo menos potente.

Tipos de meglitinidas

| Compuesto | Nombre comercial | Presentación (mg/comp) | Dosis inicial (mg/día) | Máximo (mg/día) | Duración (horas) | Envase (n° comp) |
|-------------|--------------------|------------------------|------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| Repaglinida | Novonom Prandin | 0.5 | 0,5 - 1 | 16 | 4 | 90 |
| | | 1 | | | | 90 |
| | | 2 | | | | 90 |
| Nateglinida | Starlix | 60 | 30-60 | 180 | 4 | 84 |
| | | 120 | | | | 84 |
| | | 180 | | | | 84 |

Indicaciones: teóricamente similares a las sulfonilureas, con especial interés para la corrección de hiperglucemias postprandiales. Sin embargo las indicaciones aprobadas son:

· **Repaglinida.:** Diabetes tipo 2 cuya hiperglucemia no puede seguir siendo controlada satisfactoriamente por medio de dieta, reducción de peso y ejercicio. También está indicada

en combinación con metformina en DM2 que no se controlan satisfactoriamente con metformina sola.

· **Nateglinida.:** En la terapia combinada con metformina en pacientes con diabetes tipo 2 inadecuadamente controlados con una dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia.

Efectos secundarios: La hipoglucemia es el principal efecto secundario descrito. En estudios que la comparan con sulfonilureas parece observarse un muy discreto menor número de episodios pero lo más importante es que son de menor intensidad y duración.

Otros efectos: No tiene efecto significativo sobre los niveles de lípidos. En pacientes tratados de inicio con repaglinida se ha descrito un ligero incremento de peso, similar a sulfonilureas.

Contraindicaciones: diabetes tipo 1, hipersensibilidad a repaglinida o nateglinida, embarazo o lactancia, insuficiencia hepática severa o tratamiento con gemfibrocilo.

Precaución en personas mayores de 75 años y en insuficiencia renal grave o diálisis, o en tratamiento concomitante con inductores o inhibidores del citocromo CYP 3A4:

· Inhibidores: Ketoconazol, itraconazol, fluconazol, eritromicina

· Inductores: rifampicina, fenitoína

Utilización: Se recomienda administrar 15 minutos antes de las comidas (entre 0 y 30 minutos). Como dosis de inicio para repaglinida se recomienda 0,5 mg antes de cada comida principal (1 mg si se trata de un cambio de otro antidiabético, recomendándose comenzar a las

24 horas de haber administrado el antidiabético que se suprime). Con 1 mg 3-4 veces al día se consigue el 80% de su eficacia. Con nateglinida se empieza con 60 mg antes de cada comida.

INHIBIDORES DE LAS ALFA-GLUCOSIDASAS

Actúan inhibiendo las alfa-glucosidasas intestinales (maltasas, sacarosas, dextrinasas, glucoamilasas) presentes en las vellosidades intestinales, que son las enzimas que actúan en el desdoblamiento de la sacarosa, maltosa y otros oligosacáridos en monosacáridos (glucosa, fructosa, galactosa). El resultado es una demora en la digestión de los hidratos de carbono con reducción de los picos glucémicos postprandiales. También actúan disminuyendo la secreción de polipéptidos intestinales.

Su utilidad clínica es la corrección de hiperglucemias postprandiales. Se puede utilizar sólo o en combinación con insulina o sulfonilureas.

No producen hipoglucemia per se, pero cuando se administran asociadas a insulina o sulfonilureas hay que tener en cuenta que si se produce una hipoglucemia ésta no puede tratarse con disacáridos (lactosa de la leche, o sacarosa del azúcar) sino que debe utilizarse glucosa pura (Biberón glucosado Farmiberia^(R), Glucosport^(R)).

Inhibidores de las alfa-glucosidasas

| Compuesto | Nombre comercial | Presentación (mg/comp) | Dosis inicial | Máximo | Envase (n° c) |
|-----------|------------------|------------------------|---------------|--------|---------------|
| Acarbosa | Glucobay | 50 | 150 | 600 | 30 y 100 |
| | | 100 | | | 30 y 100 |
| | Glumida | 50 | 150 | 600 | 30 y 100 |
| | | 100 | | | 30 y 100 |
| Miglitol | Diastabol | 50 | 150 | 300 | 30 y 90 |
| | | 100 | | | 30 y 90 |
| | Plumarol | 50 | 150 | 300 | 30 y 90 |
| | | 100 | | | 30 y 90 |

Mecanismo de acción: Actúan inhibiendo las alfa-glucosidasas intestinales (maltasas, sacarosas, dextrinasas, glucoamilasas) presentes en las vellosidades intestinales, que son las enzimas que actúan en el desdoblamiento de la sacarosa, maltosa y otros oligosacáridos en monosacáridos (glucosa, fructosa, galactosa). El resultado es una demora en la digestión de los hidratos de carbono con reducción de los picos glucémicos postprandiales. También actúan disminuyendo la secreción de polipéptidos intestinales.

Eficacia: Se ha descrito un efecto sobre la hiperglucemia menor que con las sulfonilureas y la metformina: reducción de 25-30 mg/dl en la glucemia basal, 40-50 mg/dl en la glucemia postprandial, y de 0,7 - 1% en la HbA 1c. Su utilidad clínica es la corrección de hiperglucemias postprandiales. Se puede utilizar sola o en combinación con insulina o sulfonilureas o metformina (esta última asociación se recomienda menos por aumento de efectos secundarios gastrointestinales).

Indicaciones: En la DM² no adecuadamente controlada con dieta para corregir hiperglucemias moderadas, fundamentalmente postprandiales cuando las preprandiales se mantienen en niveles aceptables. También puede asociarse en terapia combinada a sulfonilureas o insulina. Su efecto es menor en los pacientes que toman pocos hidratos de carbono en la dieta.

Efectos secundarios (*)

Alteraciones gastrointestinales:

- Flatulencia - meteorismo (77%)
- Diarreas (33%)
- Dolor abdominal (21%)
- Nauseas y vómitos

(*)Dosis - dependiente: aumentan al aumentar la dosis.

· Tiempo - dependiente: disminuyen con el tiempo.

· Dieta - dependiente: aumentan con el consumo de hidratos de carbono

Los problemas gastrointestinales son el principal efecto secundario y ocurren en el 30% de los pacientes tratados. Se han descrito movilización de transaminasas cuando se utilizan a dosis máxima

Interacciones: Reducen el efecto de la acarbosa: Antiácidos, resincolestiramina y enzimas digestivos.

Contraindicaciones: Tratamiento en mono-terapia de la DM 1, pacientes con trastornos gastrointestinales, embarazo, lactancia, insuficiencia renal (creatinina > 2 mg/dl), cirrosis hepática.

Utilización: Se recomienda comenzar con 1 comprimido de 50 mg (150 mg/día) inmediatamente antes de las comidas principales (desayuno, almuerzo y cena: 1-1-1), incrementando lentamente según los perfiles glucémicos hasta la dosis habitual recomendada (300 mg/día: 1 comprimido de 100 mg en desayuno, almuerzo y cena: 1-1-1), o hasta un máximo de 2 comprimidos de 100 mg antes de cada comida (600 mg/día: 2-2-2), en el caso de la acarbosa.

GLITAZONAS

Mecanismo de acción: Son fármacos agonistas PPAR-gamma (peroxisome proliferator-activated receptor gamma). Actúan a través de la activación del receptor PPAR-gamma reduciendo con ello la resistencia a la insulina, fundamentalmente a nivel de tejidos periféricos (tejido graso y muscular), aunque también tienen un cierto efecto a nivel del tejido hepático (inhibición gluconeogénesis hepática). Este aumento de la sensibilidad a la insulina se realiza sin aumentar su secreción, de ahí que no produzcan hipoglucemias. Se metabolizan en el hígado y se eliminan por las heces.

Eficacia: Su eficacia es ligeramente inferior a la de metformina o secretagogos produciendo descensos de la HbA 1c de 1,4 - 1,8% y de la glucemia basal de 39 - 65 mg/dl.

Glitazona

| Compuesto | Nombre comercial | Presentación | Dosis inicial (mg/día) | Máximo (mg/día) | Envase (n° comp.) |
|----------------------------|------------------|----------------|---------------------------|-----------------|-------------------|
| Rosiglitazona | Avandia | 4 | 4 | 8 | 28 |
| | | 8 | | | 56 |
| Pioglitazona | Actos | 15 | 15 | 45 | 28 |
| | | 30 | | | 28 |
| | | 50 | | | |
| Rosiglitazona + Metformina | Avandamet | 1 mg + 500 mg | 2 mg + 1000 mg cada 12 h. | 8 + 2000 mg | 28 |
| | | 2 mg + 500 mg | | | 56 |
| | | 2 mg + 1000 mg | | | 112 |
| | | 4 mg + 1000 mg | | | |

Actualmente también está disponible la combinación fija de Rosiglitazona –Glimepiride (Avaglim®), a dosis de 4mg/4mg.

Indicaciones:

- En monoterapia, preferentemente en diabéticos con sobrepeso u obesidad, en los que la metformina está contraindicada o no tolerada
- En combinación con metformina solo en pacientes obesos.
- En combinación con sulfonilureas o sitagliptina, solo en pacientes con intolerancia o contraindicación a la metformina.
- En triple terapia junto a sulfonilureas o sitagliptina y metformina

Efectos secundarios: Incremento de peso que suele ser mayor que con sulfonilureas. Se ha descrito retención de líquidos, con asociación de edemas, anemia por hemodilución y cardiomegalia sin hipertrofia ventricular izquier-

da, sobre todo si se asocia a insulina. En los ensayos clínicos realizados hasta la fecha no se ha observado diferencias con respecto al grupo placebo en la incidencia de problemas hepáticos. Sobre los lípidos se ha observado que reducen los niveles de triglicéridos y ácidos grasos libres, y aumentan el colesterol total, el HDL-colesterol y el LDL-colesterol (aunque parece que aumenta el tamaño de las partículas y las hace menos densas, y por tanto, menos aterogénicas). También disminuyen la insulinemia, incluso más que metformina, disminuyen la TA, la microalbuminuria, aumentan la fibrinólisis y mejoran el endotelio

Interacciones: Pueden interactuar con los anticonceptivos orales, disminuyendo su actividad contraceptiva. Con fármacos que se metabolizan a través del citocromo P450: enzima CYP2C8 y en menor medida en CYP2C9, por lo que habría que tener precaución con fármacos que inhiben (ketoconazol, itraconazol) o inducen esta vía (eritromicina, astemizol, antagonistas del calcio, cisaprida, corticoides, triazolam,...)

Contraindicaciones: En pacientes con DM1, en el embarazo y lactancia, ante hipersensibilidad al producto o sus componentes, en presencia de problemas hepáticos (no usar si ALT > 2,5 veces y suspender si ALT > 3 veces) o insuficiencia cardíaca grados I - IV y en asociación con insulina (en EEUU si se permite la asociación de glitazonas e insulina). Síndrome coronario agudo. Uso no recomendado en Cardiopatía isquémica y arteriopatía periférica. No existe contraindicación ni hay que ajustar dosis en pacientes ancianos o en personas con insuficiencia renal leve o moderada.

Utilización: Con pioglitazona se comienza con 15 mg una vez al día, pudiendo aumentarse a 30 mg una vez al día. Con rosiglitazona se comienza con 4 mg, pudiendo aumentarse a 8 mg, una o dos veces al día. Se pueden administrar con o sin alimentos. En terapia combinada con sulfonilureas o metformina no es necesario ajustar la dosis de éstas, que pueden mantenerse. Se debe hacer seguimiento de las cifras de transaminasas cada 2 meses el primer año, y posteriormente de forma periódica. Su concentración estable en plasma se alcanza tras 4-7 días de tratamiento y sus efectos hipoglucemiantes los consigue en la segunda semana tras el comienzo del tratamiento.

La Agencia española del medicamento a raíz de la controversia creada en estos últimos meses sobre el balance riesgo de estos medicamentos ha realizado un comunicado con fecha 19 de octubre 2007, donde las conclusiones han sido las siguientes:

1.- Después de la evaluación de todos los datos disponibles, el CHMP (Comité de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Europea del Medicamento) considera que los beneficios, tanto de pioglitazona como de rosiglitazona, en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, continúan superando sus potenciales riesgos, manteniendo un balance beneficio-riesgo favorable en sus condiciones de uso autorizadas.

2.- No obstante, en pacientes con cardiopatía isquémica, rosiglitazona solamente debería utilizarse después de una cuidadosa evaluación

del riesgo individual de cada paciente. El CHMP ha recomendado incorporar esta advertencia a la información contenida en la ficha técnica de rosiglitazona (Avandia).

3.- El uso combinado de rosiglitazona e insulina, solamente debería de llevarse a cabo en casos excepcionales y bajo una estrecha supervisión médica. Esta combinación aumenta el riesgo de retención de líquidos y de insuficiencia cardíaca.

Posteriormente, el 24 de Enero de 2008, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emite un comunicado concretando nuevas contraindicaciones y precauciones de uso de Rosiglitazona antes mencionadas.

INHIBIDORES DE LA DPP-IV (INCRETINAS)

Nueva familia terapéutica. Actualmente en el mercado Sitagliptina (Januvia®).

Mecanismo de Acción: Las hormonas incretinas GLP-1 y GIP se liberan en el intestino durante todo el día; sus concentraciones aumentan en respuesta a la comida.

La actividad del GLP-1 y el GIP está limitada por la enzima DPP-4, que inactiva rápidamente las incretinas.

Como inhibidor de la DPP-4, Sitagliptina actúa en los pacientes con diabetes tipo 2 retrasando la inactivación de las incretinas y mejorando así la función secretora de insulina de la célula beta pancreática. Esta respuesta se produce de manera dependiente de los niveles de glucosa por lo que el riesgo de hipoglucemias se encuentra significativamente disminuido.

Sitagliptina aumenta las concentraciones de las hormonas intactas activas y con ello incrementa y prolonga la acción de estas hormonas, lo que finalmente disminuye la glucemia en las situaciones de ayuno y postprandial.

Eficacia: Combinada con metformina (al añadirse a pacientes controlados insuficientemente con metformina en monoterapia), Sitagliptina mejoró significativamente la HbA1c, la GA y la GPP a las 2 horas en comparación con el placebo más metformina.

- HbA1c: -0,7% a -1,7%, $P < 0,001$,
- GA: -25 mg/dl (-1,4 mmol/l), $P < 0,001$
- GPP: -51 mg/dl (-2,8 mmol/l), $P < 0,001$

Estas reducciones resultaron superiores en pacientes con peor control metabólico al inicio del estudio, lográndose variaciones de HbA1c de hasta -1.7%.

En ensayos de no inferioridad, comparada con sulfonilureas (glicizida), demostró igual eficacia en descensos de HbA1c y Glucemia basal y, de forma significativa, menor incidencia de hipoglucemias y de ganancia ponderal.

En general, Sitagliptina pareció tener efectos neutros sobre el peso corporal.

Indicaciones:

- Combinación con metformina: Sitagliptina está indicado en los pacientes con DMT2 para mejorar el control de la glucemia en combinación con metformina cuando este fármaco solo, con dieta y ejercicio, no consigue un control suficiente de la glucemia.

- Combinación con una sulfonilurea (SU), un PPAR γ o metformina + SU: como complemento de la dieta y el ejercicio para mejorar el control de la glucemia en los pacientes con DMT2 cuando el tratamiento en monoterapia (SU, PPAR γ) o doble (metformina + SU) no consigue un control suficiente de la glucemia.

Posología:

- La dosis recomendada de Sitagliptina es de 100 mg una vez al día, con o sin alimentos
- En los pacientes con insuficiencia renal
 - Leve (Ac creat >50 ml/m)- no se precisa ajustar la posología
 - Moderada y Grave: No se recomienda su uso.

Agradecimientos:

En primer lugar a la Dra. M^a Isabel Fernández Fernández, impulsora, entre otros, del Grupo de Diabetes SAMFyC, y a todos los miembros y colaboradores de dicho Grupo.

| Pruebas sobre resultados finales (mortalidad, complicaciones micro y macrovasculares), sobre resultados intermedios (parámetros de control), perfil de seguridad y costos de los distintos grupos. | | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|---|-----------------------------------|---|--|
| | Sulfonilureas | Meglitinidas | Metformina | Inhibidores alfa-glucosidasas | Glitazonas | Sitagliptina |
| Mecanismo de acción | ↑ secreción de insulina | ↑ secreción de insulina | ↓ ↓ R insulina en hígado ↓ R insulina en tejidos periféricos | ↓ absorción intestinal de glucosa | ↓ ↓ R insulina en tejidos periféricos ↓ R insulina en hígado | ↑ secreción de insulina |
| Efecto sobre mortalidad | NO | NO | SI | NO | NO | NO |
| Efecto sobre complicaciones macrovasculares | NO | NO | SI | NO | NO | NO |
| Efecto sobre complicaciones microvasculares | SI | NO | NO | NO | NO | NO |
| Reducción glucémica | 60-70 mg/dl | 60-70 mg/dl | 60-70 | 25-30mg/dl | 39-65 | 25-51mg/dl |
| Reducción HbA1c | 1-2% | 1-2% | 1-2% | 0.5-1% | 1-1.6% | 0.7-1.7% |
| Efecto sobre lípidos | Neutro | Neutro | ↓ TG, CT y LDLc ↑ HDLc | Neutro | ↓ TG, ↑ CT, HDL-C y LDL-C | ↓ TG, ↓ CT, ↓ LDL, ↑ HDL |
| Efecto sobre el peso | ↑ | ↑ | ↓ | Neutro | ↑ | Neutro |
| Efectos adversos | Hipoglucemia ++ | Hipoglucemia + | Alt GI + | Alt GI ++ | Edema ++ | Nasofaringitis |
| Contraindicaciones | IR Emb/lact | Emb/lact | IR IH Emb/lact | Alt GI Emb/lact | IC Alt hepática Emb/lact | I. hepática mod-grave II. renal grave |
| Costes | + / ++ | ++ / +++ | + | +++ | +++ | +++ |

BIBLIOGRAFÍA:

1. ADA. The pharmacological treatment of hyperglycemia in NIDDM. Consensus Statements. Diabetes Care. 1996; 19:s54-s61. URL: <http://www.diabetes.org/DiabetesCare/Supplement/s54.htm>
2. Cheng, Alice Y, George Fantus I. Oral antihyperglycemic therapy for type 2 diabetes mellitus. Canadian Medical Association Journal. 2005; 213-26.
3. Fernández Fernández I, Costa Mestanza CJ, Villafuerte Fernandez I. Trapia combinada en la Diabetes Mellitus tipo 2. FMC Formación Continuada en Medicina de Familia y Comunitaria. 1997; 10: 687-695.
4. Coniff RF, Shapiro JA, Seaton, TB, Bray GA. Multicenter, placebo-controlled trial comparing acarbose with placebo, tolbutamide and tolbutamide plus acarbose in non-insulin-

- dependent diabetes mellitus. Am J Med. 1995; 98: 443-451.
5. Groop LC. Sulfonylureas in NIDDM. Diabetes Care. 1992; 15: 737-754.
6. Lindstrom T, Erickson P, Olsson AG, Arnqvst HJ: Long-term improvement of glycemic control by insulin treatment in NIDDM patients with secondary failure. Diabetes Care. 1994;17: 719-721.
7. Melander A, Lebovitz HE, Faber OK. Sulfonylureas: Why?, Wich? and How? Diabetes Care. 1990: 13: 18-25.
8. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet. 1998; 352: 837-853.
9. UK Prospective Diabetes Study Group. Effect of intensive blood glucose control policy with

metformin on complications in type 2 diabetes patients (UKPDS 34). *Lancet*. 1998; 352: 854-865.

