

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 9, número 1, mayo 2008

Editorial

- 7 ¿Relación entre "niveles..."?

El espacio del usuario

- 9 ¿Conoce el usuario sus derechos?

Originales

- 11 Diferencias entre el consumo urbano y rural del alcohol, tabaco y drogas en adolescentes
- 17 Toxiinfección alimentaria por *Salmonella typhimurium* serotipo 4,5,12:i:1,2 en un establecimiento público
- 29 Control tensional de pacientes hipertensos en Atención Primaria

Artículo especial

- 56 Del humanismo a la humanidad

Cartas al director

- 62 Patrones de deterioro en una cohorte de ancianos frágiles

65 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 78 Masa pericárdica en paciente con dolor torácico

81 Actividades Científicas

82 Información para los autores



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 Continua

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:

Jesús Sepúlveda Muñoz

jesemu@gmail.com

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 Pérula de Torres. *Córdoba.*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*
Daniel Prados Torres. *Málaga.*

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

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

Manuel Bobenieth 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 cuatrimestral. 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.



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol. 9, Nº. 1, mayo 2008

Sumario

Editorial

- 7 ¿Relación entre "niveles..."?

El espacio del usuario

- 8 ¿Conoce el usuario sus derechos?

Originales

- 10 Diferencias entre el consumo urbano y rural del alcohol, tabaco y drogas en adolescentes
- 18 Toxiinfección alimentaria por *Salmonella typhimurium* serotipo 4,5,12:i:1,2 en un establecimiento público
- 26 Control tensional de pacientes hipertensos en Atención Primaria

Artículo especial

- 37 Del humanismo a la humanidad

Cartas al director

- 41 Patrones de deterioro en una cohorte de ancianos frágiles

Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 58 Masa pericárdica en paciente con dolor torácico

Actividades Científicas

62 Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal

Vol. 9, Nº. 1, may 2008

Summary

- Editorial**
- 7 Relations between "Levels..."?
- The consumer's corner**
- 8 Do patients understand their rights?
- Original Articles**
- 10 Differences Between Urban and Rural Youth in the Use of Alcohol, Tobacco and Illegal Drugs
- 18 Food Intoxication and Poisoning Caused by *Salmonella Typhimurium* Serotype 4,5,12:i:1,2 in a Public Establishment in Spain
- 26 Control of Hypertense Patients in a Primary Care Setting
- Feature Article**
- 37 From Humanism to Humanity
- Letters to the Editor**
- 41 Deterioration Patterns in a Cohort of Fragile Elderly Patients
- 45 **Publications of Interest**
- Which is your Diagnosis?**
- 58 Pericardial thickening in a patient with thoracic pain
- 61 **Scientific Activities**
- 62 **Information for Authors**
-

EDITORIAL

¿Relación entre "niveles..."?

Lubián López M.

Presidente SAMFyC

Nivel: 1 Altura a que está situada una cosa... 2 Punto a que ha llegado alguien en su progreso en cualquier aspecto... 3 (estar al mismo nivel) ser comparable a ella o poder competir con ella.

(María Moliner)

Una de las frases paradigmáticas desde la reforma de la Atención Primaria, y que sin duda todos los médicos de familia hemos asimilado como uno de nuestros retos, es: *"debemos mejorar la relación entre los niveles asistenciales..."*.

Cayendo en esta perversa trampa semántica, terminamos por dar valor a algo que en sí mismo y, revisando la definición según el diccionario de D^a. María Moliner de la palabra y por tanto la acepción de *"nivel"*, nos empobrece.

Si asumimos que en la Asistencia Sanitaria existen niveles, damos por supuesto que hay algunos compañeros, que desarrollan su trabajo como especialistas hospitalarios, que están situados a otra altura sobre nosotros o han llegado a un punto superior en cualquier aspecto. No es inconveniente recordar las teorías de Carl Popper acerca de que el lenguaje estructura nuestra forma de pensamiento, para entender que la mera aceptación de la existencia de niveles configura una realidad en la que los médicos de familia, y por ende la Atención Primaria de Salud está abajo y los demás especialistas están arriba.

Desgraciadamente esta visión interesadamente distorsionada ha calado en el Sistema Sanitario Público y en sus gestores. En los últimos días hemos visto como la oferta sanitaria para

Andalucía se resumía, desde las más altas instancias de nuestro Gobierno Autonómico, en la creación de nuevos CAREs.

Como en muchas ocasiones la trampa orwelliana de la manipulación del lenguaje nos impide oponernos a la realidad. ¿Como no estar de acuerdo con algo tan apropiado para los ciudadanos como Centros de Alta Resolución Especializada? Pero después de reflexionar desde la coherencia, ¿se os ocurre un Centro de Más Alta Capacidad de Resolución (CMACRE) que un Centro de Salud en el que los especialistas médicos de familia resuelven el 94 por ciento de necesidades sentidas por los ciudadanos, además de cumplimentar las tareas apropiadas de Prevención y Promoción de la Salud?

Llevamos muchos años enfrentándonos a mitos que, como tales, han sido peligrosamente asimilados por nosotros mismos en cuanto a nuestro papel en el Sistema Sanitario Público. Sin duda uno de los más peligrosos es *"los médicos de familia derivan mucho..."*. Dejando aparte lo inadecuado de la palabra *"derivar"* (cambiar de sentido alguna cosa) y que lo que nosotros realizamos son interconsultas, lo peligroso es el modelo de pensamiento que comporta esta odiosa frase. Mi amiga Isabel, materiales dialéctica, me enseñó a huir del modelo idealista que comporta esta afirmación y centrarme en el modelo materialista que vendría a ser *"¿cuánto derivamos....?"*. Veremos entonces que la realidad cambia a nuestro favor y podremos blasonar de constituir el mejor exponente de Centro Individual de Alta Resolución (CIAR) de nuestro Sistema Sanitario, el más efectivo y el más eficiente.

EL ESPACIO DEL USUARIO

¿Conoce el usuario sus derechos?

Ranea Díaz S.