10. Hermann LS, Schesten B, Bitzén PO, Kjellström T, Melander A. Therapeutic comparison of metformin and sulfonylurea, alone and in various combinatios. A double-blind controlled study. *Diabetes Care*. 1994; 17: 1100-1109.

11. Leiva A, Piñón F, Tébar J. Eficacia clínica y tolerancia de la acarbose en el tratamiento de pacientes diabéticos no dependientes de la insulina (tipo II). *Med Clin (Barc)*. 1993; 100: 368-171.

12. DeFronzo RA, Goodman AM. The Multicenter Metformin Study Group: Efficacy of metforin in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 1995; 333: 541-549.

13. Bayraktar M, Van Thiel DH, Adalar N. A comparison of acarbose versus metformin as an Adjuvant therapy in Sulfonylurea-Treated NIDDM Patients. *Diabetes Care*. 1996; 19: 252-254.

14. Dunn CJ, Peters DH. Metformin. A review of its pharmacological properties and therapeutical propertiers and therapeutics use in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Drugs*. 1995; 49: 721-749.

15. Landstedt-Hallin L, Adamson U, Arner P, Bolinder J, Lins P. Comparison of bedtime NPH or preprandial rregular insulin combined with glibenclamide in secondary sulfonylurea failure. *Diabetes Care* 1995; 18: 1183-1186. Abstract online: <http://www.diabetes.org/DiabetesCare/1995-08/1183.htm>

16. Grant PJ. The effect of high- and Medium-Dose Metformin Therapy on Cardiovascular Risk Factors in Patients with Type II Diabetes. *Diabetes Care*. 1996; 19: 64-66.

17. Yki-Jarvinen H, Kauppila M, et al. Comparison of insulin regimes in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *N Eng J Med*. 1992; 327: 1426-1433.

18. Pugh JA, Wagner ML. Is combination sulphonylureas and insulin therapy useful in NIDDM patients? A metaanalysis. *Diabetes Care*. 1992; 15: 953-959.

19. Williams G. Tratamiento de la diabetes no insulino dependiente. *The Lancet* 1994; 24: 287-293.

20. Chow CC, Tsang LW, Sorensen JP, Cockram CS. Comparison of insulin with or without continuation of oral hypoglycemic agents in the treatment of secondary failure in NIDDM patients. *Diabetes Care*. 1995; 18: 307-314.

21. Landsted-Hallin L, Adamson U, Arner P, Bolinder J, Lins PE. Comparison of bedtime NPH or preprandial regular insulin combined with glibenclamide in secondary sulfonylurea failure. *Diabetes Care*. 1995; 18: 1183-1186.

22. Johnson JL, Wolf SL, Kabadi UM. Efficacy of insulin and sulfonylurea combination therapy in type II diabetes. A meta-analysis of the randomized placebo-controlled trials. *Arch Intern Med* 1996; 156: 259-264.

23. Grupo de Trabajo. Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2003-2007. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2003

24. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2007. *Diabetes Care*. 2007; 30: S4.

25. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared with the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. Nauck, Michael. *Diabetes, Obesity and metabolism*. 2007; 9: 194-205.

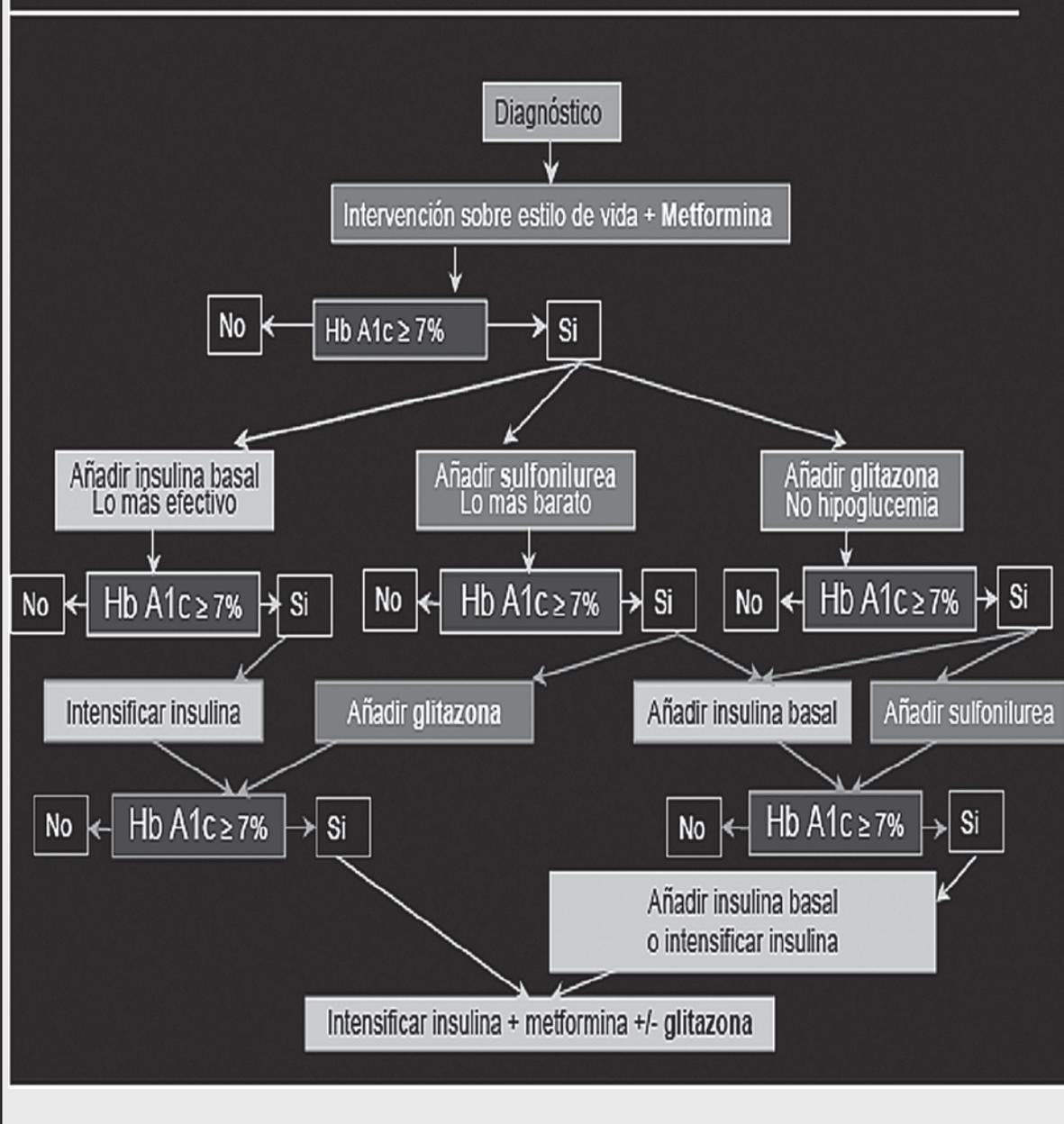
26. Effect of the Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor Sitagliptin as Monotherapy on Glycemic Control in Patients With Type 2 Diabetes. Aschner, Pablo. *Diabetes Care*, 2006; 29: 2632-2637.

En la elaboración de este artículo se han utilizado los siguientes textos:

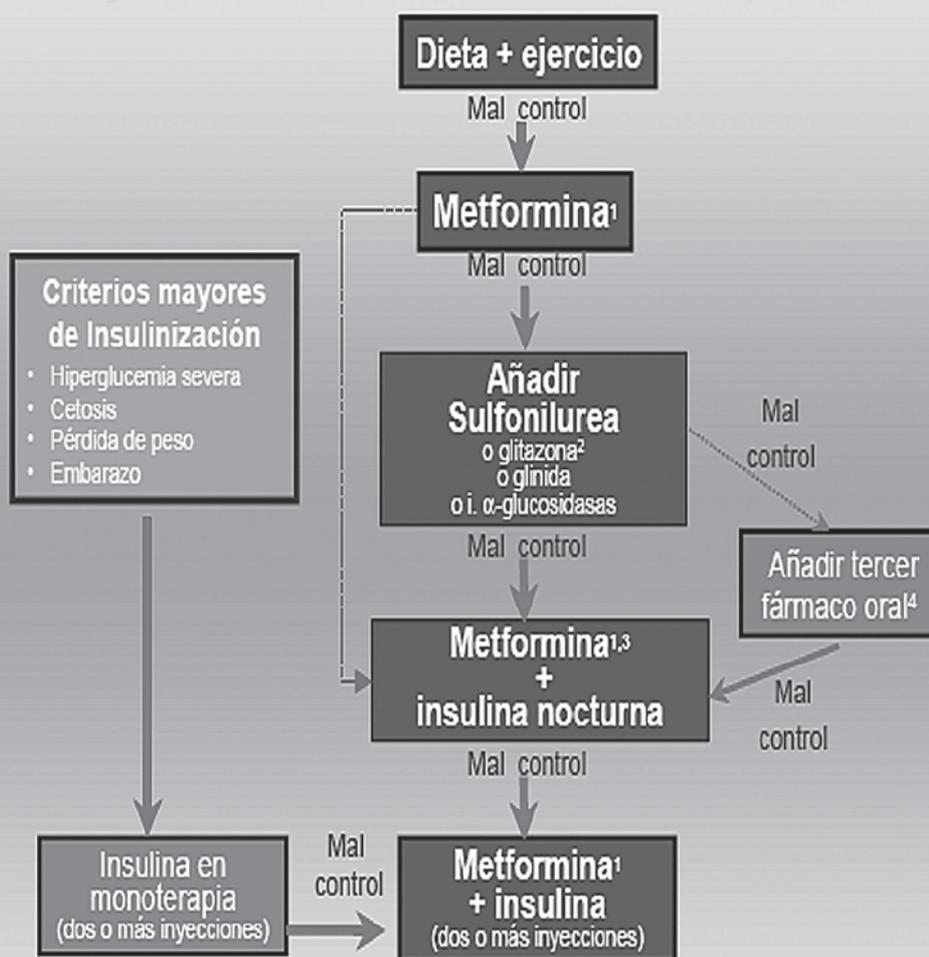
1. Grupo de Diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). *Diabetes en Medicina de Familia: Guía clínica*. Granada, 1997. URL: <http://www.cica.es/aliens/samfyc>. Actualizada online 2008:

2. Fernández Fernández I. Actualización en antidiabéticos orales. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2001; 25:33-45

Algoritmo de tratamiento DM2 ADA/EASD 2006



Algoritmo de tratamiento DM2. Gedaps 2006



En línea discontinua otras alternativas terapéuticas a considerar

1. Si está contraindicada o no se tolera considerar otros fármacos (habitualmente una SU)
2. Considerar glitazona si obesidad abdominal: menor riesgo de hipoglucemias pero mayor coste que SU
3. Si el paciente toma dos o más fármacos orales mantener misma dosis de metformina y valorar suspender el resto.
4. Habitualmente: metformina + SU + Glitazona

ARTÍCULO ESPECIAL

La experiencia de una Médico de Familia en el equipo directivo de un hospital regional durante tres años

Bonillo García MA.

Médico de Familia Centro de Salud Gran Capitán. Distrito Sanitario Granada

En el mes de mayo del año 2004 se produjo la incorporación de un nuevo Equipo de Dirección al Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (HUVN). Este equipo, en su nueva estructura directiva, aprobó la creación de una subdirección médica transversal responsable de la Cooperación e Integración Asistencial que, entre otras funciones, asume la supervisión y coordinación de la atención ambulatoria y de consultas externas de los cuatro centros que forman el hospital, para garantizar la máxima integración entre servicios, que supervisa y dirige la implantación de Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) y es responsable de la coordinación con los distritos de Atención Primaria (ver FIGURA).

El diseño de una subdirección transversal de este tipo permite desarrollar sus estrategias en todos los centros así como la obligada interrelación con el resto de miembros del equipo tanto del hospital como de primaria, siendo fundamental la coordinación interna con la Subdirección Médica de la que dependen los servicios de apoyo al diagnóstico, la Subdirección de Comunicación y Relaciones con el Ciudadano que coordina todos los servicios de información y atención al ciudadano y la Subdirección de Desarrollo Tecnológico y Sistemas de Información responsable del diseño y gestión de agendas e implantación de nuevas tecnologías de la información y el conocimiento (TICs).

La idea era acercar el hospital y la primaria y que ambos se conocieran más y mejor. Continuar

potenciando los grupos de trabajo conjunto y velar porque en cada momento nuestros pacientes fueran atendidos en el lugar y por los profesionales más adecuados. Por todo lo anterior, la oportunidad que se presentaba de colaborar en el proyecto era muy atractiva para alguien procedente y conocedora de la primaria.

No era la primera vez que un médico de familia formaba parte del equipo directivo de un hospital, muchos compañeros han estado o están en puestos directivos de diferentes hospitales, pero la experiencia de un puesto con la misión y objetivos de éste sí le daba una particularidad diferente.

El trabajo directivo en cualquier ámbito, hospital o primaria, es intenso. Se aprende a trabajar en equipo, que el éxito o el fracaso de cada uno es el de todos, la importancia que debemos dar a la transparencia de la información en las relaciones profesionales y que los cambios son posibles a pesar de que a veces haya que insistir en ellos.

En enero de 2005 el hospital editó y comunicó el *PLAN ESTRATÉGICO DE GESTIÓN 2005-2010* ("El Hospital que queremos") (TABLA-1) con trece objetivos estratégicos, en el Objetivo nº 6 se planificaba la cooperación con primaria.

Posteriormente se hizo una primera evaluación del grado de cumplimiento de los dos primeros años: *PRIMER INFORME DE CUMPLIMIENTO 2005-2006* (TABLA-2) en el se detallan las acciones desarrolladas, en curso y pendientes de desarrollo a los dos años de la puesta en marcha.

Se ha dado prioridad a la cooperación y el trabajo conjunto con las Direcciones de los cuatro Distritos de Atención Primaria del Área Hospitalaria (*DS Granada, DS Metropolitano, DS Gra-*

Correspondencia: Mari Ángeles Bonillo García
Centro de Salud Gran Capitán. C/. Gran Capitán, 10.
18002 Granada
Tlf.: 958897048
E-mail: mariaa.bonillo.sspa@juntadeandalucia.es

Med fam Andal; 2: 56-61

nada Nordeste y DS Jaén Sur), y los *Acuerdos de Gestión entre Hospitales y Distritos del SAS*, firmados anualmente, han servido de punto de partida en el deseo de conseguir una visión continuada de la atención al ciudadano, fomentar un escenario compartido y cooperativo entre distritos y hospitales, tener como elemento de primer orden la eliminación de cualquier factor que pueda producir fracturas en la continuidad asistencial e incorporar la gestión por procesos como elemento que facilite esta tarea.

La puesta en marcha durante 2005 del *Decreto de Garantía 96/2004 de plazo de respuesta en Procesos Asistenciales, Consultas Externas y Procedimientos Diagnósticos* hizo necesaria la creación de una *Comisión Interniveles* para el control y el seguimiento del mismo. El hospital debía prepararse para poder garantizar una información actualizada sobre las agendas, oferta de primeras consultas para el año y la realización de pruebas diagnósticas de acuerdo con su cartera de servicios. Los distritos tenían que establecer su demanda ajustándose a los estándares fijados con el compromiso de no superarlos.

Tras dos años de trabajo conjunto, el hospital y los cuatro distritos de su área tienen 22 PAIs implantados (10 de ellos con agenda a la que accede directamente primaria) y 126 agendas con acceso a través del módulo de citación Diraya para primeras consultas procedentes de primaria (114 nominales y subsidiarias, por tanto, de libre elección). De la misma forma y con el objetivo de aumentar la capacidad de resolución de primaria, ésta tiene acceso directo a 17 pruebas diagnósticas, algunas desde los propios centros de salud y otras centralizadas en los distritos. (TABLA.-3)

Herramientas fundamentales en todo este proceso han sido la creación, por un lado, de la *Comisión de Coordinación y Evaluación de Procesos Asistenciales, Consultas Externas y Procedimientos Diagnósticos* y, por otro, del *Foro de Continuidad Asistencial en la web del HUVN* (www.hvn.es). La *Comisión* tiene reuniones mensuales y el *Foro*, incluido desde noviembre de 2006 en el *Banco de Prácticas Innovadoras de la Dirección General de Innovación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía* (www.saludinnova.com), permite mantener una comunicación virtual, multilateral, rápida y transparente de toda la información relevante

sobre temas de Continuidad Asistencial. De ambos forman parte la totalidad de miembros de los equipos directivos del hospital y los cuatro distritos y en el *Foro* también están incluidos los responsables de los servicios de información y atención al ciudadano del hospital y primaria. Desde su puesta en marcha, en abril de 2005, el *Foro* se ha convertido en la vía de comunicación fundamental entre el hospital y los cuatro distritos, con el valor añadido de la rapidez en la resolución de problemas y servir de base en el establecimiento de nuevos flujos de comunicación a todos y cada uno de los profesionales asistenciales con información actualizada que ayude en su práctica clínica.

El logotipo utilizado es un puente en construcción. La Dirección de Salud del Distrito Sanitario Granada lo incorporó en la portada del Acuerdo de Gestión de 2005 y desde ese momento han aparecido diferentes puentes en todas las presentaciones sobre Continuidad Asistencial. En estos años la construcción ha avanzado, los extremos de este puente imaginario se han ido aproximando un poco más y se ha querido desterrar del vocabulario la palabra "interniveles".

En los últimos meses, manteniendo las premisas de la confluencia y la búsqueda de nuevas formas de conocimiento directo, se han sistematizado reuniones periódicas de los equipos directivos del hospital y de cada uno de los distritos, con las Direcciones de las UCG de primaria que tienen de referencia el hospital. Con estos encuentros se pretende facilitar una detección más rápida de los problemas y agilizar las propuestas de mejora desde una visión compartida, además de la creación de sus foros virtuales respectivos. De esta forma los directores de las unidades de primaria transmiten las dificultades de cada uno de los centros y aportan posibles soluciones. Un ejemplo de los acuerdos de estas reuniones ha sido la creación de un circuito para "Casos Especiales", definiendo como tales a pacientes con alta sospecha de neoplasia, casos en los que es necesario una valoración en fase aguda, pacientes inestables, pruebas diagnósticas no demorables..., para los que se ha creado un circuito exclusivo de derivación desde primaria, con controles de calidad tanto por los responsables asistenciales como de la dirección, y así facilitar el estudio o la valoración inmediata en un plazo máximo de 24-48h.

El trabajo conjunto entre profesionales del hospital y de primaria continúa. Tres nuevos PAIs tienen en marcha sus grupos de implantación y desarrollo en 2007, para dar acceso a pruebas diagnósticas más específicas se han constituido otros, se realizan controles de calidad en ambos sentidos y son objetivos próximos la digitalización de la imagen radiológica y las peticiones electrónicas a los diferentes laboratorios desde primaria.

El conocimiento de la organización desde una perspectiva distinta y más global, ayuda cuando se retoman tareas asistenciales y hace que el día a día en el contacto con los pacientes sea diferente y mejor.

Si empezamos a entender que las inquietudes, dificultades y oportunidades son similares, independientemente del lugar de trabajo, comprenderemos más y mejor cada caso.

Los grupos de trabajo con profesionales de primaria y del hospital, enriquecen, facilitan y dan calidad al trabajo de todos.

La realización de proyectos conjuntos nos hace sentir que todos somos parte de ellos y compartir un objetivo común: la búsqueda de nuevas formas para mejorar la atención a nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Plan Estratégico de Gestión 2005-2010. Granada: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005. URL: www.hvn.es

- Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Plan Estratégico de Gestión 2005-2010. Primer Informe de Cumplimiento 2005-2006. Granada: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007. URL: www.hvn.es

- Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Plan de Calidad 2005-2010. Granada: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005. URL: www.hvn.es

- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Contrato Programa de los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud 2005-2008. URL: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud 2005-2008. URL: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. 2001. URL: www.csalud.juntaandalucia.es

- Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA 62 de 30 de marzo de 2004.

- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Banco de Prácticas Innovadoras. URL: www.saludinnova.com

TABLA 3.- PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y FORMA DE ACCESO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA (HUVN).

| PRUEBA DIAGNÓSTICA | FORMA DE ACCESO |
|---------------------------|---------------------------------|
| DENSITOMETRÍA | Pendiente concretar |
| ECOCARDIOGRAFÍA | Desde el propio Centro de Salud |
| ECOGRAFÍA ABDOMINAL | Desde el propio Centro de Salud |
| ECOGRAFÍA CADERAS | Pendiente concretar |
| ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA | Desde el Distrito |
| ECOGRAFÍA PARTES BLANDAS | Pendiente concretar |
| ECOGRAFÍA TIROIDEA | Pendiente concretar |
| ECOGRAFÍA UROLÓGICA | Desde el Distrito |
| ELECTROMIOGRAFÍA | Desde el Distrito |
| ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA | Desde el propio Centro de Salud |
| ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA | Desde el propio Centro de Salud |
| ESTUDIO RX CONTRASTE | Desde el Distrito |
| MAMOGRAFÍA | Desde el propio Centro de Salud |
| PRUEBA DE ESFUERZO | Desde el Distrito |
| TAC ABDOMINAL | Desde el Distrito |
| TAC CRANEAL | Desde el propio Centro de Salud |
| TAC TORACICO | Desde el Distrito |

TABLA 1.- PLAN ESTRATÉGICO DE GESTIÓN 2005-2010 HUVN ("El hospital que queremos")

Objetivo nº 1: Desarrollar programas específicos para colectivos con necesidades especiales o en situaciones de fragilidad social

Objetivo nº 2: Actualizar la Cartera de Servicios del Hospital y completar la oferta de prestaciones asistenciales en el marco Provincial y Regional

Objetivo nº 3: Mejorar la asistencia en consultas externas y Servicios Diagnósticos

Objetivo nº 4: Mejorar la asistencia en procesos quirúrgicos.

Objetivo nº 5: Mejorar la organización asistencial

Objetivo nº 6: Intensificar la Cooperación con Atención Primaria

| Objetivos Operativos | Planes Operativos | División Responsable |
|--|--|--|
| Definir pautas de derivación, interconsultas y petición de pruebas diagnósticas. | <ul style="list-style-type: none"> ● Plan de adecuación oferta demanda para e cumplimiento del decreto de garantía de demoras en Consultas externas ● Implantar el proceso de citación contemplado en el aplicativo que soporta la Historia de salud Digital del Ciudadano (Diraya) ● Aumentar el grado de resolución de las consultas, externas del Hospital, implantando el modelo de consulta de alta resolución. El plan contemplará: <ul style="list-style-type: none"> ● Pactos y protocolos de derivación con AP ● El seguimiento de algunos procesos por AP ● Realizar sesiones conjuntas para la valoración de pacientes oncológicos o complejos. ● Implantar los procesos asistenciales integrados. ● Incrementar la capacidad de resolución de AP mediante: <ul style="list-style-type: none"> ● El acceso protocolizado a medios diagnósticos ● La elaboración un manual de procedimientos para Laboratorios y Radiología. | Dirección Médica Dirección de Enfermería Dirección asistencial AP Coord. de Enfermería AP |
| Definir un modelo de seguimiento conjunto de determinados procesos tras el alta hospitalaria | <ul style="list-style-type: none"> ● Definir los procesos en los que debe realizarse seguimiento conjunto: pacientes terminales, pacientes con reagudización de su patología crónica de base, postoperados, etc. ● Protocolizar el seguimiento médico, definiendo el papel del médico de A Especializada y de A. Primaria una vez producida el alta, y garantizando la continuidad de los cuidados de Enfermería. | Dirección Médica Dirección de Enfermería Dirección asistencial AP Coord. de Enfermería AP |

Objetivo nº 7: Mejorar la gestión de pacientes

Objetivo nº 8: Desarrollar las Tecnologías de la Información y Comunicación. Incrementar la información y participación ciudadana

Objetivo nº 9: Elaborar y desarrollar un programa de Calidad Total

Objetivo nº 10: Desarrollo Profesional

Objetivo nº 11: Incrementar y mejorar la capacidad docente postgrado

Objetivo nº 12: Desarrollar la Investigación y el desarrollo

Objetivo nº 13: Adecuar las infraestructuras, recursos e instalaciones

**TABLA 2.- PLAN ESTRATÉGICO DE GESTIÓN 2005-2010 HUVN
("El hospital que queremos")
PRIMER INFORME DE CUMPLIMIENTO 2005-2006:**

EVALUACION DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS PARA CUMPLIR EL OBJETIVO Nº 6: INTENSIFICAR LA COOPERACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

Acciones desarrolladas:

- Creada la Web del Foro de Continuidad Asistencial como herramienta de comunicación/colaboración/cooperación entre el Hospital Universitario Virgen de las Nieves y sus cuatro Distritos Sanitarios de Atención Primaria de referencia. En funcionamiento desde abril de 2005 y aceptado por la Dirección General de Innovación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en el Banco de Prácticas Innovadoras.
- Creada la Comisión Inteneveles para el control y seguimiento de la puesta en marcha del Decreto de Garantía de plazo de respuesta en Procesos Asistenciales, Consultas Externas y Procedimientos diagnósticos durante 2005.
- Creada la Comisión de Coordinación y Evaluación de Procesos Asistenciales, Consultas Externas y Procedimientos Diagnósticos y en funcionamiento excelente desde enero 2006.
- Definición por parte de dicha Comisión de la secuencia de prioridades en la implantación, seguimiento y mejora de los diferentes procesos asistenciales integrados y evaluación del circuito funcional de atención a los pacientes tanto en consultas externas como en procedimientos diagnósticos.
- Implantación de Consultas en Acto Único con la existencia de pactos y protocolos de derivación con Atención Primaria para las Consultas Externas de Neumología, Cardiología, Reumatología y Nefrología.
- Implantación, seguimiento y mejora de 22 Procesos Asistenciales Integrados.

| PROCESOS ASISTENCIALES MAPA 1 | Constituc. del Grupo de Implantación | Análisis de situación | Elaboración de Arquitectura 4 | Plan de Comunicación/Formación | Constituc. de Grupo de Mejora |
|--|--------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Ansiedad, Depresión, Somatizaciones | SI | SI | SI | SI | SI |
| Atención al Paciente Pluripatológico | SI | SI | SI | NO | SI |
| Cáncer de Cérvix/Utero | SI | SI | SI | SI | SI |
| Cáncer de Mama | SI | SI | SI | SI | SI |
| Cataratas | SI | SI | SI | SI | NO |
| Colelitiasis/Colecistitis | SI | SI | SI | SI | NO |
| Cuidados Paliativos | SI | SI | SI | SI | SI |
| Demencia | SI | SI | SI | SI | SI |
| Diabetes | SI | SI | SI | SI | SI |
| Dolor Torácico | SI | SI | SI | NO | SI |
| Embarazo, Parto y Puerperio | SI | SI | SI | SI | SI |
| Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) | SI | SI | SI | SI | SI |
| Fractura de Cadera | SI | SI | SI | SI | NO |
| Hiperplasia Benigna/Cáncer de Próstata | SI | SI | SI | SI | SI |
| Insuficiencia Cardíaca | SI | SI | SI | NO | SI |
| VIH/SIDA | SI | SI | SI | SI | SI |
| PROCESOS ASISTENCIALES MAPA 2 | | | | | |
| Asma infantil | SI | SI | SI | SI | SI |
| Asma del adulto | SI | SI | SI | NO | SI |
| Cáncer Colorrectal | SI | SI | SI | SI | SI |
| Cáncer de Piel | SI | SI | SI | SI | SI |
| Disfonia/Cáncer de Laringe | SI | SI | SI | SI | SI |
| Disfunción Tiroidea | SI | SI | SI | SI | SI |
| Trasplantes: Hepático, Cardíaco y Pulmonar | SI | SI | NO | NO | NO |

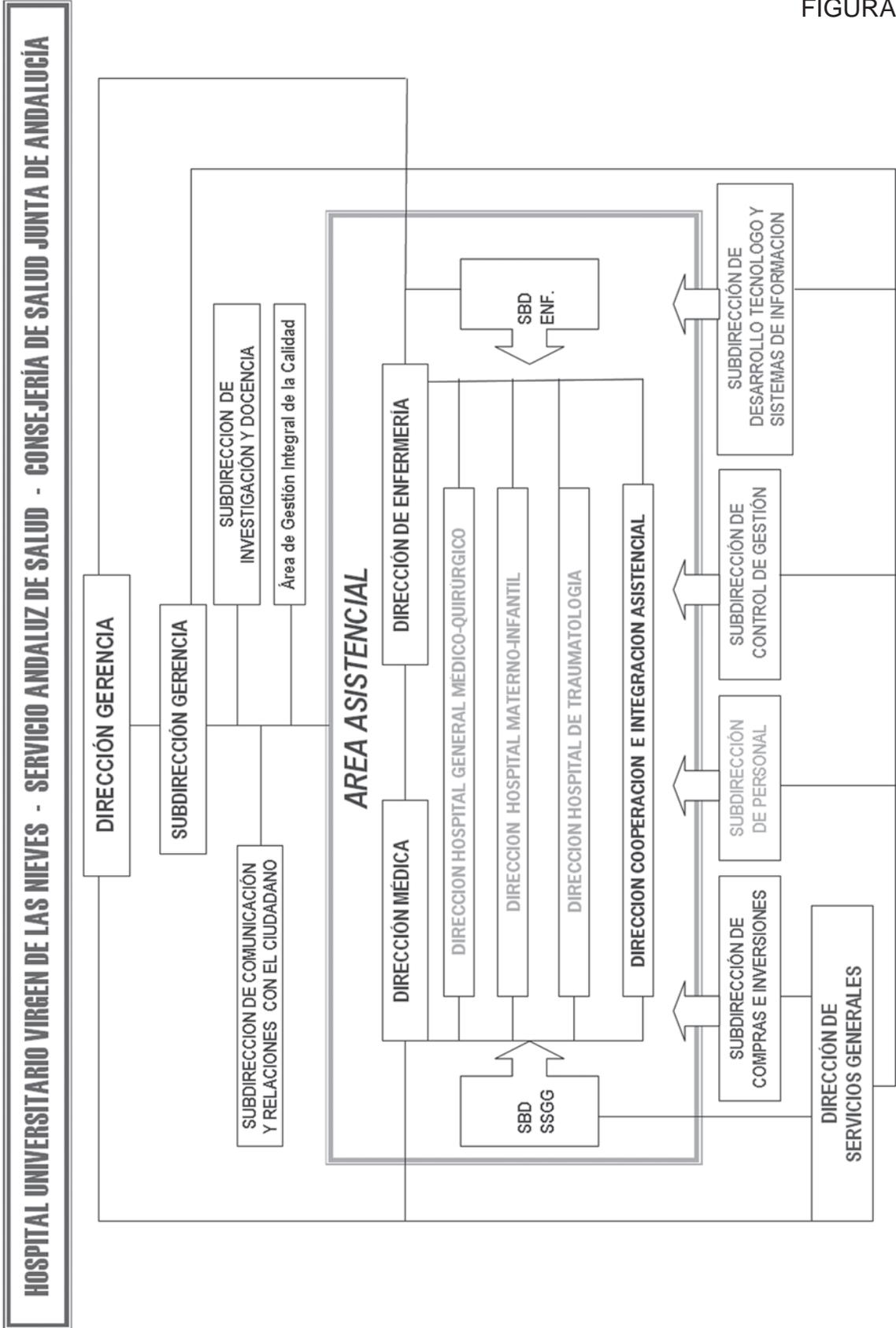
- Potenciar la capacidad de resolución de AP mediante el acceso protocolizado a medios diagnósticos

Acciones en curso:

- Garantizar que todo paciente ingresado tiene asignado, y lo conoce, un médico y un enfermero responsable de su proceso.

Acciones pendientes de desarrollo:

- Definir un modelo de seguimiento conjunto de determinados procesos tras el alta hospitalaria mediante las modalidades de Hospitalización domiciliaria, Hospital de día y Tele asistencia.
- La elaboración un manual de procedimientos para Laboratorios y Radiología.
- Reactivar la comisión de cuidados de área con los cuatro distritos de referencia.
- Monitorizar todos los elementos para la continuidad de los cuidados a fin de establecer el seguimiento de los mismos.
- Monitorizar los reingresos en pacientes frágiles, a fin de establecer el seguimiento.



FIGURA

CARTAS AL DIRECTOR

Medicina de Familia...

Sr. Director:

Después de mi estancia en Granada para hacer un curso de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia, quisiera expresar mis impresiones sobre la Atención Familiar.

ATENCIÓN PRIMARIA EN CHILE

Se concibe como tal a la organización de salud inserta en una comuna, con capacidad de dar respuesta a los problemas de salud de la población atendida, vale decir, resolver sin necesidad de derivar al paciente a un nivel de mayor complejidad.

Ello conlleva a que la población asignada a un determinado Consultorio o CESFAM, crea un vínculo permanente en dicho establecimiento, dado que es allí en donde encuentra satisfechas sus necesidades en Salud, con calidad, con un menor tiempo de espera y a un menor costo para el usuario y para el Sistema de Salud.

Es así como los Equipos de Salud estamos llamados a responder ante este desafío contando con recurso humano capacitado y actualizado de modo de evitar que nuestros usuarios sean derivados a la Atención Secundaria o Terciaria de manera innecesaria. Esto fundamentado en que las patologías más frecuentes no requieren de un manejo especializado y son las que ocupan una alta tasa de consulta general tanto en los establecimientos de Atención Primaria, como en los servicios de atención de urgencia hospitalarios y el sistema de atención privado.

De esta manera debemos entender que la satisfacción con calidad de nuestros usuarios es coherente con el Modelo de Salud Familiar, somos la gran puerta de entrada al Sistema de Salud Público, es nuestra responsabilidad dar una mirada al conjunto de necesidades de nuestra población con integralidad, estableciendo un diag-

nóstico que va más allá del individuo, respetando su ciclo vital, con un enfoque biopsicosocial, considerando su entorno familiar y su participación dentro de la comunidad.

Ello tiene consistencia en la medida que no sólo le ofrecemos la oportunidad de ingresar, sino que además le ofrecemos continuidad acompañando los distintos procesos vividos al interior de la familia, aportando conocimientos que los hagan responsables de su estado salud o enfermedad y por ende también dueños de su auto-cuidado.

Pero este nivel de resolutivez no sería posible sin la voluntad política que reside en el Ministerio de Salud, es él quien establece los lineamientos de la gestión en salud, inyectando recursos no sólo a la Atención Primaria, sino también mejorando el acceso a los niveles especializados, para que los equipos de salud podamos actuar de manera coordinada a través de la Red Asistencial con criterios comunes, optimizando los siempre escasos recursos, logrando que el tránsito de nuestros pacientes sea digno, oportuno y expedito.

Derivado de lo anterior es que el Ministerio de Salud ha decidido en los últimos años, potenciar la capacidad de respuesta de los establecimientos de Atención Primaria, mejorando y monitoreando la Promoción y Prevención en Salud, abordando la Epidemiología y la asistencialidad a través del Modelo de Salud Familiar, que además de aportar una visión integral se puede realizar en forma ambulatoria, ahorrando al Estado de Chile el mayor gasto que significa la atención secundaria y terciaria.

Sin embargo, desde el quehacer médico dentro de la Atención Primaria, queda mucho por hacer. Hay carencia de este profesional, pues el trabajo en Atención Primaria no siempre, es bien valorado por los otros niveles de atención, pese a que con nuestras manos y un fonendoscopio resolvemos más del 90% de las consultas, mucho más que lo que resuelven nuestros colegas especialistas con su alto nivel de tecnología desplegado en el nivel hospitalario. Frente a este escenario, los médicos recién egresados, buscan rápidamente la forma de obtener una especialidad, sin dejar de mencionar por lo demás, que ello significa una mejora ostensible en sus ingresos.

Por otro lado, nuestros médicos en el nivel primario de atención, tradicionalmente han estado vinculados a la labor asistencial, y no como participantes activos del equipo gestor de cada establecimiento. Ello está teniendo un vuelco en los últimos años por la llegada de las primeras promociones de Médicos de Familia, quienes luego de una preparación de 3 años retornan a la actividad clínica en los centros de salud, con una visión clara de los objetivos y ventajas del nuevo modelo, siendo considerados dentro de los equipos directivos a nivel local.

VENTAJAS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA ANDALUZ

Una clara ventaja del Sistema Primario Andaluz, es su disponibilidad de recursos económicos impensados en el Sistema de Atención Primaria Chileno, no por falta de una voluntad política del nivel central, sino por las características de país desarrollado que España tiene, y que ojalá Chile consiga con su envejecer como nación.

De lo anterior, se deduce el alto nivel tecnológico alcanzado en sus Centros de Salud, como no citar como ejemplo, Diraya como un sistema informático unificado, que permite una atención on line dentro de cada centro de salud y entre los distintos establecimientos, incluida la atención hospitalaria. No puedo negar mi sorpresa al conocer la Receta 21, que facilita no sólo la actividad médica, sino que además, es un beneficio directo para los pacientes que hacen uso de ella. El sistema de cita previa también merece la pena de ser mencionado, como una modalidad más cómoda de obtener acceso a la atención, sin dejar de mencionar que tengo mis reservas porque también constituye un sistema de supervigilancia hacia los profesionales que mira de manera continua su quehacer, que es desde la mirada del gestor una herramienta de evaluación de procesos, pero para el observado se puede convertir en un instrumento perverso de control, que no le permita la autogestión.

Otra ventaja, pero en la cual ya se está trabajando en Chile, es la validación de los profesionales que trabajamos en Atención Primaria frente a nuestros pares del nivel hospitalario, ello permite un trabajo en red que otorga continuidad

en la atención de nuestros pacientes desde su domicilio, pasando por su centro de salud y hasta la atención en el nivel secundario. Ello da la cierta percepción de acompañamiento de los profesionales de los equipos de cabecera del nivel primario hacia el paciente y su familia, lo que por supuesto fortalece el vínculo médico-paciente.

Por otro lado, el Nivel de Atención Primaria Andaluz tiene la gran ventaja, de obedecer al gobierno autónomo andaluz, de donde se desprenden las políticas en salud con una mirada a conseguir objetivos macro, sin dejar que la autoridad local, como los alcaldes de nuestros municipios, presionen a los directivos de los establecimientos, obedeciendo a la voz popular para obtener ganancias en las urnas de votación cada vez que participan de una candidatura.