Gabinete Técnico-Jurídico de FACUA Andalucía

¿Conocemos los derechos que reconoce la sanidad pública a todos sus usuarios? ¿Hacemos uso de todas las facultades que las leyes conceden a los beneficiarios del Servicio Andaluz de Salud? Desde FACUA hemos detectado que no se consigue un verdadero conocimiento de los derechos que asisten a los ciudadanos en cuanto que pacientes de la sanidad pública. Es frecuente que cuando se produce la aprobación de un texto legal destacado, que supone una novedad en las prestaciones sanitarias, llegue a la ciudadanía a través de los medios de comunicación, sin perjuicio de las campañas que desarrolle la Administración, pero lo cierto es que el común de los beneficiarios de estos servicios no los conocen ni aún cuando requieren de atención médica. Así podemos preguntarnos cuántos pacientes conocen el derecho a solicitar una **segunda opinión médica y el plazo máximo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas especializadas y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía**. Si ustedes me permiten hagamos un pequeño experimento; formulen esta pregunta entre los usuarios del SAS que conocen, y podremos obtener una idea del escaso conocimiento que de este derecho se tiene entre la ciudadanía. Quien suscribe estas palabras, con motivo de este artículo ha realizado esta pregunta en su ámbito familiar, compañeros de trabajo y amistades, y ha podido comprobar la conclusión que vengo apuntando, del nulo conocimiento de estos, y otros, derechos de los beneficiarios del Servicio Andaluz de Salud, sin duda, tan particular muestreo no puede suponer una generalidad, sin perjuicio de lo cual creemos de ex-

traordinario interés realizar una labor de divulgación de los derechos de los ciudadanos para facilitar el adecuado uso de los mismos y evitar que queden en papel mojado. Los intervinientes en los distintos ámbitos de la sanidad tienen la responsabilidad de difundir este conocimiento, así las propias asociaciones de consumidores participamos en tal función de formación e información a los usuarios.

En el año 2.003, se aprobó el derecho a la segunda opinión médica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, siendo desarrollado su ejercicio en una Orden del año 2.004. Esta segunda opinión puede ser solicitada por el propio paciente, por sus familiares, por personas allegadas o por persona que actúe con la debida representación del paciente. Podrán acceder todas las personas que sean beneficiarios del Servicio Sanitario Público de Andalucía, siempre que la segunda opinión tenga por objeto un proceso asistencial desarrollado dentro de los centros públicos y concertados con el Sistema Público. La segunda opinión queda circunscrita a los diagnósticos y tratamientos de enfermedades de pronóstico fatal, incurable o que comprometa gravemente la calidad de vida o tras la propuesta de un tratamiento con elevado riesgo vital, siempre que no requiera tratamiento urgente. La segunda opinión médica, que solo podrá solicitarse una vez en cada proceso asistencial, será objeto de estudio por un facultativo o equipo de expertos de la especialidad de que se trate. En primer lugar, se envía el caso a un facultativo del equipo de expertos, que tras examinar el expediente médico del paciente, si está con-

forme con el diagnóstico, emite informe que será remitido al paciente o la persona que éste designe. Si se produce discrepancia entre el diagnóstico o sobre el tratamiento, el caso se discute en el equipo de expertos, emitiéndose el informe de manera colegiada. Es de destacar que este proceso se realiza con un nuevo examen de las pruebas médicas que ya se han realizado al paciente, únicamente si los facultativos consideraran que es preciso realizar alguna prueba, le sería remitida al paciente el día y hora de la cita a tal efecto, evitando molestias para el mismo y duplicidad de procesos. En el plazo máximo de treinta días el interesado recibirá el informe comprensivo de la segunda opinión.

¿Cuántas quejas formulan los usuarios por la tardanza en la concertación de una cita con el especialista?, ¿Sabemos que la Administración se ha dotado de un Decreto por el que establece unos estrictos plazos de respuesta en la realización de pruebas diagnósticas y asistencia especializada? Estos plazos máximos de respuesta están previstos para los procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos. Respecto a los procesos asistenciales, dependiendo de la enfermedad que se trate, estará entre 30 o 60 días el plazo máximo de respuesta, para las consultas especializadas y los procedimientos diagnósticos, será 60 y 30 días, respectivamente. Dichos plazos comienzan a contar desde la inscripción en el Registro correspondiente que será como sigue; en los procesos asistenciales, la fecha de solicitud de consulta o procedimiento diagnóstico por el facultativo, en las primeras consultas de atención especializada será desde la solicitud de la misma por el médico de atención primaria y para los procesos diagnósticos desde la fe-

cha de presentación de la solicitud por el facultativo.

Las citas se obtendrán preferentemente en los centros asistenciales de referencia, caso de no ser posible se ofertará en cualquier otro centro del sistema Sanitario Público de Andalucía y en su defecto en centros concertados. Sin en el plazo máximo de respuesta no le fuera facilitada la cita correspondiente se podrá solicitar la atención en un centro privado autorizado. Dicha solicitud deber resolverse en el plazo de siete días, caso de no emitir resolución en dicho plazo se entiende que la Administración acepta la solicitud.

La citada garantía ofrecida por el Sistema Sanitario Público de Andalucía, no será aplicable cuando citado el paciente, incompareciera sin mediar causa justificada o cuando el paciente ejercitando su derecho de libre elección de médico especialista y de hospital requiera un facultativo o centro que la demora existente impida garantizar un tiempo máximo de respuesta.

Los plazos de garantía detallados serán aplicables respecto de los procesos asistenciales, especialidades médicas y pruebas diagnósticas que se establecen en los Anexos del Decreto 96/2004, que regula esta materia.

Conociendo estos derechos, todas las personas implicadas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, desde profesionales de la sanidad, usuarios y las propias Asociaciones que tienen por objeto la defensa de los derechos de los usuarios, tenemos la obligación de exigir el cumplimiento de las normas y derechos descritos en este artículo, favoreciendo la efectividad de estos y la mejora en la calidad de los servicios prestados a todos los ciudadanos.

Fe de erratas:

En la sección **¿CUÁL ES DIAGNÓSTICO?**, del volumen 8, número 2, figuran por error los autores: *López Sánchez M^ªI, Acero Guasch N y Canalejo Echevarría A.*

ORIGINAL

Diferencias en el consumo urbano y rural de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes

Pérez Milena A¹, Ramírez Segura EM², Jiménez Pulido I³, Leal Heilmiling FJ⁴, Martínez Fernández M⁵L⁵, Pérez Milena R⁶

¹Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica El Valle (Jaén)

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica El Valle (Jaén)

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora de Gestión. Distrito Jaén Nordeste (Úbeda, Jaén)

⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Jódar (Jaén)

⁵Licenciada en Historia. Jefatura de Estudios. Instituto de Educación Secundaria Jabalcruz (Jaén)

⁶Licenciado en Psicología. Departamento de Orientación. Instituto de Educación Secundaria Villanueva del Mar (La Herradura, Granada)

RESUMEN

Título: diferencias en el consumo urbano y rural de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes.

Objetivos: Conocer las diferencias cuantitativas y cualitativas en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales entre adolescentes de medio rural y urbano.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: medio rural y urbano.

Población y muestra: Cinco institutos de educación secundaria obligatoria (ESO). Participa el alumnado de ESO y Bachillerato.

Intervenciones: Cuestionario autoadministrado, recoge edad, sexo y consumo cualitativo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Cuantificación del alcohol: unidades de bebida estándar por semana (UBE/s); y tabaco: cigarrillos por día (CIG/d).