Valoro enormemente, el esfuerzo desplegado por el Gobierno Andaluz, para la protección de la vejez. Ello reflejado desde el ámbito preventivo-promocional, como lo constatamos en terreno, con la visita al Centro de Día para Mayores "Buenos Aires", como también en el nivel de atención en domicilio tanto del paciente como de su cuidador, en el caso de los Adultos Mayores no autovalentes.

REFLEXIÓN PERSONAL

No puedo dejar de mencionar el sentido casi romántico de la medicina, que creo es falente en la atención médica andaluza. Junto con la modernidad que conlleva el ordenador, creo se ha perdido el encanto de mirar a los pacientes a los ojos, pues por el tiempo tan acotado de atención, y la necesidad de llenar correctamente cada registro ello es un lujo que no se permite. Por otro lado, tal vez por nuestra cultura más paternalista, en Chile no se concibe la atención médica sin un exámen físico completo, pese a que el motivo de consulta sea claro y específico, pues el que el médico toque a sus pacientes aún en nuestra cultura tiene la magia de la sanación.

PROYECTOS A TRABAJAR EN CHILE

- Potenciar las habilidades y autocuidado del Adulto Mayor trabajando en conjunto con el

Club del Adulto Mayor existente en la comuna de Requínoa.

· Capacitación de Mujeres Jefas de Hogar en cuidados de Adultos Mayores y pacientes inmovilizados, de modo que tras la obtención de estas habilidades puedan ser insertadas a través de un Programa de Empleo Municipal y ayuden a los cuidadores informales de pacientes del Programa Postrados de la comuna.

A todos aquellos profesionales que hicieron de mi estadía en Gran Capitán una grata experiencia.

Especial mención merece Encarnación Figueroa, por su permanente preocupación de los pasantes tanto en lo académico, como en su empeño por hacernos sentir como en casa.

Granada, 31 de Octubre de 2007.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Gálvez por su buena acogida y siempre buena disposición.

E.U. Manuel Trabado, por su dedicación.

Arenas Contreras S.

*Directora-Jefe Departamento de Salud.
Consultorio de Requínoa-Sexta Región. Chile
dra.arenas@gmail.com*



VII Jornadas de la **SAMFyC**
para R3 de Medicina Familiar
y Comunitaria

Hotel Occidental

Cordoba, 3 y 4 de Abril de 2008

Web : www.jornadasr3samfyc.com



SAMFyC
Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de abril a 30 de junio 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 abril 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.

Maheswaran R, Pearson T, Munro J, Jiwa M, Campbell MJ, Nicholl J. Impact of NHS walk-in centres on primary care access times: ecological study. *BMJ*. 2007; 334:838 [C,II]

Fox R, Fletcher J. Alarm symptoms in primary care. *BMJ*. 2007; 334:1013-1014 [AO,I]

Campbell JL. Provision of primary care in different countries. *BMJ*. 2007 ;334:1230-1231 [AO,I]

Zealand, and the United States: cross sectional analysis of results from three national surveys. *BMJ*. 2007 ;334:1261 [T,I]

Iliff D. Do we need primary care? *Fam Pract Manag*. 2007; 14:11-12 [AO,I]

García MA, Martín V, Ramírez D, González Y, Hidalgo I, Escibano E. Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gac Sanit*. 2007; 21: 219-226 [T,I]

Gervas J, Pane O, Sicras A; Seminario Innovación en Atención Primaria. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 540-544 [AO,II]

Pardell H, Gual A, Oriol-Bosch A ¿Qué significa ser médico, hoy? *Med Clin (Barc)*. 2007; 129: 17 - 22 [R,I]

Hansson A, Gunnarsson R, Mattsson B. Balancing - an equilibrium act between different positions: an exploratory study on general practitioners' comprehension of their professional role. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25:80-85 [C,II]

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

Guirguis-Blake J, Lin KW, Barton MB. Is there benefit to coronary calcium screening? *Am Fam Physician*. 2007;75:1155-1156 [AO,II]

Mieres JH, Makaryus AN, Redberg RF, Shaw LJ. Noninvasive cardiac imaging. *Am Fam Physician*. 2007;75:1219-1228 [R,II]

Oh RC, Lanier JB. Management of hypertriglyceridemia. *Am Fam Physician*. 2007;75:1365-1371 [R,II]

Parker ED, Schmitz KH, Jacobs DR Jr, Dengel DR, Schreiner PJ. Physical activity in young adults and incident hypertension over 15 years of follow-up: the CARDIA study. *Am J Public Health*. 2007;97:703-709 [S,I]

Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med*. 2007;146:857-867 [M,II]

Taubert D, Roesen R, Schomig E. Effect of cocoa and tea intake on blood pressure: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2007;167:626-634 [M,I]

Haentjens P, Van Meerhaeghe A, Moscariello A, De Weerdts S, Poppe K, Dupont A, et al. The impact of continuous positive airway pressure on blood pressure in patients with obstructive sleep apnea syndrome: evidence from a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Arch Intern Med*. 2007; 167: 757-764 [M,I]

Kurth T, Gaziano JM, Cook NR, Bubes V, Logroscino G, Diener HC, et al. Migraine and risk of cardiovascular disease in men. *Arch Intern Med*. 2007;167:795-801 [S,I]

- Hu. Obesity and mortality: watch your waist, not just your weight. *Arch Intern Med.* 2007; 167: 875-876 [AO,I]
- Weymiller AJ, Montori VM, Jones LA, Gafni A, Guyatt GH, Bryant SC, et al. Helping patients with type 2 diabetes mellitus make treatment decisions: statin choice randomized trial. *Arch Intern Med.* 2007 ;167:1076-1082 [EC,II]
- Franco OH, Steyerberg EW, Hu FB, Mackenbach J, Nusselder W. Associations of diabetes mellitus with total life expectancy and life expectancy with and without cardiovascular disease. *Arch Intern Med.* 2007;167:1145-1151 [T,II]
- Hyman DJ, Pavlik VN, Taylor WC, Goodrick GK, Moye L. Simultaneous vs sequential counseling for multiple behavior change. *Arch Intern Med.* 2007;167:1152-1158 [EC,I]
- Barrueco M, Gómez G, Torrecilla M, Perez A, Bartolomé C. Valor de la intervención breve y los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en adolescentes. *Arch Bronconeumol.* 2007; 43: 334-339 [R,I]
- Miguel F, García A, Montero MJ, Merino A, Sanz R, Maderuelo JA. PAPPs cardiovascular 2005: un análisis crítico. *Aten Primaria.* 2007; 39: 201-206 [R,II]
- Botija MP, Lizan L, Gosalbes V, Bonet A, Fornos A. ¿Cómo influye el tratamiento intensivo de los factores de riesgo cardiovascular en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes diabéticos? *Aten Primaria.* 2007; 39: 227-233 [EC,I]
- Ferreira-Gonzalez I, Busse JW, Heels-Ansdell D, Montori VM, Akl EA, Bryant DM, et al. Problems with use of composite end points in cardiovascular trials: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ.* 2007;334:786 [M,II]
- Cappuccio FP. Salt and cardiovascular disease. *BMJ.* 2007;334:859-860 [AO,I]
- Cook NR, Cutler JA, Obarzanek E, Buring JE, Rexrode KM, Kumanyika SK, et al. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ.* 2007;334:885 [M,I]
- Ong HT. Beta blockers in hypertension and cardiovascular disease. *BMJ.* 2007;334:946-949 [R,I]
- Skinner JS, Cooper A, Feder GS. Secondary prevention for patients after a myocardial infarction: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2007;334:1112-1113 [M,II]
- Peters RJ, Mehta S, Yusuf S. Acute coronary syndromes without ST segment elevation. *BMJ.* 2007;334:1265-1269 [R,I]
- Kahn R. Metabolic syndrome: is it a syndrome? Does it matter? *Circulation.* 2007;115:1806-1810 [AO,I]
- Beaser RS, Levy P. Metabolic syndrome: a work in progress, but a useful construct. *Circulation.* 2007;115:1812-1818 [AO,I]
- Williams B. The obese hypertensive: the weight of evidence against beta-blockers. *Circulation.* 2007;115:1973-1974 [AO,I]
- Scholze J, Grimm E, Herrmann D, Unger T, Kintscher U. Optimal treatment of obesity-related hypertension: the Hypertension-Obesity-Sibutramine (HOS) study. *Circulation* 2007;115:1991-1998 [EC,I]
- Verdecchia P, Angeli F, Cavallini C. Ambulatory blood pressure for cardiovascular risk stratification. *Circulation.* 2007;115:2091-2093 [AO,I]
- Kikuya M, Hansen TW, Thijs L, Bjorklund-Bodegard K, Kuznetsova T, Ohkubo T, et al; International Database on Ambulatory blood pressure monitoring in relation to Cardiovascular Outcomes Investigators. Diagnostic thresholds for ambulatory blood pressure monitoring based on 10-year cardiovascular risk. *Circulation.* 2007;115:2145-2152 [S,II]
- Wyse DG. Bleeding while starting anticoagulation for thromboembolism prophylaxis in elderly patients with atrial fibrillation: from bad to worse. *Circulation.* 2007;115:2684-2686 [AO,I]
- Rosendorff C, Black HR, Cannon CP, Gersh BJ, Gore J, Izzo JL, et al; American Heart Association Council for High Blood Pressure Research; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention. Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease: a scientific statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention. *Circulation.* 2007;115:2761-2788 [M,II]
- Adams HP, del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, et al; American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; American Heart Association/American Stroke Association Clinical Cardiology Council; American Heart Association/American Stroke Association Cardiovascular Radiology and Intervention Council; Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Working Group; Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Group. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Circulation.* 2007;115:e478-534 [M,II]
- Tong PC, Kong AP, So WY, Yang X, Ho CS, Ma RC, et al. The usefulness of the International Diabetes Federation and the National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III definitions of the metabolic syndrome in predicting coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2007;30:1206-1211 [T,I]
- Meigs JB, Rutter MK, Sullivan LM, Fox CS, D'Agostino RB, Wilson PW. Impact of insulin resistance on risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease in people with metabolic syndrome. *Diabetes Care.* 2007;30:1219-1225 [T,I]
- Coleman RL, Stevens RJ, Retnakaran R, Holman RR. Framingham, SCORE, and DECODE risk equations do not provide reliable cardiovascular risk estimates in type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2007;30:1292-1293 [T,I]
- Li C, Ford ES. Is there a single underlying factor for the metabolic syndrome in adolescents? A confirmatory factor analysis. *Diabetes Care.* 2007;30:1556-1561 [T,I]
- Klein S, Allison DB, Heymsfield SB, Kelley DE, Leibel RL, Nonas C, et al; Association for Weight Management and Obesity Prevention; NAASO; Obesity Society; American Society for Nutrition; American Diabetes Association. Waist circumference and cardiometabolic risk: a consensus statement from shaping America's health: Association for Weight Management and Obesity Prevention; NAASO, the Obesity Society; the American Society for Nutrition; and the American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2007;30:1647-1652 [R,II]
- Luders S. Drug therapy for the secondary prevention of stroke in hypertensive patients : current issues and options. *Drugs.* 2007;67:955-963 [AO,I]

- Coccheri S. Approaches to prevention of cardiovascular complications and events in diabetes mellitus. *Drugs*. 2007;67:997-1026 [R,I]
- Epstein BJ, Vogel K, Palmer BF. Dihydropyridine calcium channel antagonists in the management of hypertension. *Drugs*. 2007;67:1309-13027 [R,I]
- Tikhonoff V, Casiglia E. Metabolic syndrome: nothing more than a constellation? *Eur Heart J*. 2007;28:780-781 [AO,I]
- Wang J, Ruotsalainen S, Moilanen L, Lepistö P, Laakso M, Kuusisto J, et al. Waist circumference and waist-to-hip ratio as predictors of cardiovascular events: meta-regression analysis of prospective studies. *Eur Heart J*. 2007;28:850-856 [M,I]
- Wang J, Ruotsalainen S, Moilanen L, Lepistö P, Laakso M, Kuusisto J. The metabolic syndrome predicts cardiovascular mortality: a 13-year follow-up study in elderly non-diabetic Finns. *Eur Heart J*. 2007;28:857-864 [S,I]
- Lip GY, Watson T. Stroke prevention in atrial fibrillation: antiplatelet therapy revisited. *Eur Heart J*. 2007;28:926-928 [AO,II]
- Empana JP, Ducimetiere P, Balkau B, Jouven X. Contribution of the metabolic syndrome to sudden death risk in asymptomatic men: the Paris Prospective Study I. *Eur Heart J*. 2007;28:1149-1154 [S,I]
- Kaul P. Cost-effectiveness of high-dose atorvastatin compared with usual-dose simvastatin: less than IDEAL? *Eur Heart J*. 2007;28:1405-1406 [AO,II]
- Lindgren P, Graff J, Olsson AG, Pedersen TJ, Jönsson B; on behalf of the IDEAL Trial Investigators. Cost-effectiveness of high-dose atorvastatin compared with regular dose simvastatin. *Eur Heart J*. 2007;28:1448-1453 [CE,II]
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2007;28:1462-1536 [M,III]
- Dean SC, Kerry SM, Cappuccio FP, Oakeshott P. Pilot study of potential barriers to blood pressure control in patients with inadequately controlled hypertension. *Fam Pract*. 2007;24:259-262 [T,II]
- Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, Wu L, Barad D, Barnabei M, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA*. 2007;297:1465-1477 [EC, I]
- Campbell CL, Smyth S, Montalescot G, Steinhubl SR. Aspirin dose for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review. *JAMA*. 2007;297:2018-2024 [M,II]
- Church TS, Earnest CP, Skinner JS, Blair SN. Effects of different doses of physical activity on cardiorespiratory fitness among sedentary, overweight or obese postmenopausal women with elevated blood pressure: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;297:2081-2091 [EC,I]
- Ebbeling CB, Leidig MM, Feldman HA, Lovesky MM, Ludwig DS. Effects of a low-glycemic load vs low-fat diet in obese young adults: a randomized trial. *JAMA*. 2007;297:2092-2102 [EC, I]
- Hankey GJ. Clinical update: management of stroke. *Lancet*. 2007; 369:1330-1332 [R,I]
- O'Donnell M, Kearon C. Thromboembolism prevention in ischaemic stroke. *Lancet*. 2007; 369:1413-1415 [R,I]
- Frieden TR, Bloomberg MR. How to prevent 100 million deaths from tobacco. *Lancet*. 2007;369:1758-1761 [R,I]
- Ormiston J, Webster M. Absorbable coronary stents. *Lancet*. 2007;369:1839-1840 [AO,I]
- Carlsson CM. Lowering homocysteine for stroke prevention. *Lancet*. 2007;369:1841-1842 [AO,I]
- Wang X, Qin X, Demirtas H, Li J, Mao G, Huo Y, et al. Efficacy of folic acid supplementation in stroke prevention: a meta-analysis. *Lancet*. 2007;369:1876-1882 [M,II]
- Gartner CE, Hall WD, Vos T, Bertram MY, Wallace AL, Lim SS. Assessment of Swedish snus for tobacco harm reduction: an epidemiological modelling study. *Lancet*. 2007;369:2010-2014 [T,I]
- Zimmet P, Alberti G, Kaufman F, Tajima N, Silink M, Arslanian S, et al; International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention of Diabetes. The metabolic syndrome in children and adolescents. *Lancet*. 2007;369:2059-2061 [R,I]
- Solomon SD, Janardhanan R, Verma A, Bourgoun M, Daley WL, Purkayastha D, et al. Effect of angiotensin receptor blockade and antihypertensive drugs on diastolic function in patients with hypertension and diastolic dysfunction: a randomised trial. *Lancet*. 2007;369:2079-2087 [EC,I]
- De la Sierra A, Divison JA. Valor pronóstico de la presión arterial en el paciente diabético. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 495-497 [AO,I]
- Canon L, Díaz N, Calvo JJ, Cruces E, Nieto T, Buitrago F. Incidencia de enfermedad cardiovascular y validez de las tablas de riesgo coronario en pacientes diabéticos con síndrome metabólico. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 529-535 [S,I]
- Barríos V, Escobar C, Calderon A, Llisterri JL, Alegria E, Muniz J, et al. Adecuación del tratamiento de los pacientes hipertensos con síndrome metabólico. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 647-651 [T,I]
- Millán J; Grupo Multidisciplinario para el Estudio del Riesgo Cardiovascular. Tratamiento de la dislipemia en pacientes con síndrome metabólico o con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 786-794 [R,II]
- Sierra C, De la Sierra A, Sobrino J, Segura J, Banegas JR, Gorostidi M, et al; en representación de los Investigadores del Registro Nacional de MAPA. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): características clínicas de 31.530 pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129: 1-5 [T,I]
- Otero-Ravina F, Grigorian-Shamagian L, Blanco R, Gomez JL, Fernandez JM, Gonzalez-Juanatey JR; en representación del Grupo Barbanza. Modificaciones en el perfil lipídico tras el consumo regular de conservas de pescado. Influencia de la adición de isoflavonas, ácidos grasos omega-3 y fitoesteroles. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129: 81-85 [S,I]
- Lahoz C, Vicente I, Criado A, Laguna F, Torrecilla E, Mostaza JM. Prescripción inadecuada de estatinas y factores clínicos asociados. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129: 86-90 [T,I]
- Kelley GA, Kelley KS. Effects of aerobic exercise on lipids and lipoproteins in adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Public Health*. 2007;121:643-655 [M,II]
- Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60: 476-485 [T,I]