Resultados: Se recogen 974 encuestas (39% urbano). Edad 12-18 años, 53% mujeres. En el medio rural hay mayor consumo de alcohol ($46\% \pm 2,1$ vs $36\% \pm 2,5$; $p < 0,01$) (diferencia media de $2,12 \text{ UBE/s} \pm 0,5$; $p < 0,001$ *t* Student), siendo más frecuente en fin de semana ($49\% \pm 3,1$ vs $40\% \pm 4,2$) y diario ($4\% \pm 1,3$, y ningún caso en zona urbana) ($p < 0,05$). El consumo de tabaco es similar en ambas muestras: fuman un $17\% [\pm 1,2]$ una media de $6,2 \text{ CIG/d} [\pm 0,4]$; $32\% [\pm 3,7]$ de forma ocasional, $18\% [\pm 3,1]$ en fin de semana y la mitad ($50\% \pm 3,9$) de forma diaria. El consumo de drogas

ilegales ($10\% \pm 0,9$) es más frecuentemente diario en zona rural ($18\% \pm 5,3$ vs $7\% \pm 4,9$) y en fin de semana en zona urbana ($36\% \pm 9,1$ vs $22\% \pm 5,7$) ($p < 0,001$). Se consume cannabis ($93\% \pm 2,8$), cocaína ($26\% \pm 4,8$; preferentemente en fin de semana: $p < 0,05$), de diseño ($17\% \pm 4,2$) y heroína (solo en zona rural: $4\% \pm 2,6$).

Conclusiones: El alcohol y las drogas ilegales presentan patrones de consumo diferentes entre adolescentes de zonas urbanas y rurales, lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de plantear estrategias para afrontar este problema.

Palabras clave: adolescente, alcohol, tabaco, drogas, urbano, rural.

SUMMARY

Title: differences between urban and rural youth in the use of alcohol, tobacco and illegal drugs.

Goal: To study quantitative and qualitative differences in the use of alcohol, tobacco and illegal drugs among urban and rural adolescents.

Design: Descriptive cross-sectional study.

Setting: One rural environment, one urban.

Population and sample: Students enrolled in five different high schools in Spain.

Interventions: A self-administered questionnaire was used to gather data on age and sex, as well as on the quality of alcohol, tobacco and illegal drug use. For alcohol quantification, standard drink units per week (SDU/w); for tobacco, cigarettes per day (CIG/d).

Results: 974 questionnaires were collected (39% urban). Age: 12-18 years, 53% women. Alcohol con-

Correspondencia: Alejandro Pérez Milena
Unidad de Gestión Clínica El Valle.
C/.Ronda Alcalde García Segovia, 9
23009 Jaén
e-mail: alpemi@gmail.com

Recibido el 07-03-2008; aceptado para publicación el 09-04-2008
Med fam Andal 2008; 1: 10-17

sumption is higher in the rural environment ($46\% \pm 2.1$ vs. $36\% \pm 2.5$; $p < 0.01$ \div^2) (average difference of 2.12 SDU/w \pm EEM0.5; $p < 0.001$ t Student), being more frequent on weekends ($49\% \pm 3.1$ vs. $40\% \pm 4.2$) and daily ($4\% \pm 1.3$, with none in the urban environment) ($p < 0.05$ \div^2). Tobacco use is similar in both sample groups: 17% smoke [± 1.2] an average of 6.2 CIG/d [± 0.4]; 32% [± 3.7] only occasionally, 18% [± 3.1] on weekends and half ($50\% \pm 3.9$) on a daily basis. The use of illegal drugs ($10\% \pm 0.9$) is more frequent on a daily basis in the rural zone ($18\% \pm 5.3$ vs. $7\% \pm 4.9$) and on weekends in the urban zone ($36\% \pm 9.1$ vs. $22\% \pm 5.7$) ($p < 0.001$ \div^2). The following illegal drugs are used: cannabis ($93\% \pm 2.8$), cocaine ($26\% \pm 4.8$; preferably on weekends: $p < 0.05$ \div^2), design ($17\% \pm 4.2$) and heroin (only in the rural zone: $4\% \pm 2.6$).

Conclusions: Patterns of alcohol and illegal drug use differ between adolescents in urban and rural zones, a fact that should be kept in mind when developing strategies to confront this problem.

Key words: adolescent, alcohol, tobacco, drugs, urban, rural.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas durante la adolescencia se ha incrementado, con patrones de consumo diferenciados del resto de la población¹⁻³. Estos cambios se asocian a diversos factores, destacando entre ellos la baja percepción de riesgo^{1,4}, la accesibilidad para la compra⁵, la trivialización cultural que la sociedad otorga al consumo de sustancias tóxicas entre jóvenes³ y la presencia de hábitos de consumo en el entorno cercano del adolescente⁶.

Para la valoración y abordaje de este fenómeno se parte de la idea de que las conductas de riesgo entre las poblaciones de adolescentes son homogéneas e independientes del sexo o el entorno (rural o urbano)^{1,3,4}. Sin embargo, el comportamiento frente al consumo puede estar influido por el lugar de residencia del joven^{7,8}, lo que supondría una importante distinción para la creación de estrategias de lucha contra el consumo en la adolescencia. En este trabajo pretendemos conocer si existen tales diferencias en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales entre adolescentes según vivan en medio urbano o medio rural, tanto en la cantidad como en los patrones cualitativos de consumo.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio se realizó en cinco institutos de Educación Secundaria del provincia de Jaén, uno en zona urbana y cuatro en zonas rurales de menos de diez mil habitantes, en un entorno socioeconómico medio y medio-bajo. Participaron todos los alumnos mediante un estudio descriptivo transversal no aleatorio, empleando un cuestionario autoadministrado y anónimo (figura 1). La encuesta fue pasada por el profesorado durante la jornada escolar, realizándose una prueba piloto en dos cursos de diferentes edades. Las variables recogidas en el cuestionario fueron la edad, el sexo y el consumo cualitativo y cuantitativo de sustancias tóxicas: el alcohol se valoró en unidades de bebida estándar (UBE) por semana y se midió el consumo de tabaco el tabaco en cigarrillos por día.

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

RESULTADOS

Las encuestas se pasan a todo el alumnado perteneciente a de los cinco centros educativos (1032 alumnos), recogándose bien cumplimentadas el 95% de ellas (974 en total) (figura 1). El 39% de los cuestionarios pertenecen al medio urbano. Los adolescentes presentan un rango de edad de 12 a 17 años, con igualdad de sexo entre ambos grupos (tabla 1). Consumen alcohol sobre un 40% de los adolescentes (intervalo de confianza al 95% [$38\%;45\%$]), siendo mayor el porcentaje en medio rural (IC al 95% de la diferencia [$3; 16\%$], $p < 0.01$ \div^2). También el consumo cuantitativo de alcohol (con una media de 4.32 UBE/semana !0.3) es superior en el medio rural en 2.12 UBE/semana (!0.5; $p < 0.001$ t de Student) (tabla 1). Existen diferencias casi significativas en la cantidad de alcohol bebida según sea hombre ($4.9!0.4$) o mujer ($3.8!0.4$;

$p=0.096$ *t* Student), debidas sobre todo a diferencias en medio urbano (hombre 3.3!0.4; mujer 2.6!0.2; $p=0.069$ *t* Student) (tabla 2). El patrón de consumo no varía según el sexo pero sí según la procedencia: el consumo ocasional es el más frecuente en zona urbana mientras que en fin de semana es mayor en medio rural, con un consumo diario exclusivo ($p<0.05$ \div^2) (tablas 1 y 2). Por edades, el consumo de alcohol es mayor en el medio rural con diferencias significativas a los 14 años ($p<0.05$ \div^2) y casi significativas a los 13 años ($p=0,069$ \div^2) y a los 18 años ($p=0,072$ \div^2) (figura 2A).