- Cea-Calvo L, Redon J, Lozano JV, Fernandez-Perez C, Marti-Canales JC, Llisterri JL, et al; Investigators of the PREV-ICTUS Study. Prevalencia de fibrilación auricular en la población española de 60 o más años de edad. Estudio PREV-ICTUS. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:616-624 [T,I]
- Brekke M, Rekdal M, Straand J. Which population groups should be targeted for cardiovascular prevention? A modelling study based on the Norwegian Hordaland Health Study (HUSK). *Scand J Prim Health Care*. 2007;25:105-111 [T,II]
- Coca A, Bertoemu V, Dalfo A, Esmatjers E, Guillen F, Guerrero L, et al. Automedida de la presión arterial. Documento de Consenso Español 2007. *Semergen*. 2007; 33:176-187 [R,II]
- Llisterri JL, División JA. Objetivos del tratamiento antihipertensivo en la población diabética: situación actual y perspectivas futuras. *Semergen*. 2007; 33: 219-222 [AO,I]
- Calvo JM, Lima EM. Enfermedad tromboembólica venosa en la mujer. *Semergen*. 2007; 33: 228-230 [S,I]
- Miguel F, García A, Montero MJ. Actualización en Medicina de Familia. Tratamiento de la hipertensión arterial en los diabéticos: una revisión crítica. *Semergen*. 2007;33: 241-249 [R,I]
- DIABETES**
- Weymiller AJ, Montori VM, Jones LA, Gafni A, Guyatt GH, Bryant SC, et al. Helping patients with type 2 diabetes mellitus make treatment decisions: statin choice randomized trial. *Arch Intern Med*. 2007 ;167:1076-1082 [EC,II]
- Associations of diabetes mellitus with total life expectancy and life expectancy with and without cardiovascular disease. *Arch Intern Med*. 2007 ;167:1145-1151 [T,II]
- Hollander P, Yu D, Chou HS. Low-dose rosiglitazone in patients with insulin-requiring type 2 diabetes. *Arch Intern Med*. 2007;167:1284-1290 [EC,II]
- Montori VM, Isley WL, Guyatt GH. Waking up from the DREAM of preventing diabetes with drugs. *BMJ*. 2007; 334: 882-884 [AO,II]
- Kahn R. Metabolic syndrome: is it a syndrome? Does it matter? *Circulation*. 2007;115:1806-1810 [AO,I]
- Beaser RS, Levy P. Metabolic syndrome: a work in progress, but a useful construct. *Circulation*. 2007 ;115:1812-1818 [AO,I]
- Vinik AI, Zhang Q. Adding insulin glargine versus rosiglitazone: health-related quality-of-life impact in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30:795-800 [EC,II]
- Rathmann W, Haastert B, Icks A, Giani G. Trends in outpatient prescription drug costs in diabetic patients in Germany, 1994-2004. *Diabetes Care*. 2007;30:848-853 [CC,II]
- Lee AJ, Hiscock RJ, Wein P, Walker SP, Permezel M. Gestational diabetes mellitus: clinical predictors and long-term risk of developing type 2 diabetes: a retrospective cohort study using survival analysis. *Diabetes Care*. 2007;30:878-883 [S,II]
- Wilson PW, Meigs JB, Sullivan L, Fox CS, Nathan DM, D'Agostino RB Sr. Prediction of incident diabetes mellitus in middle-aged adults: The Framingham Offspring Study. *Arch Intern Med*. 2007;167:1068-1074 [T,I]
- Kim C, Herman WH, Vijan S. Efficacy and cost of postpartum screening strategies for diabetes among women with histories of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2007;30:1102-1106 [T,I]
- Maynard JD, Rohrscheib M, Way JF, Nguyen CM, Ediger MN. Noninvasive type 2 diabetes screening: superior sensitivity to fasting plasma glucose and A1C. *Diabetes Care*. 2007;30:1120-1124 [T,I]
- Tong PC, Kong AP, So WY, Yang X, Ho CS, Ma RC, et al. The usefulness of the International Diabetes Federation and the National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III definitions of the metabolic syndrome in predicting coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30:1206-1211 [T,I]
- Meigs JB, Rutter MK, Sullivan LM, Fox CS, D'Agostino RB, Wilson PW. Impact of insulin resistance on risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease in people with metabolic syndrome. *Diabetes Care*. 2007;30:1219-1225 [T,I]
- Grant RW, Wexler DJ, Watson AJ, Lester WT, Cagliero E, Campbell EG, Nathan DM. How doctors choose medications to treat type 2 diabetes: a national survey of specialists and academic generalists. *Diabetes Care*. 2007;30:1448-1453 [T,II]
- Abdul-Ghani MA, Williams K, DeFronzo RA, Stern M. What is the best predictor of future type 2 diabetes? *Diabetes Care*. 2007;30:1544-1548 [S,II]
- Li C, Ford ES. Is there a single underlying factor for the metabolic syndrome in adolescents? A confirmatory factor analysis. *Diabetes Care*. 2007;30:1556-1561 [T,I]
- Franco OH, Steyerberg EW, Hu FB, Mackenbach J, Nusselder W, Narayan KM, Boyle JP, Thompson TJ, Gregg EW, Williamson DF. Effect of BMI on lifetime risk for diabetes in the U.S. *Diabetes Care*. 2007;30:1562-1566 [T,I]
- Schwartz AV, Sellmeyer DE. Thiazolidinedione therapy gets complicated: is bone loss the price of improved insulin resistance? *Diabetes Care*. 2007;30:1670-1671 [AO,I]
- Kahn SE, Zinman B. Point: Recent long-term clinical studies support an enhanced role for thiazolidinediones in the management of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30:1672-1676 [AO,I]
- Coccheri S. Approaches to prevention of cardiovascular complications and events in diabetes mellitus. *Drugs*. 2007;67:997-1026 [R,I]
- Tikhonoff V, Casiglia E. Metabolic syndrome: nothing more than a constellation? *Eur Heart J*. 2007;28:780-781 [AO,I]
- Wang J, Ruotsalainen S, Moilanen L, Lepistö P, Laakso M, Kuusisto J. The metabolic syndrome predicts cardiovascular mortality: a 13-year follow-up study in elderly non-diabetic Finns. *Eur Heart J*. 2007; 28:857-864 [S,I]
- Calvert MJ, McManus RJ, Freemantle N. The management of people with type 2 diabetes with hypoglycaemic agents in primary care: retrospective cohort study. *Fam Pract*. 2007;24:224-229 [S,II]
- Klein EP, de Grauw WJ, van Gerwen WH, van den Hoogen HJ, van de Lisdonk EH, Metsemakers JF, et al. Identifying people at risk for undiagnosed type 2 diabetes using the GP's electronic medical record. *Fam Pract*. 2007;24:230-236 [T,II]
- Gulliford MC, Naithani S, Morgan M. Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract*. 2007;24:245-251 [S,II]
- Pinhas-Hamiel O, Zeitler P. Acute and chronic complications of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *Lancet*. 2007;369:1823-1831 [R,II]
- Zimmet P, Alberti G, Kaufman F, Tajima N, Silink M, Arslanian S, et al; International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention of Diabetes. The metabolic syndrome in children and adolescents. *Lancet*. 2007;369:2059-2061 [R,I]

- De la Sierra A, Divison JA. Valor pronóstico de la presión arterial en el paciente diabético. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 495-497 [AO,I]
- Canon L, Diaz N, Calvo JI, Cruces E, Nieto T, Buitrago F. Incidencia de enfermedad cardiovascular y validez de las tablas de riesgo coronario en pacientes diabéticos con síndrome metabólico. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 529-535 [S,I]
- Millan J; Grupo Multidisciplinario para el Estudio del Riesgo Cardiovascular. Tratamiento de la dislipemia en pacientes con síndrome metabólico o con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 786-794 [R,II]
- Home PD, Pocock SJ, Beck-Nielsen H, Gomis R, Hanefeld M, Jones NP, et al. Rosiglitazone evaluated for cardiovascular outcomes—an interim analysis. *N Engl J Med*. 2007;357:28-38 [EC,I]
- Larsen CM, Faulenbach M, Vaag A, Volund A, Ehse JA, Seifert B, et al. Interleukin-1-receptor antagonist in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 2007;356:1517-1526 [EC,I]
- Jacobson AM, Musen G, Ryan CM, Silvers N, Cleary P, Waberski B, et al; Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study Research Group. Long-term effect of diabetes and its treatment on cognitive function. *N Engl J Med*. 2007; 356:1842-1852 [S,I]
- Hovi P, Andersson S, Eriksson JG, Jarvenpaa AL, Strang-Karlsson S, Makitie O, et al. Glucose regulation in young adults with very low birth weight. *N Engl J Med*. 2007;356:2053-2063 [CC,II]
- Nissen SE, Wolski K. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*. 2007;356:2457-2471 [M,II]
- Kelley GA, Kelley KS. Effects of aerobic exercise on lipids and lipoproteins in adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Public Health*. 2007; 121:643-655 [M,II]
- Llisterri JL, División JA. Objetivos del tratamiento antihipertensivo en la población diabética: situación actual y perspectivas futuras. *Semergen*. 2007; 33: 219-222 [AO,I]
- Miguel F, Garcia A, Montero MJ. Actualización en Medicina de Familia. Tratamiento de la hipertensión arterial en los diabéticos: una revisión crítica. *Semergen*. 2007;33: 241-249 [R,I]
- CÁNCER.** Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.
- Smith GF, Toonen TR. Primary care of the patient with cancer. *Am Fam Physician*. 2007;75:1207-1214 [R,I]
- Qaseem A, Snow V, Sherif K, Aronson M, Weiss KB, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. Screening mammography for women 40 to 49 years of age: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2007;146:511-515 [M,II]
- Armstrong K, Moye E, Williams S, Berlin JA, Reynolds EE. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2007;146:516-526 [M,II]
- Elmore J, Choe J. Breast cancer screening for women in their 40s: moving from controversy about data to helping individual women. *Ann Intern Med*. 2007;146:529-531 [AO,II]
- Lin J, Manson JE, Lee IM, Cook NR, Buring JE, Zhang SM. Intakes of calcium and vitamin d and breast cancer risk in women. *Arch Intern Med*. 2007;167:1050-1059 [S,I]
- Jones R, Latinovic R, Charlton J, Gulliford MC. Alarm symptoms in early diagnosis of cancer in primary care: cohort study using General Practice Research Database. *BMJ*. 2007;334:1040 [S,I]
- Cole BF, Baron JA, Sandler RS, Haile RW, Ahnen DJ, Bresalier RS et al. Folic acid for the prevention of colorectal adenomas: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2007;297:2351-2359 [EC, I]
- Flossmann E, Rothwell PM; British Doctors Aspirin Trial and the UK-TIA Aspirin Trial. Effect of aspirin on long-term risk of colorectal cancer: consistent evidence from randomised and observational studies. *Lancet*. 2007;369:1603-1613 [M,II]
- Markman M. Human papillomavirus vaccines to prevent cervical cancer. *Lancet*. 2007;369:1837-1839 [AO,I]
- Wang X, Qin X, Demirtas H, Li J, Mao G, Huo Y, et al. Efficacy of folic acid supplementation in stroke prevention: a meta-analysis. *Lancet*. 2007;369:1876-1882 [M,II]
- Luo J, Ye W, Zendehele K, Adami J, Adami HO, Boffetta P, et al. Oral use of Swedish moist snuff (snus) and risk for cancer of the mouth, lung, and pancreas in male construction workers: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2007; 369:2015-2020 [S,I]
- Costa G, Salamero M, Gil F. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 687-691 [T,I]
- Fuste P, Carreras R, Lopez-Yarto MT. Vacunas preventivas frente al virus del papiloma humano y cáncer de cérvix. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 735-740 [R,II]
- D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, Pawlita M, Fakhry C, Koch WM, et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *N Engl J Med*. 2007;356:1944-1956 [CC,II]
- Markowitz SD. Aspirin and colon cancer—targeting prevention? *N Engl J Med*. 2007;356:2195-2198 [AO,I]
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Cohen MS, Gay C, Kashuba AD, Blower S, Paxton L. Narrative review: antiretroviral therapy to prevent the sexual transmission of HIV-1. *Ann Intern Med*. 2007;146:591-601 [R,I]
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chlamydial infection: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2007; 147:128-134 [M,II]
- Palma-Nicolas JP, Bocanegra-García V. Estrategias innovadoras para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes tuberculosos. *Arch Bronconeumol*. 2007; 43: 225-232 [R,I]
- Cordero E, Alcantara Jde D, Caballero J, De la Torre J, Giron JA, Lama C, et al. Aproximación clínica y terapéutica a las infecciones de las vías respiratorias. Documento de Consenso de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas y de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten Primaria*. 2007; 39: 209 - 216 [R,II]
- Jones R, Boag F. Screening for Chlamydia trachomatis. *BMJ*. 2007;334:703-704 [AO,I]
- Sen P, Barton SE. Genital herpes and its management. *BMJ*. 2007;334:1048-1052 [R,I]
- Wareham DW, Breuer J. Herpes zoster. *BMJ*. 2007;334:1211-1215 [R,I]

Del Villar-Belzunce A, Hernandez-Navarrete MJ, Lapresta-Moros C, Solano-Bernad VM, Arribas-Llorente JL. Vacunación antigripal en personal sanitario. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2007; 25: 247 - 249 [T,I]

Grijalva CG, Nuorti JP, Arbogast PG, Martin SW, Edwards KM, Griffin MR. Decline in pneumonia admissions after routine childhood immunisation with pneumococcal conjugate vaccine in the USA: a time-series analysis. *Lancet.* 2007;369:1179-1186 [T,II]

Paavonen J, Jenkins D, Bosch FX, Naud P, Salmeron J, Wheeler CM, et al. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like-particle vaccine against infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: an interim analysis of a phase III double-blind, randomised controlled trial. *Lancet.* 2007; 369: 2161-2170 [EC,II]

Santos E, Fuertes A. Aspectos actuales de la patogenia, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis B. *Med Clin (Barc).* 2007; 128: 579-583 [R,I]

Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, Perez G, Harper DM, Leodolter S, et al. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *N Engl J Med.* 2007; 356:1928-1943 [EC,II]

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA.

Aaron SD, Vandemheen KL, Fergusson D, Maltais F, Bourbeau J, Goldstein R, et al; Canadian Thoracic Society/Canadian Respiratory Clinical Research Consortium. Tiotropium in combination with placebo, salmeterol, or fluticasone-salmeterol for treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2007; 146: 545-555 [EC,I]

Criner GJ. Optimal treatment of chronic obstructive pulmonary disease: the search for the magic combination of inhaled bronchodilators and corticosteroids. *Ann Intern Med.* 2007;146: 606-608 [AO,I]

Pinnock H, Shah R. Asthma. *BMJ.* 2007; 334: 847-850 [AO,I]

Schermer T, Albers J, Verblact H, Costongs R, Westers P. Lower inhaled steroid requirement with a fluticasone/salmeterol combination in family practice patients with asthma or COPD. *Fam Pract.* 2007; 24: 181-188 [EC,I]

Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Wisniewski SR, Gyulai L, et al. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *N Engl J Med.* 2007; 356: 1711-1722 [EC,I]

Peters SP, Anthonisen N, Castro M, Holbrook JT, Irvin CG, Smith LJ, et al. Randomized comparison of strategies for reducing treatment in mild persistent asthma. *N Engl J Med.* 2007;356: 2027-2039 [EC,I]

Blais L, Beauchesne MF, Rey E, Malo JL, Forget A. Use of inhaled corticosteroids during the first trimester of pregnancy and the risk of congenital malformations among women with asthma. *Thorax.* 2007; 62: 320-328 [S,II]

Mahler DA. Is physical activity anti-inflammatory on the airways? 1. *Thorax.* 2007; 62: 376 [AO,I]

Rudolf M. COPD and death: what exactly is the relationship? *Thorax.* 2007; 62: 378-379 [AO,I]

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

Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Post EP, Lin JY, Bruce ML. The effect of a primary care practice-based depression intervention on mortality in older adults: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007;146:689-698 [QE,II]

Gill SS, Bronskill SE, Normand SL, Anderson GM, Sykora K, Lam K, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med* 2007 ;146:775-786 [S,I]

Argimon JM, Riu S, Lizan L, Badia X, Martinez JM. Tratamiento inicial de los pacientes con quejas subjetivas de memoria y/o deterioro cognitivo en atención primaria: estudio ISSEA. *Aten Primaria* 2007; 39: 171 - 177 [S,I]

Perez A, Leal FJ, Jimenez I, Mesa I, Martinez ML, Perez R. Evolución del consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes de una zona urbana (1997-2004) *Aten Primaria* 2007; 39: 299 - 304 [T,I]

De la Revilla L, De Los Rios Alvarez AM, Luna Del Castillo Jde D. Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. *Aten Primaria* 2007; 39: 305 - 311 [T,I]

Morris J, Twaddle S. Anorexia nervosa. *BMJ* 2007; 334: 894-898 [AO,I]

Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ* 2007; 334: 842-846 [AO,I]

Whalley LJ, Mowat DH. Aspirin and cognitive function. *BMJ* 2007; 334: 961-962 [AO,I]

Kang JH, Cook N, Manson J, Buring JE, Grodstein F. Low dose aspirin and cognitive function in the women's health study cognitive cohort. *BMJ* 2007 ;334:987 [S,I]

O'Keane V, Marsh MS. Depression during pregnancy. *BMJ* 2007; 334: 1003-1005 [AO,I]

Keating GM, Robinson DM. Quetiapine : a review of its use in the treatment of bipolar depression. *Drugs* 2007;67:1077-1095 [R,I]

Bamford C, Eccles M, Steen N, Robinson L. Can primary care record review facilitate earlier diagnosis of dementia? *Fam Pract* 2007 ;24:108-116 [CC,I]

Licht-Strunk E, van der Windt DA, van Marwijk HW, de Haan M, Beekman AT. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam Pract* 2007 ;24:168-180 [M,I]

Reeve J, Lloyd-Williams M, Dowrick C. Depression in terminal illness: the need for primary care-specific research. *Fam Pract* 2007 ;24:263-268 [T,I]

Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2007 ;297:1683-1696 [M,I]

Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007; 369:1302-1313 [R,I]

Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbors C, Marlatt GA, Sturge J, Rehm J. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 2007; 369:1391-1401 [R,I]

Martinez P, Garcia-Parajua P, Giner L, Magarinos M. Prevención del suicidio en atención primaria: detección y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 517 - 518 [T,I]

Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Wisniewski SR, Gyulai L, et al. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *N Engl J Med* 2007 ;356:1711-1722 [EC,I]

Belmaker RH. Treatment of bipolar depression. *N Engl J Med* 2007 ;356:1771-1773 [R,I]

SALUD LABORAL

Del Villar-Belzunce A, Hernandez-Navarrete MJ, Lapresta-Moros C, Solano-Bernad VM, Arribas-Llorente JL. Vacunación antigripal en personal sanitario. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007; 25: 247 - 249 [T,I]

Hadler NM, Tait RC, Chibnall JT. Back pain in the workplace. *JAMA* 2007; 297: 1594-1596 [AO,I]

Motos J, Calvet X. Cobertura sociolaboral en enfermedades crónicas: invalidez permanente y minusvalía. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 780 - 785 [AO,II]

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES:

Kinkade S. Evaluation and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician* 2007 ;75:1181-1188 [R,II]

McCarter DF, Courtney AU, Pollart SM. Cerumen impaction. *Am Fam Physician*. 2007;75:1523-1528 [M,I]

Oh RC, Lanier JB. Management of hypertriglyceridemia. *Am Fam Physician* 2007 ;75:1365-1371 [R,II]

Vaira D, Zullo A, Vakil N, Gatta L, Ricci C, Perna F, et al. Sequential therapy versus standard triple-drug therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007 ;146:556-563 [EC,I]

Reichenbach S, Sterchi R, Scherer M, Trelle S, Burgi E, Burgi U, et al. Meta-analysis: chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip. *Ann Intern Med* 2007 ;146:580-590 [M,II]

Felson DT. Chondroitin for pain in osteoarthritis. *Ann Intern Med* 2007 ;146:611-612 [AO,I]

Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, Abeles M. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med* 2007;146:726-734 [R,II]

Manheimer E, Linde K, Lao L, Bouter LM, Berman BM. Meta-analysis: acupuncture for osteoarthritis of the knee. *Ann Intern Med* 2007 ;146:868-877 [M,I]

Haentjens P, Van Meerhaeghe A, Moscariello A, De Weerd S, Poppe K, Dupont A, et al. The impact of continuous positive airway pressure on blood pressure in patients with obstructive sleep apnea syndrome: evidence from a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Arch Intern Med* 2007; 167: 757-764 [M,I]

Kurth T, Gaziano JM, Cook NR, Bubes V, Logroscino G, Diener HC, et al. Migraine and risk of cardiovascular disease in men. *Arch Intern Med* 2007;167:795-801 [S,I]

Hu FB. Obesity and mortality: watch your waist, not just your weight. *Arch Intern Med* 2007; 167: 875-876 [AO,I]