Algo menos de la quinta parte de los encuestados fuman (IC al 95% [15%; 20%]), con un patrón de consumo que no varía según la zona estudiada, predominado el consumo diario (tabla 1) con una media de consumo de 6.3 (!0.8) cigarrillos al día. El consumo es mayor en mujeres (diferencia media 6%!2.3; $p<0.05$ \div^2), posiblemente por influencia de las diferencias existentes en medio rural ($p=0.055$ \div^2) que no son significativas en medio urbano (tabla 2). No existen diferencias significativas según la edad (figura 2B).

Un 10% (!0.9) de los adolescentes consumen drogas ilegales, con un patrón de consumo diferenciado: son más frecuentes los consumos durante el fin de semana en medio urbano y de forma diaria en medio rural ($p<0.001$ \div^2) (tabla 1). La droga más consumida es el cannabis; la heroína sólo se consume en medio rural, mientras que las drogas de diseño son la segunda sustancia más empleada en medio urbano (tabla 1). El uso de cocaína en zona rural triplica el consumo de la zona urbana ($p<0.05$ \div^2), donde se consume exclusivamente en fin de semana. El consumo no varía según el sexo (tabla 2), siendo más frecuente en medio rural en el tramo de edad de 16-17 años ($p<0.05$ \div^2) (figura 2C).

En la figura 3 se muestra la evolución de los patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales entre adolescentes, con un incremento importante del consumo de fin de semana de alcohol y drogas ilegales (figuras 3A y 3C) y del consumo diario de tabaco (figura 3B) con la edad. Al no existir importantes diferencias entre medio rural y urbano (salvo en el consumo diario de alcohol) se ofrece la media de los porcentajes de toda la muestra obtenida.

DISCUSIÓN

Los patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en adolescentes difieren de los que adopta la población general^{1,2,9,10} y presentan cambios que no son homogéneos en todas las zonas¹¹⁻¹³. De igual forma, los factores de riesgo en la población no tienen una distribución similar, sino que varían según la zona estudiada, lo que obliga a un mayor esfuerzo a la hora de diseñar programas preventivos^{13,14}.

En nuestro estudio, el consumo de alcohol en adolescentes es elevado, siendo más frecuente en la zona rural y mostrando un consumo diario entre los 14 a 16 años que no aparece en el medio urbano¹⁵; el consumo es más precoz en medio urbano, siendo mayor a los 13 años y doblando en porcentaje el consumo del medio urbano a los 14 años. Por otro lado, la mujer adolescente bebe alcohol de forma similar al hombre rompiendo las tendencias de hace una década¹⁶; el consumo cuantitativo podría ser inferior en las mujeres del medio urbano, lo que no ocurre en medio rural.

El tabaco tiene, sin embargo, un patrón de consumo cualitativo y cuantitativo similar en ambos medios, lo que implica una clara diferencia respecto a la población adulta¹⁷⁻¹⁹. Se encuentran diferencias respecto al sexo, con un mayor porcentaje de mujeres que fuman, algo que podría deberse fundamentalmente a las características del medio rural^{1,2,20}.

El consumo de drogas ilegales es similar en ambos grupos, existiendo unas claras diferencias en el patrón de consumo de las mismas: en general predomina el consumo de prueba, en medio urbano es más frecuente el consumo en fin de semana mientras que en el medio rural el consumo diario es superior. Mientras que el cannabis presenta un consumo similar en ambos medios²¹, la cocaína triplica su presencia en medio rural¹⁵, único lugar donde la heroína aparece en la adolescencia.

Históricamente se ha pensado que el aislamiento de las zonas rurales supondría un retraso en el consumo de sustancias tóxicas, sobre todo drogas ilegales^{15,21}. Sin embargo, los resultados de este estudio muestran como el consumo se ha homogeneizado en cantidad, con un consumo similar entre ambos medios y una incorporación

progresiva de la mujer adolescente^{2,8,17,22,23}, en una tendencia que se observa desde hace más de 15 años²⁴. Se mantienen, sin embargo, unas diferencias cualitativas que hacen que los consumos de los adolescentes urbanos y rurales tengan una señal de identidad propias^{7,14,15}. Estas particularidades se deben a factores ambientales que influyen sobre el aprendizaje del adolescente^{14,25} y que favorecen diferentes formas de consumo según la sociedad en la que se encuentre inmerso²⁶⁻²⁸. En nuestro medio el consumo de alcohol es socialmente aceptable, sobre todo en medio rural, y se asocia a los momentos de ocio en áreas urbanas y progresivamente en medio rural^{3,8}; en la población adolescente, la asociación entre tabaco, alcohol y otras drogas ha hecho plantear la existencia de un "síndrome de comportamientos de riesgo"¹⁴, con un inicio precoz que debe orientar las actividades sanitarias hacia la prevención del inicio del consumo en edades iniciales, una actividad más eficaz que centrarse en los que ya consumen^{2,4,14}. En conclusión, los programas de educación para la salud deben preceder al inicio del consumo de alcohol, tabaco y drogas, ser multifactoriales y dotados de la suficiente flexibilidad para adaptarse a las peculiaridades locales de cada comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias. Ministerio de sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas 2006-2007. URL: <http://www.pnsd.msc.es/categoria2/observa/pdf/estudes2006-2007.pdf> (17/1/2008).
- Pérez Milena A, Leal FJ, Jiménez I, Mesa I, Martínez ML, Pérez R. Evolución del consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). *Aten Primaria*. 2007; 39:299-304.
- Ruiz J, Corredera M. Grupo de trabajo «Educación, cultura y ocio». PLAN INTEGRAL DE LA JUVENTUD ANDALUZA. Córdoba: Junta de Andalucía; 2004.
- Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000 - 2008. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior (España). URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/strate.pdf> (17/1/2008).
- Castillo JM. Valoración de factores de riesgo del consumo de alcohol en adolescentes. *Aten Primaria*. 1997; 20: 376-380.
- Pérez Milena A, Pérez R, Martínez ML, Picossi S, Del Moral PJ, Milena JA. Estudio sobre la motivación del adolescente para el consumo de tabaco. Relación con la dependencia y la actitud para el cambio. *Aten Primaria*. 2005; 36: 139.
- Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Picossi S, Del Moral PJ, Milena JA. Consumo de sustancias tóxicas durante la adolescencia. Diferencias entre el medio rural y el urbano. *Aten Primaria* 2004; 34: 177.
- Diala CC, Muntaner C, Walrath C. Gender, occupational, and socioeconomic correlates of alcohol and drug abuse among U.S. rural, metropolitan, and urban residents. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2004; 30:409-28.
- Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2005. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas 2006-2007. URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2005.pdf> (17/1/2008)
- Ballesta R, Lozano O, Bilbao I, González F. Estudio de evolución del informe "Los andaluces ante las drogas (1987-2003)". Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía 2004. URL: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/ESTUDIO_EVOLUCION_EDIS_1987-2003/EVOLUCION_ANDALUCES_DROGAS.PDF (16/1/2008)
- Huertas J, Pereiro I, Roig J, Salazar A, Chover JL, Guerrero C et al. Evolución de hábitos de salud y de relación de una cohorte de adolescentes de Puerto de Sagunto (1995-1996). *Aten Primaria*. 1999; 23: 8-14.
- Mateos R, Páramo M, Carrera I, Rodríguez-López A. Alcohol consumption in a southern European region (Galicia, Spain). *Subst Use Misuse*. 2002; 37 : 1957-1976.
- Chowdhury PP, Balluz L, Murphy W, Wen XJ, Zhong Y, Okoro C et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surveillance of certain health behaviors among states and se-