Choi HK, Willett W, Curhan G. Coffee consumption and risk of incident gout in men: A prospective study. *Arthritis Rheum* 2007 ;56:2049-2055 [S,I]

Wareham DW, Breuer J. Herpes zoster. *BMJ* 2007 ;334:1211-1215 [R,I]

Koes BW, van Tulder MW, Peul WC. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ*. 2007 ;334:1313-1317 [R,I]

García de Blas F, Barajas MA, Beneyto P, Del Cura MI, Sanz T, Vello R, et al. Utilidad de una estrategia de cribado de

hipertensión ocular y glaucoma en atención primaria. *Aten Primaria* 2007; 39: 181 - 184 [T,I]

Williams B. The obese hypertensive: the weight of evidence against beta-blockers. *Circulation* 2007 ;115:1973-1974 [AO,I]

Scholze J, Grimm E, Herrmann D, Unger T, Kintscher U. Optimal treatment of obesity-related hypertension: the Hypertension-Obesity-Sibutramine (HOS) study. *Circulation* 2007 ;115:1991-1998 [EC,I]

McDonald SD. Management and prevention of obesity in adults and children. *CMAJ* 2007 ;176:1109-1110 [AO,I]

Yuan G, Al-Shali KZ, Hegele RA. Hypertriglyceridemia: its etiology, effects and treatment. *CMAJ* 2007 ;176:1113-1120 [R,II]

Hodge W, Horsley T, Albani D, Barylak J, Belliveau M, Buhmann R, et al. The consequences of waiting for cataract surgery: a systematic review. *CMAJ* 2007 ;176:1285-1290 [M,I]

Jewett MA, Klotz LH. Advances in the medical management of benign prostatic hyperplasia. *CMAJ* 2007 ;176:1850-1851 [AO,I]

Thompson IM, Ankerst DP. Prostate-specific antigen in the early detection of prostate cancer. *CMAJ* 2007 ;176:1853-1858 [R,I]

Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E; Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. *CMAJ* 2007 ;176:S1-S13 [M,II]

Nayak A, Langdon RB. Montelukast in the treatment of allergic rhinitis : an evidence-based review. *Drugs* 2007;67:887-901 [M,I]

Luders S. Drug therapy for the secondary prevention of stroke in hypertensive patients : current issues and options. *Drugs* 2007;67:955-963 [AO,I]

Bordowitz R, Morland K, Reich D. The use of an electronic medical record to improve documentation and treatment of obesity. *Fam Med* 2007 ;39:274-279 [T,I]

Lee AL, Gordon AE, Shaughnessy AF. What Should Physicians Know About Hypertension? The Implicit Knowledge Requirements in the Maintenance of Certification Self-assessment Module. *Fam Med* 2007 ;39:280-283 [C,I]

Zagari RM, Bianchi-Porro G, Fiocca R, Gasbarrini G, Roda E, Bazzoli F. Comparison of 1 and 2 weeks of omeprazole, amoxicillin and clarithromycin treatment for *Helicobacter pylori* eradication: the HYPER Study. *Gut* 2007 ;56:475-479 [EC,I]

Malfertheiner P, Megraud F, O'morain C, Bazzoli F, El-Omar E, Graham D, et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. *Gut* 2007 ;56:772-781 [R,II]

Brandes JL, Kudrow D, Stark SR, O'Carroll CP, Adelman JU, O'Donnell FJ, et al. Sumatriptan-naproxen for acute treatment of migraine: a randomized trial. *JAMA* 2007 ;297:1443-1454 [EC,I]

Hadler NM, Tait RC, Chibnall JT. Back pain in the workplace. *JAMA* 2007; 297: 1594-1596 [AO,I]

Alonso-Alonso M, Pascual-Leone A. The right brain hypothesis for obesity. *JAMA* 2007; 297: 1819-1822 [AO,I]

Ebbeling CB, Leidig MM, Feldman HA, Lovesky MM, Ludwig DS. Effects of a low-glycemic load vs low-fat diet in obese young adults: a randomized trial. *JAMA* 2007 ;297:2092-2102 [EC,II]

- Hankey GJ. Clinical update: management of stroke. *Lancet* 2007; 369:1330-1332 [R,I]
- O'Donnell M, Kearon C. Thromboembolism prevention in ischaemic stroke. *Lancet* 2007; 369:1413-1415 [R,I]
- Auerbach M, Ballard H, Glaspy J. Clinical update: intravenous iron for anaemia. *Lancet* 2007 ;369:1502-1504 [R,II]
- Baumgart DC, Sandborn WJ. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. *Lancet* 2007;369:1641-1657 [R,I]
- Formiguera X, Sierra A. Nuevos aspectos terapéuticos para el control de los factores de riesgo de la obesidad. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 508 - 514 [R,I]
- Bujanda L, Cosme A, Muro N, Gutierrez-Stampa MA. Influencia del estilo de vida en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 550 - 554 [R,I]
- Montero M, Garcia M, Carpintero P. Desnutrición como factor pronóstico en ancianos con fractura de cadera. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 721 - 725 [S,I]
- Gonzalez-Montalvo JI, Alarcon-Alarcon T. Recuperar la función tras la fractura de cadera. Importancia de la nutrición... y de todo lo demás. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 733 - 734 [AO,I]
- Basner RC. Continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnea. *N Engl J Med* 2007 ;356:1751-1758 [R,I]
- Compston J. Treatments for osteoporosis - looking beyond the HORIZON. *N Engl J Med* 2007 ;356:1878-1880 [R,I]
- Deyo RA. Back surgery—who needs it? *N Engl J Med* 2007 ;356:2239-2243 [AO,I]
- Devogelaer JP, Brown JP, Burckhardt P, Meunier PJ, Goemaere S, Lippuner K, et al. Zoledronic acid efficacy and safety over five years in postmenopausal osteoporosis. *Osteoporos Int* 2007 [EC,I]
- ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA:**
- MEDIOS DIAGNÓSTICOS:**
- Mieres JH, Makaryus AN, Redberg RF, Shaw LJ. Noninvasive cardiac imaging. *Am Fam Physician* 2007 ;75:1219-1228 [R,II]
- Richardson M, Lakhanpaul M; Guideline Development Group and the Technical Team. Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of NICE guidance. *BMJ* 2007 ;334:1163-1164 [M,II]
- Fransen G, Janssen M, Muris J, Mesters I, Knottnerus J. Measuring the severity of upper gastrointestinal complaints: does GP assessment correspond with patients' self-assessment? *Fam Pract* 2007 ;24:252-258 [S,II]
- INFANCIA Y ADOLESCENCIA:**
- Barrueco M, Gomez G, Torrecilla M, Perez A, Bartolome C. Valor de la intervención breve y los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en adolescentes. *Arch Bronconeumol* 2007; 43: 334 - 339 [R,I]
- Perez A, Leal FJ, Jimenez I, Mesa I, Martinez ML, Perez R. Evolución del consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes de una zona urbana (1997-2004) *Aten Primaria* 2007; 39: 299 - 304 [T,I]
- Richardson M, Lakhanpaul M; Guideline Development Group and the Technical Team. Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of NICE guidance. *BMJ* 2007 ;334:1163-1164 [M,II]
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2007 ;297:1683-1696 [M,I]
- Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007; 369:1302-1313 [R,I]
- Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbors C, Marlatt GA, Sturge J, Rehm J. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 2007; 369:1391-1401 [R,I]
- Zimmet P, Alberti G, Kaufman F, Tajima N, Silink M, Arslanian S, et al; International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention of Diabetes. The metabolic syndrome in children and adolescents. *Lancet* 2007 ;369:2059-2061 [R,I]
- Dickinson HO, Parkinson KN, Ravens-Sieberer U, Schirripa G, Thyen U, Arnaud C, et al. Self-reported quality of life of 8-12-year-old children with cerebral palsy: a cross-sectional European study. *Lancet* 2007;369:2171-2178 [T,II]
- Pedro-Botet J. Del colesterol de los niños a los niños del colesterol. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 538 - 539 [AO,I]
- CADIME (Centro Andaluz de Información de Medicamentos) Terapéutica en AP. Contracepción en la adolescencia. *Semergen* 2007;33: 257-263 [R,I]
- MUJER Y SALUD.** Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina.
- Kinkade S. Evaluation and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician* 2007 ;75:1181-1188 [R,II]
- Buek J. Management options for uterine fibroid tumors. *Am Fam Physician* 2007 ;75:1452-1453 [AO,I]
- Apgar BS, Kaufman AH, George-Nwogu U, Kittendorf A. Treatment of menorrhagia. *Am Fam Physician* 2007 ;75:1813-1819 [R,I]
- Marini H, Minutoli L, Polito F, Bitto A, Altavilla D, Atteritano M, et al. Effects of the phytoestrogen genistein on bone metabolism in osteopenic postmenopausal women: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007;146:839-847 [EC,II]
- Lin J, Manson JE, Lee IM, Cook NR, Buring JE, Zhang SM. Intakes of calcium and vitamin d and breast cancer risk in women. *Arch Intern Med* 2007 ;167:1050-1059 [S,I]
- Morillo A, Aldana JM, Moreno J, Sillero R, Nieto P. Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario. *Aten Primaria* 2007; 39: 313 - 318 [C,I]
- Roberts H. Managing the menopause. *BMJ* 2007 ;334:736-741 [R,II]
- Newnham JP. Improving outcomes in pregnancy. *BMJ* 2007; 334: 807-808 [AO,I]
- Grady D, Barrett-Connor E. Postmenopausal hormone therapy. *BMJ* 2007; 334: 860-861 [AO,I]
- O'Keane V, Marsh MS. Depression during pregnancy. *BMJ* 2007; 334: 1003-1005 [AO,I]

- Lee AJ, Hiscock RJ, Wein P, Walker SP, Permezel M. Gestational diabetes mellitus: clinical predictors and long-term risk of developing type 2 diabetes: a retrospective cohort study using survival analysis. *Diabetes Care* 2007 ;30:878-883 [S,II]
- Kim C, Herman WH, Vijan S. Efficacy and cost of postpartum screening strategies for diabetes among women with histories of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2007 ;30:1102-1106 [T,I]
- Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, Wu L, Barad D, Barnabei VM, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA* 2007 ;297:1465-1477 [EC,II]
- Beral V; Million Women Study Collaborators; Bull D, Green J, Reeves G. Ovarian cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2007;369:1703-1710 [S,II]
- Askie LM, Duley L, Henderson-Smart DJ, Stewart LA. Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2007;369:1791-1798 [M,II]
- von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, et al. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet* 2007;369:1938-1946 [EC,I]
- Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. *Lancet* 2007;369:1961-1971 [R,II]
- Mejias C, Rodriguez-Pinilla E, Fernandez P, Martinez-Frias ML. Efectos adversos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina durante el tercer trimestre de la gestación y guías de prevención. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 584 - 589 [R,I]
- Martinez-Frias ML, Grupo de trabajo del ECEMC. Adecuación de las dosis de ácido fólico en la prevención de defectos congénitos. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 609 - 616 [S,I]
- Louik C, Lin AE, Werler MM, Hernandez-Diaz S, Mitchell AA. First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2007;356:2675-2683 [S,II]
- Alwan S, Reefhuis J, Rasmussen SA, Olney RS, Friedman JM. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2007;356:2684-2692 [CC,II]
- Albarran ME, Santiago A, Ruiz R, Pera FJ, Pera B. Actualización en Medicina de Familia. Intercepción postcoital: levonorgestrel, actualidad de un fármaco. *Semergen* 2007;33: 231-240 [R,I]
- Blais L, Beauchesne MF, Rey E, Malo JL, Forget A. Use of inhaled corticosteroids during the first trimester of pregnancy and the risk of congenital malformations among women with asthma. *Thorax* 2007 ;62:320-328 [S,II]
- ANCIANOS:**
- Gill SS, Bronskill SE, Normand SL, Anderson GM, Sykora K, Lam K, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med* 2007 ;146:775-786 [S,I]
- Vila A. Vacunación antineumocócica en la población mayor de 65 años. *Aten Primaria* 2007; 39: 283 - 284 [AO,I]
- Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ* 2007; 334: 842-846 [AO,I]
- Kang JH, Cook N, Manson J, Buring JE, Grodstein F. Low dose aspirin and cognitive function in the women's health study cognitive cohort. *BMJ* 2007 ;334:987 [S,I]
- Chandola T, Ferrie J, Sacker A, Marmot M. Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. *BMJ* 2007 ;334:990 [S,II]
- Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *CMAJ* 2007 ;176:1299-1304 [R,I]
- Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *CMAJ* 2007 ;176:1449-1454 [R,I]
- Licht-Strunk E, van der Windt DA, van Marwijk HW, de Haan M, Beekman AT. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam Pract* 2007 ;24:168-180 [M,I]
- Coma M, Munoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. *Gac Sanit* 2007; 21: 235 - 241 [C,I]
- Virues-Ortega J, Martinez-Martin P, Del Barrio JL, Lozano LM; Grupo Español de Estudios Epidemiológicos sobre Envejecimiento. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 486 - 492 [T,I]
- URGENCIAS Y EMERGENCIAS**
- TERAPÉUTICA:** Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.
- du Breuil AL, Umland EM. Outpatient management of anticoagulation therapy. *Am Fam Physician* 2007 ;75:1031-1042 [R,II]
- Aaron SD, Vandemheen KL, Fergusson D, Maltais F, Bourbeau J, Goldstein R, et al; Canadian Thoracic Society/Canadian Respiratory Clinical Research Consortium. Tiotropium in combination with placebo, salmeterol, or fluticasone-salmeterol for treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007 ;146:545-555 [EC,I]
- Vaira D, Zullo A, Vakil N, Gatta L, Ricci C, Perna F, et al. Sequential therapy versus standard triple-drug therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007 ;146:556-563 [EC,I]
- Reichenbach S, Sterchi R, Scherer M, Trelle S, Burgi E, Burgi U, et al. Meta-analysis: chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip. *Ann Intern Med* 2007 ;146:580-590 [M,II]
- Criner GJ. Optimal treatment of chronic obstructive pulmonary disease: the search for the magic combination of inhaled bronchodilators and corticosteroids. *Ann Intern Med* 2007 ;146:606-608 [AO,I]
- Felson DT. Chondroitin for pain in osteoarthritis. *Ann Intern Med* 2007 ;146:611-612 [AO,I]
- Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007;146:857-867 [M,II]
- Manheimer E, Linde K, Lao L, Bouter LM, Berman BM. Meta-analysis: acupuncture for osteoarthritis of the knee. *Ann Intern Med* 2007 ;146:868-877 [M,I]

- Hollander P, Yu D, Chou HS. Low-dose rosiglitazone in patients with insulin-requiring type 2 diabetes. *Arch Intern Med* 2007 ;167:1284-1290 [EC,II]
- Arnold LM, Goldenberg DL, Stanford SB, Lalonde JK, Sandhu HS, Keck PE Jr, et al. Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Arthritis Rheum* 2007 ;56:1336-1344 [EC,I]
- Munday D, Dale J. Palliative care in the community. *BMJ* 2007; 334: 809-810 [AO,I]
- Ballantyne JC. Regulation of opioid prescribing. *BMJ* 2007; 334: 811-812 [AO,I]
- Ong HT. Beta blockers in hypertension and cardiovascular disease. *BMJ* 2007 ;334:946-949 [R,I]
- Whalley LJ, Mowat DH. Aspirin and cognitive function. *BMJ* 2007; 334: 961-962 [AO,I]
- Kazi D. Rosiglitazone and implications for pharmacovigilance. *BMJ* 2007 ;334:1233-1234 [AO,I]
- Williams HC. Established corticosteroid creams should be applied only once daily in patients with atopic eczema. *BMJ* 2007 ;334:1272 [R,I]
- Williams B. The obese hypertensive: the weight of evidence against beta-blockers. *Circulation* 2007 ;115:1973-1974 [AO,I]
- Wyse DG. Bleeding while starting anticoagulation for thromboembolism prophylaxis in elderly patients with atrial fibrillation: from bad to worse. *Circulation* 2007 ;115:2684-2686 [AO,I]
- Rathmann W, Haastert B, Icks A, Giani G. Trends in outpatient prescription drug costs in diabetic patients in Germany, 1994-2004. *Diabetes Care* 2007 ;30:848-853 [CC,II]
- Nayak A, Langdon RB. Montelukast in the treatment of allergic rhinitis : an evidence-based review. *Drugs* 2007;67:887-901 [M,I]
- Schwartz AV, Sellmeyer DE. Thiazolidinedione therapy gets complicated: is bone loss the price of improved insulin resistance? *Diabetes Care* 2007 ;30:1670-1671 [AO,I]
- Kahn SE, Zinman B. Point: Recent long-term clinical studies support an enhanced role for thiazolidinediones in the management of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2007 ;30:1672-1676 [AO,I]
- Keating GM, Robinson DM. Quetiapine : a review of its use in the treatment of bipolar depression. *Drugs* 2007;67:1077-1095 [R,I]
- Eisenberg E, River Y, Shifrin A, Krivoy N. Antiepileptic drugs in the treatment of neuropathic pain. *Drugs* 2007;67:1265-12689 [R,I]
- Epstein BJ, Vogel K, Palmer BF. Dihydropyridine calcium channel antagonists in the management of hypertension. *Drugs* 2007;67:1309-13027 [R,I]
- De Caterina R, Husted S, Wallentin L, Agnelli G, Bachmann F, Baigent C, et al. Anticoagulants in heart disease: current status and perspectives. *Eur Heart J* 2007 ;28:880-913 [R,II]
- Lip GY, Watson T. Stroke prevention in atrial fibrillation: antiplatelet therapy revisited. *Eur Heart J* 2007 ;28:926-928 [AO,II]
- Kaul P. Cost-effectiveness of high-dose atorvastatin compared with usual-dose simvastatin: less than IDEAL? *Eur Heart J* 2007 ;28:1405-1406 [AO,II]
- Lindgren P, Graff J, Olsson AG, Pedersen TJ, Jönsson B; on behalf of the IDEAL Trial Investigators. Cost-effectiveness of high-dose atorvastatin compared with regular dose simvastatin. *Eur Heart J* 2007 ;28:1448-1453 [CE,II]
- Iglar K, Kennie N, Bajcar J. I Can PresCribE A Drug: Mnemonic-based Teaching of Rational Prescribing. *Fam Med* 2007 ;39:236-240 [AO,I]
- Calvert MJ, McManus RJ, Freemantle N. The management of people with type 2 diabetes with hypoglycaemic agents in primary care: retrospective cohort study. *Fam Pract* 2007 ;24:224-229 [S,II]
- Reeve J, Lloyd-Williams M, Dowrick C. Depression in terminal illness: the need for primary care-specific research. *Fam Pract* 2007 ;24:263-268 [T,I]
- Zagari RM, Bianchi-Porro G, Fiocca R, Gasbarrini G, Roda E, Bazzoli F. Comparison of 1 and 2 weeks of omeprazole, amoxicillin and clarithromycin treatment for *Helicobacter pylori* eradication: the HYPER Study. *Gut* 2007 ;56:475-479 [EC,I]
- Brandes JL, Kudrow D, Stark SR, O'Carroll CP, Adelman JU, O'Donnell FJ, et al. Sumatriptan-naproxen for acute treatment of migraine: a randomized trial. *JAMA* 2007 ;297:1443-1454 [EC,I]
- Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, Wu L, Barad D, Barnabei VM, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA* 2007 ;297:1465-1477 [EC,II]
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2007 ;297:1683-1696 [M,I]
- Sykes NP. Morphine kills the pain, not the patient. *Lancet* 2007; 369:1325-1326 [AO,I]
- Chan FK, Wong VW, Suen BY, Wu JC, Ching JY, Hung LC, et al. Combination of a cyclo-oxygenase-2 inhibitor and a proton-pump inhibitor for prevention of recurrent ulcer bleeding in patients at very high risk: a double-blind, randomized trial. *Lancet* 2007 ;369:1621-1626 [EC,II]
- Rosiglitazone: seeking a balanced perspective. *Lancet* 2007 ;369:1834 [AO,I]
- Formiguera X, Sierra A. Nuevos aspectos terapéuticos para el control de los factores de riesgo de la obesidad. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 508 - 514 [R,I]
- Mejias C, Rodriguez-Pinilla E, Fernandez P, Martinez-Frias ML. Efectos adversos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina durante el tercer trimestre de la gestación y guías de prevención. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 584 - 589 [R,I]
- Amariles P, Giraldo NA, Faus MJ. Interacciones medicamentosas: aproximación para establecer y evaluar su relevancia clínica. *Med Clin (Barc)* 2007; 129: 27 - 35 [R,II]
- Lahoz C, Vicente I, Criado A, Laguna F, Torrecilla E, Mostaza JM. Prescripción inadecuada de estatinas y factores clínicos asociados. *Med Clin (Barc)* 2007; 129: 86 - 90 [T,I]
- Lau JY, Leung WK, Wu JC, Chan FK, Wong VW, Chiu PW, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2007 ;356:1631-1640 [EC,I]
- Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PD, Blumenthal D. A national survey of physician-industry relationships. *N Engl J Med* 2007 ;356:1742-1750 [T,II]

Peul WC, van Houwelingen HC, van den Hout WB, Brand R, Eekhof JA, Tans JT, et al. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. *N Engl J Med* 2007;356:2245-2256 [QE,I]

Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD, Hanscom B, Tosteson AN, Blood EA, et al. Surgical versus nonsurgical treatment for lumbar degenerative spondylolisthesis. *N Engl J Med* 2007 ;356:2257-2270 [S,I]

Deyo RA. Back surgery—who needs it? *N Engl J Med* 2007 ;356:2239-2243 [AO,I]

Nissen SE, Wolski K. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med* 2007 ;356:2457-2471 [M,II]

Devogelaer JP, Brown JP, Burckhardt P, Meunier PJ, Goemaere S, Lippuner K, et al. Zoledronic acid efficacy and safety over five years in postmenopausal osteoporosis. *Osteoporos Int* 2007 [EC,I]

García LA, Gonzalez-Perez A. Seguridad cardiovascular de los antiinflamatorios no esteroideos. Luces y sombras. *Reumatol Clinica* 2007;3:95-97 [AO,I]

Schramm J, Andersen M, Vach K, Kragstrup J, Kampmann JP, Søndergaard J. Promotional methods used by representatives of drug companies: A prospective survey in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2007 ;25:93-97 [S,I]

Wallvik J, Sjalander A, Johansson L, Bjuhr O, Jansson JH. Bleeding complications during warfarin treatment in primary healthcare centres compared with anticoagulation clinics. *Scand J Prim Health Care* 2007 ;25:123-128 [S,I]

Polo J, Marti JC, Gil L, Suarez F, Barquillo A. Terapéutica en Atención Primaria. La enfermedad tromboembólica en Atención Primaria. Utilización de heparinas de bajo peso molecular. *Semergen* 2007;33: 200-203 [R,I]

Albarran ME, Santiago A, Ruiz R, Pera FJ, Perea B. Actualización en Medicina de Familia. Intercepción postcoital: levonorgestrel, actualidad de un fármaco. *Semergen* 2007;33: 231-240 [R,I]

Blais L, Beauchesne MF, Rey E, Malo JL, Forget A. Use of inhaled corticosteroids during the first trimester of pregnancy and the risk of congenital malformations among women with asthma. *Thorax* 2007 ;62:320-328 [S,II]

ENTREVISTA CLÍNICA:

Fransen G, Janssen M, Muris J, Mesters I, Knotnerus J. Measuring the severity of upper gastrointestinal complaints: does GP assessment correspond with patients' self-assessment? *Fam Pract* 2007 ;24:252-258 [S,II]

Cheraghi-Sohi S, Bower P, Mead N, McDonald R, Whalley D, Roland M. Making sense of patient priorities: applying discrete choice methods in primary care using 'think aloud' technique. *Fam Pract* 2007 ;24:276-282 [C,II]

Hull SK, Broquet K. How to manage difficult patient encounters. *Fam Pract Manag* 2007 ;14:30-34 [AO,II]

Malterud K, Hollnagel H. Avoiding humiliations in the clinical encounter. *Scand J Prim Health Care* 2007 ;25:69-74 [R,I]

ATENCIÓN FAMILIAR:

Ferris LE. Intimate partner violence. *BMJ* 2007 ;334:706-707 [AO,I]

Miller D, Jaye C. GPs' perception of their role in the identification and management of family violence. *Fam Pract* 2007 ;24:95-101 [C,I]

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

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

Huang G, Reynolds R, Candler C. Virtual patient simulation at US and Canadian medical schools. *Acad Med* 2007 ;82:446-451 [T,I]

Dannefer EF, Henson LC. The portfolio approach to competency-based assessment at the Cleveland Clinic Lerner College of Medicine. *Acad Med* 2007 ;82:493-502 [AO,I]

Ruiz JG, Candler C, Teasdale TA. Peer reviewing e-learning: opportunities, challenges, and solutions. *Acad Med* 2007 ;82:503-507 [R,I]

Iglar K, Kennie N, Bajcar J. I Can PresCribE A Drug: mnemonic-based teaching of rational prescribing. *Fam Med* 2007 ;39:236-240 [AO,I]

Terry R, Hiester E, James GD. The use of standardized patients to evaluate family medicine resident decision making. *Fam Med* 2007 ;39:261-265 [QE,I]

Lee AL, Gordon AE, Shaughnessy AF. What should physicians know about hypertension? The implicit knowledge requirements in the maintenance of certification self-assessment module. *Fam Med* 2007 ;39:280-283 [C,I]

Dehlendorf C, Brahma D, Engel D, Grumbach K, Joffe C, Gold M. Integrating abortion training into family medicine residency programs. *Fam Med* 2007 ;39:337-342 [T,I]

Morris CG, Church L, Vincent C, Rao A. PDA usage and training: targeting curriculum for residents and faculty. *Fam Med* 2007 ;39:419-424 [T,I]

Svenberg K, Wahlqvist M, Mattsson B. "A memorable consultation": writing reflective accounts articulates students' learning in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2007 ;25:75-79 [C,I]

INVESTIGACIÓN. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Ruiz JG, Candler C, Teasdale TA. Peer reviewing e-learning: opportunities, challenges, and solutions. *Acad Med* 2007 ;82:503-507 [R,I]

Halvorsen PA, Selmer R, Kristiansen IS. Different ways to describe the benefits of risk-reducing treatments: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007 ;146:848-856 [EC,I]

Ferreira-Gonzalez I, Busse JW, Heels-Ansdell D, Montori VM, Akl EA, Bryant DM, et al. Problems with use of composite end points in cardiovascular trials: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2007 ;334:786 [M,II]

Diogene E, Pujol J, Juncosa S. Investigación en atención primaria como fuente de conocimiento. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 634 - 637 [AO,I]

Balague M, Valderas JM, Bolibar B; Sección de Investigación de CAMFiC. Oportunidades y aspectos organizativos de la investigación en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 711 - 714 [AO,II]

Pujol E, Rodriguez D, Barcelo E. Visibilidad de las publicaciones de atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 795 - 797 [T,I]

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS:

PREVENCIÓN.

Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health* 2007 ;97:667-675 [M,I]

Parker ED, Schmitz KH, Jacobs DR Jr, Dengel DR, Schreiner PJ. Physical activity in young adults and incident hypertension over 15 years of follow-up: the CARDIA study. *Am J Public Health* 2007 ;97:703-709 [S,I]

Qaseem A, Snow V, Sherif K, Aronson M, Weiss KB, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. Screening mammography for women 40 to 49 years of age: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007 ;146:511-515 [M,II]

Armstrong K, Moye E, Williams S, Berlin JA, Reynolds EE. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007 ;146:516-526 [M,II]

Elmore J, Choe J. Breast cancer screening for women in their 40s: moving from controversy about data to helping individual women. *Ann Intern Med* 2007 ;146:529-531 [AO,II]

Cohen MS, Gay C, Kashuba AD, Blower S, Paxton L. Narrative review: antiretroviral therapy to prevent the sexual transmission of HIV-1. *Ann Intern Med* 2007 ;146:591-601 [R,I]

Halvorsen PA, Selmer R, Kristiansen IS. Different ways to describe the benefits of risk-reducing treatments: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007 ;146:848-856 [EC,I]

Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007 ;146:857-867 [M,II]

García de Blas F, Barajas MA, Beneyto P, Del Cura MI, Sanz T, Vello R, et al. Utilidad de una estrategia de cribado de hipertensión ocular y glaucoma en atención primaria. *Aten Primaria* 2007; 39: 181 - 184 [T,I]

Vila A. Vacunación antineumocócica en la población mayor de 65 años. *Aten Primaria* 2007; 39: 283 - 284 [AO,I]

Jones R, Boag F. Screening for Chlamydia trachomatis. *BMJ* 2007 ;334:703-704 [AO,I]

Kang JH, Cook N, Manson J, Buring JE, Grodstein F. Low dose aspirin and cognitive function in the women's health study cognitive cohort. *BMJ* 2007 ;334:987 [S,I]

Andersen LB. Physical activity and health. *BMJ* 2007 ;334:1173 [AO,I]

Ogilvie D, Foster CE, Rothnie H, Cavill N, Hamilton V, Fitzsimons CF, et al; Scottish Physical Activity Research Collaboration. Interventions to promote walking: systematic review. *BMJ* 2007 ;334:1204 [M,II]

Wyse DG. Bleeding while starting anticoagulation for thromboembolism prophylaxis in elderly patients with atrial fibrillation: from bad to worse. *Circulation* 2007 ;115:2684-2686 [AO,I]

Thompson IM, Ankerst DP. Prostate-specific antigen in the early detection of prostate cancer. *CMAJ* 2007 ;176:1853-1858 [R,I]

Maynard JD, Rohrscheib M, Way JF, Nguyen CM, Ediger MN. Noninvasive type 2 diabetes screening: superior sensitivity to fasting plasma glucose and A1C. *Diabetes Care* 2007 ;30:1120-1124 [T,I]

Abdul-Ghani MA, Williams K, DeFronzo RA, Stern M. What is the best predictor of future type 2 diabetes? *Diabetes Care* 2007 ;30:1544-1548 [S,II]

Luders S. Drug therapy for the secondary prevention of stroke in hypertensive patients : current issues and options. *Drugs* 2007;67:955-963 [AO,I]

Coccheri S. Approaches to prevention of cardiovascular complications and events in diabetes mellitus. *Drugs* 2007;67:997-1026 [R,I]

Del Villar-Belzunce A, Hernandez-Navarrete MJ, Lapresta-Moros C, Solano-Bernad VM, Arribas-Llorente JL. Vacunación antigripal en personal sanitario. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007; 25: 247 - 249 [T,I]

De Caterina R, Husted S, Wallentin L, Agnelli G, Bachmann F, Baigent C, et al. Anticoagulants in heart disease: current status and perspectives. *Eur Heart J* 2007 ;28:880-913 [R,II]

Lip GY, Watson T. Stroke prevention in atrial fibrillation: antiplatelet therapy revisited. *Eur Heart J* 2007 ;28:926-928 [AO,II]

Campbell CL, Smyth S, Montalescot G, Steinhubl SR. Aspirin dose for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review. *JAMA* 2007 ;297:2018-2024 [M,II]

Cole BF, Baron JA, Sandler RS, Haile RW, Ahnen DJ, Bresalier RS, et al; Polyp Prevention Study Group. Folic acid for the prevention of colorectal adenomas: a randomized clinical trial. *JAMA* 2007;297:2351-2359 [EC,I]

Holsinger T, Deveau J, Boustani M, Williams JW. Does this patient have dementia? *JAMA* 2007 ;297:2391-2404 [R,I]

O'Donnell M, Kearon C. Thromboembolism prevention in ischaemic stroke. *Lancet* 2007; 369:1413-1415 [R,I]

Flossmann E, Rothwell PM; British Doctors Aspirin Trial and the UK-TIA Aspirin Trial. Effect of aspirin on long-term risk of colorectal cancer: consistent evidence from randomised and observational studies. *Lancet* 2007 ;369:1603-1613 [M,II]

Markman M. Human papillomavirus vaccines to prevent cervical cancer. *Lancet* 2007 ;369:1837-1839 [AO,I]

Carlsson CM. Lowering homocysteine for stroke prevention. *Lancet* 2007 ;369:1841-1842 [AO,I]

Wang X, Qin X, Demirtas H, Li J, Mao G, Huo Y, et al. Efficacy of folic acid supplementation in stroke prevention: a meta-analysis. *Lancet* 2007 ;369:1876-1882 [M,II]

Zimmet P, Alberti G, Kaufman F, Tajima N, Silink M, Arslanian S, et al; International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention of Diabetes. The metabolic syndrome in children and adolescents. *Lancet* 2007 ;369:2059-2061 [R,I]

Martínez P, García-Parajua P, Giner L, Magarinos M. Prevención del suicidio en atención primaria: detección y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 517 - 518 [T,I]

Martínez-Frias ML, Grupo de trabajo del ECEMC. Adecuación de las dosis de ácido fólico en la prevención de defectos congénitos. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 609 - 616 [S,I]

- Fuste P, Carreras R, Lopez-Yarto MT. Vacunas preventivas frente al virus del papiloma humano y cáncer de cérvix. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 735 - 740 [R,II]
- Navarro-Alonso JA, Bernal-Gonzalez PJ, Perez-Martin JJ. Interrogantes en la introducción de la vacuna frente al virus del papiloma humano en los calendarios sistemáticos. *Med Clin (Barc)* 2007; 129: 55 - 60 [R,I]
- Baden LR, Curfman GD, Morrissey S, Drazen JM. Human papillomavirus vaccine—opportunity and challenge. *N Engl J Med* 2007 ;356:1990-1991 [AO,II]
- Markowitz SD. Aspirin and colon cancer—targeting prevention? *N Engl J Med* 2007 ;356:2195-2198 [AO,I]
- Brekke M, Rekdal M, Straand J. Which population groups should be targeted for cardiovascular prevention? A modelling study based on the Norwegian Hordaland Health Study (HUSK). *Scand J Prim Health Care* 2007 ;25:105-111 [T,II]
- CADIME (Centro Andaluz de Información de Medicamentos) Terapéutica en AP. Contracepción en la adolescencia. *Semergen* 2007;33: 257-263 [R,I]

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD:

BIOÉTICA.

- Wade D. Ethics of collecting and using healthcare data. *BMJ* 2007 ;334:1330-1331 [AO,I]
- Borrell-Carrio F. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica. *Med Clin (Barc)* 2007; 129: 176 - 183 [AO,I]
- Iraburu M; por el Grupo de Trabajo del EMIC. Estudio Multicéntrico de Investigación sobre la Confidencialidad. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 575 - 578 [T,II]
- Malterud K, Hollnagel H. Avoiding humiliations in the clinical encounter. *Scand J Prim Health Care* 2007 ;25:69-74 [R,I]

PLANIFICACION / GESTIÓN.

- Maheswaran R, Pearson T, Munro J, Jiwa M, Campbell MJ, Nicholl J. Impact of NHS walk-in centres on primary care access times: ecological study. *BMJ* 2007 ;334:838 [C,II]
- Campbell JL. Provision of primary care in different countries. *BMJ* 2007 ;334:1230-1231 [AO,I]
- McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ* 2007 ;334:1357 [S,II]

- Geneau R, Lehoux P, Pineault R, Lamarche PA. Primary care practice a la carte among GPs: using organizational diversity to increase job satisfaction. *Fam Pract* 2007 ;24:138-144 [C,II]
- Edsall R. The right number: optimizing panel size. *Fam Pract Manag* 2007 ;14:10 [AO,II]
- Adler KG, Edsall RL. Electronic health records: the 2007 FPM user-satisfaction survey. *Fam Pract Manag* 2007 ;14:27-30 [AO,I]
- Pawar M. Getting beyond blame in your practice. *Fam Pract Manag* 2007 ;14:30-34 [AO,I]
- Murray M, Davies M, Boushon B. Panel size: how many patients can one doctor manage? *Fam Pract Manag* 2007 ;14:44-46 [R,II]
- Wells JE. Efficient office design for a successful practice. *Fam Pract Manag* 2007 ;14:46-50 [AO,I]
- Gervas J, Pane O, Sicras A; Seminario Innovacion en Atencion Primaria. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 540 - 544 [AO,II]
- Higashi T, Wenger NS, Adams JL, Fung C, Roland M, McGlynn EA, et al. Relationship between number of medical conditions and quality of care. *N Engl J Med* 2007 ;356:2496-2504 [T,I]

INFORMÁTICA.

- Bordowitz R, Morland K, Reich D. The use of an electronic medical record to improve documentation and treatment of obesity. *Fam Med* 2007 ;39:274-279 [T,I]
- Morris CG, Church L, Vincent C, Rao A. PDA usage and training: targeting curriculum for residents and faculty. *Fam Med* 2007 ;39:419-424 [T,I]
- Adler KG, Edsall RL. Electronic health records: the 2007 FPM user-satisfaction survey. *Fam Pract Manag* 2007 ;14:27-30 [AO,I]
- Cohen ML. Family medicine meets the blogosphere. *Fam Pract Manag* 2007 ;14:38-40 [AO,I]

OTRAS.

- Fox R, Fletcher J. Alarm symptoms in primary care. *BMJ* 2007 ;334:1013-1014 [AO,I]
- Lang T. Functional foods. *BMJ* 2007 ;334:1015-1016 [AO,I]
- de Jong N, Klungel OH, Verhagen H, Wolfs MC, Ocké MC, Leufkens HG. Functional foods: the case for closer evaluation. *BMJ* 2007 ;334:1037-1039 [R,I]
- Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. *Lancet* 2007; 369:1379-1390 [R,I]

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Nuestros pacientes aparentemente asintomáticos... ¿qué pueden esconder?

Villarrubia Martos M¹, Pedrosa Arias M², de la Torre Torres P³,
López Sánchez M^{1,2}, Acero Guasch N³, Canalejo Echeverría A¹

¹ R3 de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huétor Tájar (Granada)

² Médico de Familia y tutor del Centro de Salud de Huétor Tájar (Granada)

³ Médico de Familia (Granada)

Varón de 64 años. Antecedentes personales: colecistectomía, artralgias de varios meses de evolución, diagnosticado de artrosis y con tratamiento analgésico y antiinflamatorio. No fumador ni bebedor.

Acudió a nuestra consulta para solicitar analítica de control sin sintomatología alguna, salvo leves molestias recidivantes en cavidad oral. Exploración normal, excepto lesiones ulceradas en mucosa yugal (Imagen 1).

El paciente acude a recoger los resultados transcurridos 6 meses. En esta visita comenta que se encuentra algo cansado, ha perdido peso y apetito y continúa con las molestias orales. La exploración es normal, salvo cierta palidez facial y presencia de las mismas lesiones en mucosa oral.