lected local areas—United States, 2005. *MMWR Surveill Summ.* 2007; 56:1-160.

14. González Lama J, Calvo Fernández JR, Prats León P. Estudio epidemiológico de comportamientos de riesgo en adolescentes escolarizados de dos poblaciones, semirural y urbana. *Aten Primaria.* 2002; 30:214-9.

15. Schoeneberger ML, Leukefeld CG, Hiller ML, Godlaski T. Substance abuse among rural and very rural drug users at treatment entry. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2006; 32:87-110.

16. Herrera Castanedo S, Vazquez-Barquero JL, Gaité L, Díez Manrique JF, Pena C, García Usieto E. Alcohol consumption in a rural area of Cantabria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1996; 31:199-206.

17. Stevens M, Youells F, Whaley F, Linsey S. Drug use prevalence in a rural school-age population: the New Hampshire survey. *Am J Prev Med.* 1995;11:105-13.

18. Völzke H, Neuhauser H, Moebus S, Baumert J, Berger K, Stang A et al. Urban-rural disparities in smoking behaviour in Germany. *BMC Public Health.* 2006;6:146

19. Doescher MP, Jackson JE, Jerant A, Gary Hart L. Prevalence and trends in smoking: a national rural study. *J Rural Health.* 2006; 22:112-8

20. Sarvela PD, Cronk CE, Isberner FR. A secondary analysis of smoking among rural and urban youth using the MTF data set. *J Sch Health.* 1997;67:372-5

21. Donnermeyer JF, Scheer SD. An analysis of substance use among adolescents from

smaller places. *J Rural Health.* 2001;17:105-13.

22. Cronk CE, Sarvela PD. Alcohol, tobacco, and other drug use among rural/small town and urban youth: a secondary analysis of the monitoring the future data set. *Am J Public Health.* 1997; 87:760-4.

23. Hidalgo I, Garrido G, Hernandez M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *J Adolesc Health.* 2000;27:351-60.

24. Alvarez FJ, Queipo D, Del Rio MC, Garcia MC. Alcohol consumption in young adults in the rural communities of Spain. *Alcohol Alcohol.* 1991; 26:93-101.

25. Rose RJ, Dick DM, Viken And RJ, Kaprio J. Gene-environment interaction in patterns of adolescent drinking: regional residency moderates longitudinal influences on alcohol use. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001; 25: 637-43.

26. Zhou X, Su Z, Deng H, Xiang X, Chen H, Hao W. A comparative survey on alcohol and tobacco use in urban and rural populations in the Huaihua District of Hunan Province, China. *Alcohol.* 2006; 39:87-96.

27. Fatoye FO, Morakinyo O. Substance use amongst secondary school students in rural and urban communities in south western Nigeria. *East Afr Med J.* 2002; 79:299-305.

28. Kloep M, Hendry LB, Ingebrigtsen JE, Glendinning A, Espnes GA. Young people in 'drinking' societies? Norwegian, Scottish and Swedish adolescents' perceptions of alcohol use. *Health Educ Res.* 2001;16:279-91.

Tabla 1. Diferencias en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes según el lugar de procedencia.

	Medio urbano	Medio rural
Tamaño de muestra	381 (39%)	593 (61%)
Media de edad	14.3±0.1	14.2±0.05
Sexo varón	50%±2.6	46%±2.0
ALCOHOL		
Consumo (a)	36%±2.5	46%±2.1
<i>Patrón de consumo</i> (b)		
Ocasional	60%±4.2	47%±3.1
Fin de semana	40%±4.2	49%±3.1
Diario	0%	4%±1.3
UBE/semana (c)	2.9±0.2	5.0±0.4
TABACO		
Consumo	17%±1.9	18%±1.6
<i>Patrón de consumo</i>		
Ocasional	34%±6.1	31%±4.7
Fin de semana	15%±4.5	20%±4.1
Diario	51%±6.4	49%±5.1
Nº de cigarrillos/día	6.7±0.8	5.9±0.5
DROGAS		
Consumo	9%±1.4	11%±1.2
<i>Patrón de consumo</i> (d)		
Ocasional	57%±9.4	59%±6.7
Fin de semana	36%±9.1	22%±5.7
Diario	7%±4.9	18%±5.3
Tipo de drogas consumidas		
Cannabis	93%±4.9	93%±3.6
Cocaina (e)	11%±5.9	33%±6.4
Drogas de diseño	14%±6.6	19%±5.3
Heroína	0	4%±2.6

(a) p<0,01 test χ^2 (b) p<0,05 test χ^2 (c) p<0.001 test de la *t* de Student(d) p<0,001 test χ^2 (e) p<0.05 test de la *t* de Student

UBE = unidades de bebida estándar.

Tabla 2. Patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes según el sexo y el lugar de procedencia.

	Medio urbano		Medio rural	
	<i>hombre</i>	<i>mujer</i>	<i>hombre</i>	<i>mujer</i>
ALCOHOL				
No consumo	58%±4.0	60%±3.8	51%±3.8	57%±4.1
Ocasional	22%±1.9	21%±1.9	24%±1.8	19%±1.6
Fin de semana	20%±1.8	19%±1.6	22%±1.7	22%±1.9
Diario	-	-	3%±0.9	2%±0.4
UBE/semana ^(a)	3,3 ±0,4	2,6 ±0,2	5,6 ±0,6	4,5 ±0,7
TABACO				
No consumo	87%±2.0	81%±1.7	86%±2.9	81%±2.4
Ocasional	4%±0.9	6%±0.9	5%±0.6	5%±0.5
Fin de semana	2%±0.5	4%±0.5	2%±0.2	4%±0.2
Diario	7%±0.7	9%±1.3	7%±0.9	10%±1.0
Nº de cigarrillos/día	6,4±1,1	6,6±1,1	6,5±0,9	5,7±0,6
DROGAS				
No consumo	91%±1.2	94%±0.9	86%±1.6	92%±1.0
Ocasional	5%±0.8	4%±0.6	6%±0.8	5%±0.7
Fin de semana	3%±0.5	2%±0.3	2%±0.3	2%±0.3
Diario	1%±0.2	-	2%±0.3	1%±0.2

^(a) p<0.01 test de la *t* de Student
 UBE = unidades de bebida estándar.

Figura 1. Diseño del trabajo de investigación

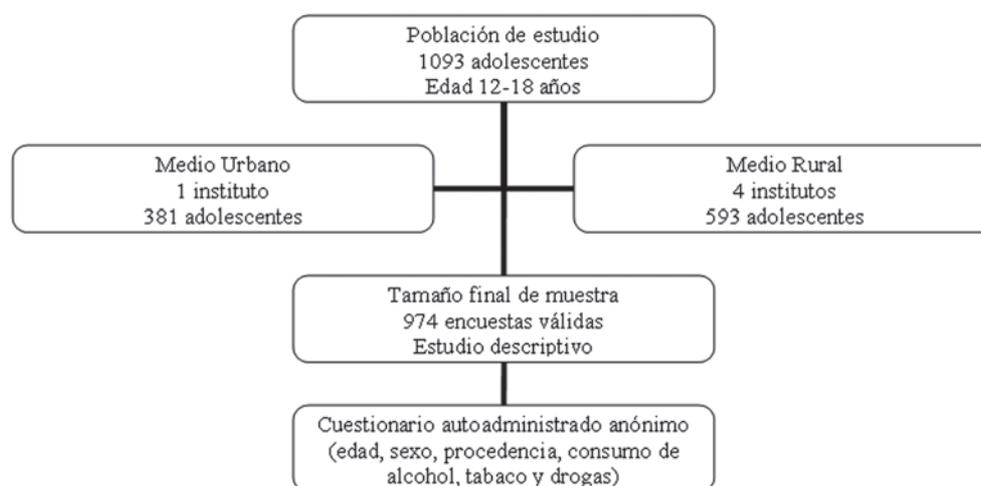


Figura 2. Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en adolescentes según la edad y la procedencia (urbano/rural).

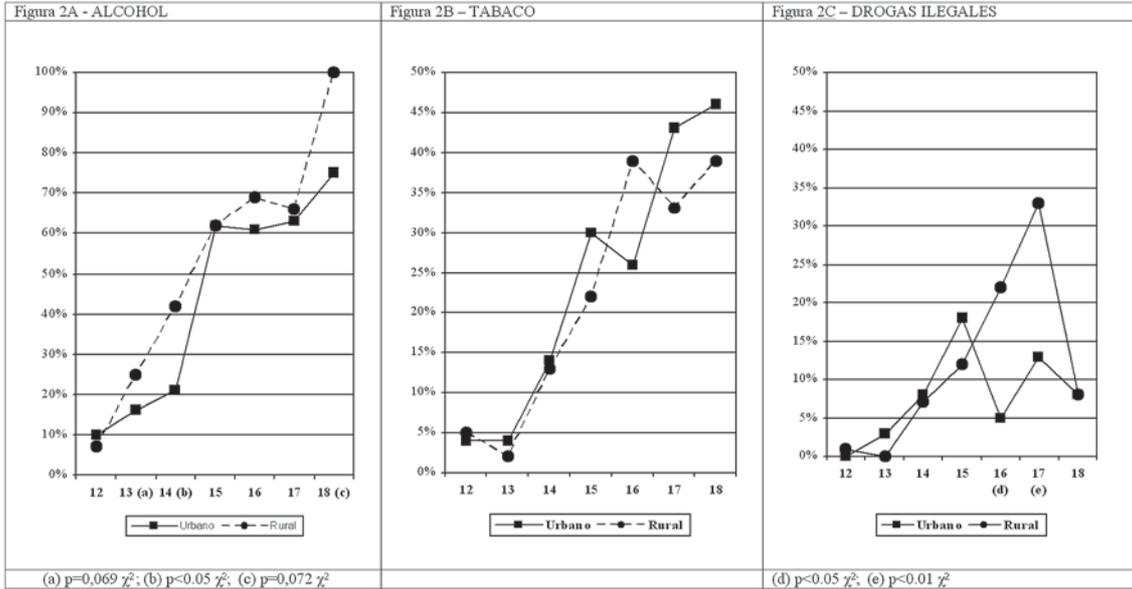
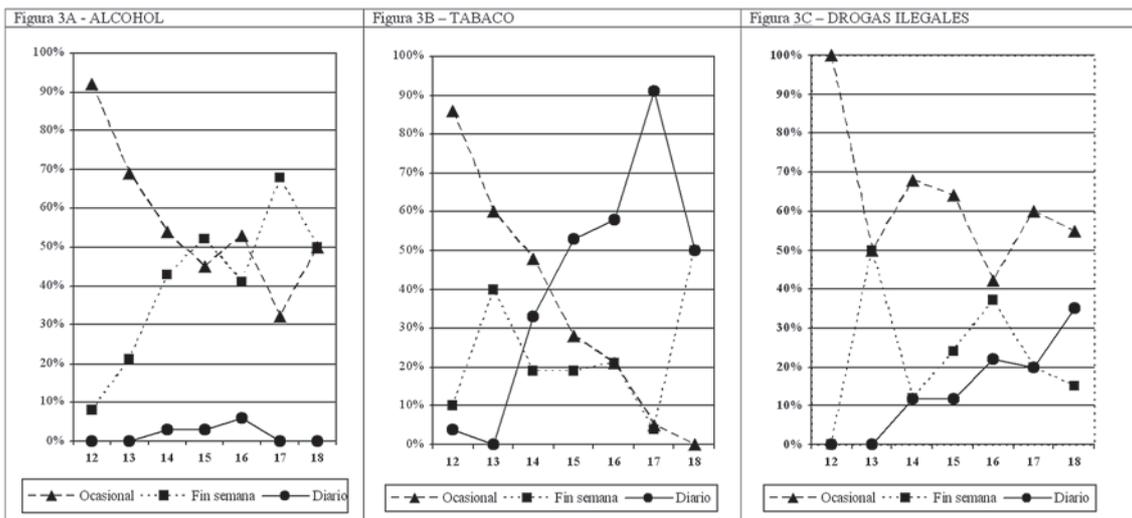


Figura 3. Patrón de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en adolescentes según la edad



ORIGINAL

Toxiinfección alimentaria por *Salmonella typhimurium* serotipo 4,5,12:I:1,2 en un establecimiento público

Barroso García P¹, Lucerna Méndez M², Parrón Carreño T³, Gullón González A⁴

¹ Sección de Epidemiología. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

² Servicio de Medicina Preventiva. Hospital del Poniente (Almería)

³ Servicio de Salud. Delegación Provincial de Salud de Almería

⁴ Veterinario. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

RESUMEN

Título: Toxiinfección alimentaria por *Salmonella typhimurium* serotipo 4,5,12:i:1,2 en un establecimiento público.