El resultado de la analítica fue el siguiente: Hemograma y Bioquímica normales. VSG (velocidad sedimentación globular): 34/64. PCR (proteína C reactiva): 2,66 (alto crítico). Fracción gamma del proteinograma alterada. Serología: VEB (virus de Epstein Barr) y CMV (citomegalovirus) + para IgG. HbcAc (anticuerpos para virus hepatitis B) +. Lues .

¿Habría solicitado alguna otra prueba complementaria?

a) Pruebas reumatológicas (Factor reumatoide, ANA (Anticuerpos antinucleares)...))

b) Perfil tiroideo.

c) Otras serologías (Hepatitis, VIH (virus de la inmunodeficiencia humana)...))

d) Marcadores tumorales.

¿Cuál es su diagnóstico?

a) Enfermedad de Behcet.

a) Mieloma múltiple.

b) Leucoplasia oral.

c) Candidiasis.

d) Leucemia Linfoide Crónica.



Imagen 1: Úlceras Orales

Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 8, Núm. 1) (Medicina de Familia (And) 2007; 8:53)

Respuestas razonadas

Respuesta correcta:

d) MICROLITIASIS ALVEOLAR

La microlitiasis alveolar pulmonar (MAP) es una enfermedad rara de etiología y patogenia aún no esclarecidas que se caracteriza por la presencia de innumerables cuerpos calcificados (microlitos) en el interior de los espacios alveolares. Desde 1933, año en que Puhr le dio nombre a la enfermedad hasta 2004, han sido publicados 576 casos de esta enfermedad.

La MAP está presente en todo el mundo, sin una distribución geográfica o racial particular. La mayoría de los casos se han informado en Europa seguida de Asia (especialmente Asia Menor). El país con mayor número de casos es Turquía seguida de Italia. La revisión de casos de esta entidad hace distinguibles dos modelos de presentación de la enfermedad: esporádico y familiar. En éste último, la MAP aparece restringida a parientes (hay varios casos de consanguinidad) lo que apoya la hipótesis de una herencia autonómica recesiva. En los casos familiares hay un predominio del sexo femenino mientras que en los casos esporádicos, la distribución por sexos es similar. Aunque la mayoría de los casos se diagnostica entre los 20-50 años, el rango de edad es muy amplio, habiéndose informado casos en neonatos y ancianos.

La MAP se caracteriza por la acumulación en los espacios alveolares de numerosos cuerpos calcificados (microlitos o calcioesferitas), con un diámetro que oscila entre 0.01 y 2.8 mm. Estos microlitos pueden aparecer confinados en áreas restringidas o bien dispersos por ambos pulmones y están compuestos principalmente por calcio y fósforo en relación 2:1, formando cristales de fosfato cálcico. Aunque se pensaba que los

hallazgos patológicos de la MAP estaban restringidos al pulmón, se ha demostrado la presencia histológica de microlitos en próstata, epidídimo, vesículas seminales, pleura, pericardio y ganglios simpáticos.

En el momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes están asintomáticos. De hecho, una de las características de la enfermedad es la disociación entre los hallazgos radiológicos y la escasa sintomatología. En otros casos o con el curso de la enfermedad pueden referir cierto grado de disnea, tos productiva, hemoptisis esporádica y dolor torácico. Aunque en general la MAP tiene un curso clínico prolongado, existen dos grupos diferenciados de pacientes: los que permanecen estables durante años sin deterioro clínico, funcional o radiológico y los que progresan hacia fibrosis pulmonar que conduce a fallo respiratorio y síntomas y signos de cor pulmonale. Actualmente no existen marcadores que indiquen la evolución de la enfermedad en un caso concreto.

La radiografía simple de tórax es característica y muestra una diseminación de micronódulos calcificados que dan al pulmón un aspecto arenoso. Este infiltrado es más marcado en los campos inferiores. También se puede apreciar la presencia de bullas predominantemente en las zonas apicales. La TAC torácica de alta resolución confirma la normalidad radiológica y la naturaleza calcificada de los micronódulos con predominio posterobasal.

La función pulmonar permanece generalmente normal aunque con el curso de la enfermedad puede aparecer progresivamente un deterioro ventilatorio restrictivo con disminución en la capacidad de difusión del CO y alteración del intercambio gaseoso con hipoxemia, que se relaciona con un incremento en el número de microlitos en el pulmón.

El diagnóstico de la MAP se establece en base a los hallazgos radiológicos característicos y a la disociación clínico-radiológica. Otras pruebas para establecer el diagnóstico son la presencia de microlitos en esputo o en un lavado broncoalveolar; sin embargo, el hallazgo de microlitos no es diagnóstico de la enfermedad y aunque es característico, no es exclusivo pudiendo observarse también en pacientes con EPOC o tuberculosis. La gammagrafía ósea con Tecnecio 99 revela una intensa captación del trazador en ambos pulmones y puede ayudar a confirmar el diagnóstico.

El diagnóstico diferencial se ha de establecer con distintas entidades: tuberculosis miliar, sarcoidosis, neumoconiosis, hemosisiderosis, infección fúngica y calcificación pulmonar metastásica asociada a fallo renal crónico y hemodiálisis.

Actualmente no existe ningún tratamiento para esta enfermedad. Las terapias intentadas con corticoides sistémicos, lavado broncoalveolar terapéutico o difosfonatos son inefectivas, y aunque en algunos casos podrían llevar a una pequeña mejoría radiológica, los resultados en el curso de la enfermedad no varían. En los casos avanzados se han llevado a cabo trasplantes pulmonares uni o bilaterales.

Existen una serie de características que no hacen posible los otros diagnósticos propuestos:

a) Sarcoidosis: los nódulos pulmonares tienden a confluir, no tienen un tamaño tan estable y son menos radiopacos que en la MAP. Además el estudio citológico revela células de Langerhans características de esta enfermedad, teniendo los pacientes un test de Kveim positivo.

b) Tuberculosis miliar: se confunde en el 50% de los casos con la MAP por el patrón miliar de la radiografía de tórax. Estos enfermos, sin embargo están afectados de síntomas respiratorios graves mientras que la MAP tiene una naturaleza asintomática.

c) Silicosis: debe haber una inhalación previa de partículas minerales relacionada normalmente con una actividad profesional específica, que en este caso no existía.

e) Hemosisiderosis pulmonar idiopática: aunque puede presentar un patrón radiográfico parecido, este cuadro se acompaña de hemoptisis, anemia e ictericia, síntomas y signos que no estaban presentes en este paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castellana G, Lamorgese V. Pulmonary alveolar microlithiasis. World cases and review of the literature. *Respiration*. 2003; 70:549-555.
2. Laut VM. Pulmonary alveolar microlithiasis: an overview of clinical and pathological features together with possible therapies. *Respir Med*. 2003; 97: 1081-1085.
3. Mariotta S, Ricci A, Papale M, De Clementi F, Sposato B, Guidi L, Mannino F. Pulmonary alveolar microlithiasis: report on 576 cases published in the literature. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis*. 2004; 21: 173-181.
4. Castellana G, Gentile M, Castellana R, Fiorente P, Lamorgese V. Pulmonary alveolar microlithiasis: clinical features, evolution of the phenotype, and review of the literature. *Am J Med Genet*. 2002; 111: 220-224.
5. Poletti V, Costabel U, Casoni GL, Bigliuzzi C, Drent M, Olivieri D. Rare infiltrative lung diseases: a challenge for clinicians. *Respiration*. 2004; 71: 431-443.
6. Alonso Peces ME, De Miguel Diez J, Prats Graciá E, Serrano Iglesias JA. Otras enfermedades intersticiales. *Manual de Neumología y Cirugía Torácica*. Editores Médicos S.A. 1998; 993-1005.

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

- 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
<http://www.samfycgranada2008.com/>
- VII Jornadas SAMFyC para R3 de MfyC
Córdoba, 3-4 de abril, 2008.
Secretaría técnica: ACM (Andaluza de Congresos Médicos)
Telf. 958 20 35 11
Fax. 958 20 35 50
<http://www.jornadasr3samfyc.com/>
- Conferencia temática: Depresión y otros trastornos comunes en AP
Granada, 18-21 de Junio de 2008.
Secretaría técnica: Fase 20
<http://www.wpa2008granada.org/>
- Jornadas de actualización semFYC-IFN
Bilbao, 6-7 de Marzo, 2008.
Secretaría técnica: semFYC congresos
Carrer del Pi. 11, 2ª pl., of. 13
08002 Barcelona
Tel. 93 317 71 29
Fax. 93 318 69 02
- Jornadas de actualización semFYC-IFN
Mallorca, 10-11 de Abril, 2008.
Secretaría técnica: semFYC congresos
Carrer del Pi. 11, 2ª pl., of. 13 08002 Barcelona
Tel. 93 317 71 29
Fax. 93 318 69 02
- X Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria: "Realidades Comunitarias: la verdad está ahí fuera"
Las Palmas de Gran Canaria, 17-19 de Abril, 2008.
Secretaría técnica: semFYC congresos
Carrer del Pi. 11, 2ª pl., of. 13
08002 Barcelona
Tel. 93 317 71 29
Fax. 93 318 69 02
http://pacap2008.semfyc.gatewaysc.com/index.cfm?nav_id=305
- XII Jornadas de Residentes de la semFYC
La Rioja, 8-9 de Mayo, 2008.
<http://jornadasresidentes08.semfyc.gatewaysc.com/>
- XXVIII Congreso semFYC Madrid'08
Madrid, 19-22 de Noviembre, 2008.
http://congreso2008.semfyc.gatewaysc.com/?nav_id=295

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 veintitrés los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

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

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

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

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

EL CONSEJO DE REDACCIÓN



Remitir por:

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

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

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

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

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

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

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

Y, las abreviaturas utilizadas, deben estar expresamente clarificadas.

Requisitos técnicos:

Se usará siempre papel tamaño DIN A4 escrito por una sola cara a dos espacios.

Utilizar letra Times New Roman 12 cpi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Secciones de la publicación:

Secciones Fijas:

Editorial

Originales

Cartas al director

¿Cuál es su diagnóstico?

Publicaciones de interés

Actividades científicas

Secciones ocasionales:

Artículos de revisión

A debate

Área Docente

El espacio del usuario.

Sin bibliografía

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

namiento diferente de la exposición en función de los objetivos y metodología empleada.

SECCIONES FIJAS

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

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

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

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

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

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

Las revistas a valorar estarán contenidas entre las siguientes:

Medicina
Medicina Clínica

Lancet
British Medical Journal
JAMA
Annals of Internal Medicine
New England Journal of Medicine
Canadian Family Physician
Canadian Medical Association Journal
Medicina de Familia
Atención Primaria
MEDIFAM
British Journal of General Practice
Family Practice
Journal of Family Practice
American Family Physician
Family Medicine
The Practitioner
Salud Pública
Gaceta Sanitaria
Gestión
Cuadernos de Gestión
Sociología y salud
Social Science and Medicine
Terapéutica
Drug
Drug and Therapeutic Bulletin
Medical Letters
Informativo Terapéutico del Servicio Nacional de Salud
Metodología Docente
Academic Medicine
Medical Education
Medicina Basada en la Evidencia
ACP Journal Club
Colaboración Cochrane
Bandolier
América Latina
Revistas de Atención Primaria de América Latina que podamos recibir.
Actividades científicas, o agenda de actividades en un próximo futuro.

SECCIONES OCASIONALES

Artículos de revisión: Este tipo de artículos serán bienvenidos. Su extensión no será superior a las 5.000 palabras y el número de referencias bibliográficas queda a juicio del autor(es). Se recomienda a los autores contactar con el consejo editorial en cualquier momento del desarrollo del trabajo con el fin de plantearse el su enfo-

que y estructura. Los autores harán mención a los criterios de inclusión y exclusión de los artículos manejados en la preparación del manuscrito. Los autores quedan obligados a remitir 5 preguntas tipo test de respuestas múltiples con sólo una respuesta válida sobre los aspectos más importantes abordados en la revisión.

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

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

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

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

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

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

Resumen: Su extensión máxima será de 250 palabras, en él quedarán reflejados todos los apar-

tados del original, de manera que el trabajo pueda ser comprendido sin necesidad de leer el artículo completo.

Estará dividido en los siguientes subapartados:

Título: Aquel que identifica el trabajo.

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

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

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

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

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

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

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

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

Texto:

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

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

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

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

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

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

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

Anexos: Se incluirán aquellos considerados por los autores.

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

CONSEJO DE REDACCIÓN:

El Consejo de redacción acusará recibo de los trabajos enviados con asignación de un número para su identificación. Se reserva el derecho de rechazar los originales recibidos o proponer modificaciones cuando lo considere necesario. El consejo de redacción no se hace responsable del material rechazado, una vez que esta decisión se le comunica a los autores.

El trabajo se acompañará de una carta dirigida al Consejo de Redacción, a la siguiente dirección:

**Revista Medicina de Familia. Andalucía
Consejo de Redacción
C/. Arriola 4, Bajo D
18001 Granada.**

Dicha carta deberá cumplir los siguientes requisitos (se adjunta una propuesta):

a) Deberá ir necesariamente firmada por todos los autores con indicación de su DNI o pasaporte. El hecho de remitir el trabajo a nuestra revista implica la aceptación de todas las normas de la misma y del quinto informe de 1997 de los *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas*.

b) En ella se hará constar que se trata de un artículo original y que no ha sido remitido para su publicación a ninguna otra editorial. En los *originales* se harán constar los posibles conflictos de interés y la aceptación por parte del comité de ética del organismo del que depende la investigación

c) Los trabajos se remitirán: original más soporte informático (Word). Todas las páginas irán numeradas, empezando con el número 1 en la página del título. Pegado al *soporte electrónico* figurará el título del artículo y el nombre del primer autor. En la carta se hará mención a que el *soporte electrónico* se remite libre de virus indicando el nombre y fecha de la última actualización del antivirus utilizado.

d) En la carta los autores indicarán la idoneidad de la publicación en un apartado concreto de la revista. En la misma carta defenderán las, a su juicio, principales aportaciones de su trabajo.

jo al quehacer profesional de los médicos de familia.

e) En folio aparte (página del título) se adjuntará: el título del trabajo, autores, centro de trabajo de cada uno de ellos, dirección postal, número de teléfono, número de Fax y dirección electrónica para correspondencia.

f) Se guardará copia de todo el material remitido para publicación.

En caso de serle devuelto el trabajo a los autores con sugerencia de correcciones, éstos dispondrán de 15 días naturales para hacer llegar las oportunas correcciones, en caso contrario, su publicación no queda asegurada.

Sres. miembros del Consejo de Redacción de la Revista MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA:

Adjunto remitimos original para ser publicado, si así lo estiman oportuno de acuerdo con las normas editoriales de su publicación, dentro de la sección:

Creemos que su publicación sería de gran interés para los médicos de familia por los motivos que se exponen en folio anexo.

- Originales
- Originales breves
- Cartas al director

Adjuntamos:

| | SI | NO | NO PROCEDE |
|---|----|----|------------|
| Carta firmada por todos los autores, con expresión de su DNI. | | | |
| Se remite original y tres copias de alta calidad | | | |
| Se adjunta soporte electrónico (CD) en WORD | | | |
| Se especifica antivirus utilizado así como su fecha de última actualización | | | |
| Se trata de un artículo original | | | |
| No ha sido remitido a otra publicación | | | |
| Se exponen los posibles conflictos de interés. | | | |
| Se adjunta informe del comité de ética. | | | |
| Se ha obtenido permiso escrito para utilizar material (texto, tablas, figuras) previamente publicado. | | | |
| Se adjunta informe de la institución que ha financiado la investigación. | | | |
| Todas las páginas van numeradas | | | |
| Se adjunta página de título (la nº 1) en donde constan: título del trabajo, autores y centro de trabajo de cada uno de ellos. Dirección postal, número de teléfono, número de Fax y dirección electrónica para correspondencia. | | | |
| Se adjunta listado de comprobaciones (check list) de la revista, relleno y por duplicado | | | |
| Se guarda copia de todo el material remitido. | | | |
| Compromiso de devolver el trabajo con las correcciones indicadas en un plazo máximo de 15 días. | | | |

La remisión del artículo implica la aceptación de las normas editoriales de la publicación MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA.

Firma y DNI de todos los autores:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA
LISTADO DE COMPROBACIONES (Check List)

| ÍTEMS | SI | NO | NO PROCEDE |
|---|----|----|---------------|
| 1. RESUMEN | | | |
| Puede comprenderse sin leer la totalidad del artículo. | | | |
| Queda claro el objetivo principal del estudio | | | |
| Describe correctamente: | | | |
| Tipo de estudio | | | |
| Población objeto de estudio | | | |
| La muestra: criterios de selección y número de sujetos. | | | |
| Intervenciones | | | |
| Aporta los resultados principales | | | |
| Aporta las conclusiones principales | | | |
| Su extensión es inferior a 250 palabras | | | |
| 2. INTRODUCCIÓN | | | |
| Define la existencia de un problema no resuelto en el ámbito de la Atención Primaria al que el trabajo intenta dar respuesta. | | | |
| Revisa la literatura nacional e internacional | | | |
| Describe con claridad el objetivo (objetivos) del estudio | | | |
| Cumple criterios de brevedad | | | |
| 3. MATERIAL Y MÉTODOS | | | |
| El tipo de diseño deriva de los objetivos | | | |
| Aporta datos suficientes para que el trabajo pueda ser realizado por otros autores en otro ámbito. | | | |
| Describe satisfactoriamente la fuente de datos (población) | | | |
| Justifica el tamaño muestral | | | |
| Define claramente los criterios de selección de la muestra | | | |
| Describe satisfactoriamente los instrumentos de medida | | | |
| Justifica la elección de los métodos estadísticos a emplear | | | |
| | | | |

4. RESULTADOS

| | | | |
|---|--|--|--|
| Se exponen sin interpretaciones de los autores | | | |
| El índice de respuestas alcanzado es satisfactorio | | | |
| Los métodos estadísticos se utilizan adecuadamente | | | |
| Los resultados se expresan en términos de media +- desviación o error estándar. | | | |

5. FIGURAS Y TABLAS

| | | | |
|--|--|--|--|
| Son autoexplicativas: pueden comprenderse sin recurrir al texto. | | | |
| Se aclaran todas las abreviaturas utilizadas. | | | |
| Son necesarias todas las tablas y figuras. | | | |
| Su número es suficiente | | | |
| | | | |

6. DISCUSIÓN

| | | | |
|--|--|--|--|
| Juzga sus resultados en función de la metodología utilizada | | | |
| Discute exclusivamente sus resultados | | | |
| Hace mención de los posibles sesgos del estudio | | | |
| Compara sus resultados con los de autores nacionales e internacionales | | | |
| Las conclusiones derivan exclusivamente de los datos aportados en la sección de resultados | | | |
| Señala nuevas vías de investigación | | | |

7. BIBLIOGRAFÍA

| | | | |
|--|--|--|--|
| Cumple las normas de Vancouver | | | |
| Cita hasta 6 autores | | | |
| Incluye la bibliografía más relevante | | | |
| Incluye referencias en lengua castellana | | | |
| Incluye referencias en otras lenguas | | | |
| | | | |

18^o CONGRESO SAMFyC 2008 GRANADA



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

12, 13 y 14 Junio
Palacio de Exposiciones y Congresos