Objetivo: Investigar un brote de gastroenteritis de origen alimentario, declarado en abril de 2004, relacionado con un establecimiento público de un municipio de Almería.

Diseño: Estudio descriptivo y de casos-controles.

Emplazamiento: Distrito de Atención Primaria Levante Alto Almanzora.

Población: Casos afectados en un brote epidemiológico y controles.

Intervenciones: Se realizaron tasas de ataque (TA) por alimentos, test de Chi cuadrado y corrección de Yates cuando procedió, cálculo de odds ratio (OR) e intervalos de confianza.

Resultados: Se estudiaron 51 casos y 28 controles (entre ellos 6 manipuladores). La edad de los casos osciló entre 3 y 72 años, un 56,9% fueron hombres. El período de incubación varió entre 9 y 67 horas. Las Tasas de Ataque fueron 1 para la ensaladilla de mariscos y 0,89 para la carne con tomate. La OR para la carne fue 187 (IC 19-4468), $p < 0,001$; y para la ensaladilla 10,59 (IC 1,31-228,6), $p = 0,018$; en la carne con tomate se aisló *Salmonella typhimurium* 4, 5, 12: i: 1, 2 lisotipo 68. 7 coprocultivos fueron positivos a *Salmonella spp* (1 en un manipulador sano). En la inspección del establecimiento destacaron importantes deficiencias higiénico-sanitarias.

Conclusiones: Se confirma TIA por *Salmonella typhimurium* en un establecimiento público. Los vehículos de infección establecidos han sido la carne con tomate y la ensaladilla de mariscos, probablemente contaminadas por un manipulador de alimentos o por carne cruda. Se consideran factores contribuyentes las inadecuadas medidas higiénico-sanitarias en el manejo y refrigeración de alimentos.

Palabras clave: Brote epidémico, *Salmonella typhimurium*, toxiinfección alimentaria.

SUMMARY

Title: Food Intoxication and Poisoning Caused by *Salmonella Typhimurium* Serotype 4,5,12:i:1,2 in a Public Establishment in Spain

Goal: To study an outbreak of gastroenteritis declared in April 2004 in a public establishment in the city of Almería caused by the ingestion of food.

Design: Descriptive study and case-controls.

Setting: Primary Care District (Levante Alto Almanzora).

Population: Cases affected by the epidemiological outbreak and controls.

Interventions: Attack rates (AR) by food were calculated, the Chi-squared test and Yates correction were performed when applicable, odds ratios (OR) and confidence intervals were calculated.

Results: 51 cases y 28 controls were studied (among them, 6 food handlers). The age of the cases oscillated between 3 and 72; 56.9% were male. The incubation period varied between 9 and 67 hours. Attack rates were 1 for the seafood salad and 0.89 for meat in tomato sauce. The OR for the meat was 187 (IC 19-4468), $p < 0,001$; and for the salad it was 10.59 (CI 1.31-228.6), $p = 0.018$; *Salmonella Typhimurium* 4, 5, 12: i: 1, 2 lisotype 68 was isolated in the meat with tomato sauce. 7 fecal samples were positive for *Salmonella spp* (1 in

Correspondencia: Pilar Barroso García
Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería
Avda Dra. Ana Parra, s/n. 04600 Huércal-Olvera (Almería)
e-mail: mariap.barroso.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 22-01-2007; aceptado para publicación el 19-02-2008
Med fam Andal 2008; 1: 18-25

a healthy food handler). An onsite inspection of the establishment revealed serious deficiencies in health and hygiene.

Conclusions: Food intoxication and poisoning by *Salmonella Typhimurium* was confirmed in the public establishment. The meat in tomato sauce and the seafood salad were identified as the sources of infection, most likely contaminated by a food handler or through raw meat. Inadequate health and hygiene measures in the handling and refrigeration of food were considered to be contributing factors.

Key words: Epidemiological outbreak, *Salmonella typhimurium*, food poisoning, food infection.

INTRODUCCIÓN

Las cepas de *Salmonella* son una de las principales causas de infecciones de origen alimentario en los países industrializados (1). Las aves y sus productos derivados, así como la carne y los huevos, son conocidos desde hace tiempo como una fuente de infección de *Salmonella entérica* (2). El comercio internacional de los animales destinados al consumo ha supuesto la diseminación de *Salmonella* en la Unión Europea. La prevención y control depende de la detección precoz de la epidemia por un sistema de vigilancia apropiado basado en la tipificación de los aislamientos (3). Se han descrito brotes por *Salmonella typhimurium* en distintos países, transmitidos a través de alimentos procesados, como huevos y leche pasteurizada (4,5), alimentos crudos como leche (6), lechugas (7) o por transmisión a través de manipuladores de alimentos (8). En países como México ha llegado a ser el serotipo más identificado (9).

En España hay información de *Salmonella* implicada en brotes ya que están incluidos como de declaración urgente en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (10). Distintos autores han estudiado los agentes relacionados con brotes epidémicos a nivel nacional, destacando *Salmonella enteritidis* como la más frecuentemente implicada (11-13); en casos aislados no relacionados con brotes también ha destacado el serotipo *enteritidis* como más frecuente (14,15).

Del total de brotes declarados en el año 2003 *Salmonella typhimurium* sólo se aisló en un 1,2% (13). La cepa del serotipo *Salmonella typhimurium* 4,5,12:i se aisló de forma esporádica, sólo en 10 ocasiones, en el período 1993-1996, en el Centro Nacional de Microbiología, a partir de ahí se produjo un aumento y en 1997 se detectó por primera vez la cepa 4,5,12:i:1,2; de ésta se piensa que probablemente se deba a carne de cerdo contaminada (16). En 2002 y 2003 se fagotipificaron 123 y 96 cepas, respectivamente, del serotipo 4,5,12:i- (sub.I) (17) que probablemente corresponda a variante monofásica del serotipo *typhimurium* 4,5,12:i:1,2 (18); así mismo, en esos años se notificaron 305 brotes y sólo en 8 de ellos se identificó dicha cepa (17).

El día 10 de abril de 2004, correspondiendo a período festivo de Semana Santa, un médico de familia notificó la sospecha de un brote de toxiinfección alimentaria. En uno de los Servicios de Atención Continuada de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Albox, en la provincia de Almería, que atiende urgencias en horario no laboral, se habían registrado varios casos con cuadro clínico de gastroenteritis, que habían consumido alimentos en un establecimiento público (bar de tapas) de dicha ZBS. El objetivo del estudio fue investigar el brote de origen alimentario relacionado con un establecimiento público para determinar fuente de infección, mecanismo de transmisión y proponer medidas de prevención.

METODOLOGÍA

Tras la declaración de la alerta, se inició una investigación epidemiológica. Se informó del brote a los médicos de los Servicios de Atención Continuada de la zona y Servicio de Urgencias Hospitalario por parte de Epidemiología y se comenzó una búsqueda activa de casos.

Investigación Epidemiológica

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de las variables de persona, lugar y tiempo para implantar las primeras medidas de prevención y control. Se inició una encuesta epidemiológica por parte del médico que comunicó la alerta con las variables de sexo, edad, domicilio, fecha de inicio de síntomas, sintomatología, ingreso hospitalario y datos para identificación de la fuente

de infección (alimentos consumidos, fecha y lugar de consumo), esta última parte con preguntas abiertas. Esta investigación se completó por parte de Epidemiología.

La hipótesis planteada fue que el responsable del brote era alguno de los alimentos consumidos los días 8 (cena) y/o 9 de abril (comida y/o cena), llevándose a cabo un estudio de casos-controles para verificar dicha hipótesis.

Se definió período epidémico el comprendido entre el 8 y 11 de abril; y territorio epidémico los días 8 (cena) y/o 9 de abril (comida y/o cena) en el establecimiento público de la localidad de Albox.

Se definió como caso probable al enfermo que presentara diarrea, fiebre y/o dolor abdominal entre los días 8 y 11 de abril y que hubiera consumido alimentos servidos en forma de tapas en el bar los días 8 ó 9 de abril. Caso confirmado cuando además presentaba coprocultivo positivo a *Salmonella spp.*

Los controles se seleccionaron entre las personas sanas que hubiesen acudido a dicho establecimiento en las mismas fechas. Puesto que en la mayor parte de los casos los afectados habían acudido al mismo en grupos familiares o de amigos, los controles fueron seleccionados de estos grupos. No se pudo conocer el número total de expuestos.

Los datos se analizaron con el Programa Epiinfo. Se calcularon odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% como medida de asociación por alimento consumido. Se utilizó test de Chi-cuadrado y corrección de Yates. Se calcularon tasas de ataque.

El mismo día de la notificación se iniciaron las inspecciones del establecimiento para conocer las condiciones higiénico-sanitarias, estructurales y de procedimiento. Se investigó la procedencia y secuencia de preparación de alimentos, conservación y modo de presentación.

Se realizó encuesta epidemiológica a manipuladores de alimentos para conocer actividad desarrollada en la preparación de alimentos, antecedentes de enfermedad reciente u otra patología coincidente con la clínica de los afectados. Los manipuladores con sospecha de enfermedad fueron excluidos de la manipulación de alimentos.

Investigación microbiológica

Se solicitaron muestras clínicas a enfermos que acudieron al Servicio de Atención Continuada de Albox, que fueron analizadas en la Unidad de Microbiología del Hospital "La Inmaculada" de Huércal-Overa.

Durante esos días se elaboraron alimentos diversos que fueron servidos como tapas, la mayoría elaborados a la plancha o fritos y además hubo tres tapas de elaboración casera preparadas al mismo tiempo el 8 de abril por la tarde: carne con tomate, ensaladilla rusa y ensaladilla de mariscos. El día 9 por la tarde, se volvieron a preparar las dos últimas.

Se tomaron muestras de alimentos, carne con tomate, ensaladilla de mariscos, ensaladilla rusa y huevos crudos que se analizaron en el laboratorio de Salud Pública provincial y en el Centro Nacional de Microbiología.

Como fuentes de información se utilizaron las encuestas epidemiológicas, informes de las inspecciones sanitarias e información microbiológica.

RESULTADOS

Estudio descriptivo de las variables de persona, lugar y tiempo

Se registraron 51 afectados. Las edades oscilaron entre 3 y 72 años, con una media de 25,1 años y mediana de 21. El grupo de edad con más casos fue el de 15 a 24 años con 29 (58%), seguido del de 11 a 20 años con 20 casos (40%), 4 de los afectados eran menores de 10 años. El 56,9% de los casos fueron hombres y el 43,1% mujeres.

Se registraron 3 grupos de afectados: los que acudieron al bar la noche del día 8 (3 casos), 14 del día 9 al mediodía y 34 en la cena del día 9 de abril (Figura 1). El período de incubación osciló entre 9 y 67 horas, con una mediana de 20. El síntoma más frecuente fue la diarrea (90,2%) (Tabla 1).

38 de los afectados (74,5%) acudieron a centros sanitarios, 17 de ellos (44,7%) fueron atendidos en centros hospitalarios, se produjeron 4 hospitalizaciones, el resto permaneció en urgencias u observación hasta el alta. No presentaron complicaciones y tuvieron evolución favorable.

Análisis de consumo de alimentos

Para el estudio casos controles se obtuvo información de los 51 afectados y de 28 controles. Los criterios para la selección de controles fueron que hubiesen acudido a dicho establecimiento en las mismas fechas y que no hubiesen presentado síntomas. En éstos estaban incluidos los dueños y algunos familiares de ellos, que comieron en el bar estos días (13 en total, 11 controles y 2 casos).

Las tasas de ataque por alimentos fueron de 1 para la ensaladilla de mariscos y 0,89 para la carne en salsa.

En el análisis casos-controles, la odds ratio más alta fue de 187 (IC 19.65-4468.33) para la carne con tomate (Tabla 2).

Análisis microbiológico

En 6 de los coprocultivos recogidos se aisló *Salmonella spp.*, con resultados similares a las pruebas de sensibilidad a antibióticos realizadas. No se enviaron para tipificación al laboratorio de referencia.

Se tomaron muestras de 6 manipuladores, uno de ellos había sido considerado caso. Este presentó resultado negativo. Otro de los manipuladores resultó positivo a *Salmonella spp.*, correspondió a una manipuladora de alto riesgo (cocinera), que refirió no presentar síntomas, aunque había comido alimentos sospechosos. Se le instauró tratamiento.

Las muestras de origen alimentario que se tomaron fueron, carne con tomate, ensaladilla de mariscos y huevos, que se analizaron en el laboratorio provincial de Salud Pública, siendo dos de ellas positivas a *E. coli* y *Salmonella*. Se derivaron al Centro Nacional de Microbiología para tipificación, el resultado para la carne con tomate fue de *Salmonella typhimurium* 4,5, 12:i:1,2 lisotipo 68. (Tabla 3). También se tomaron muestras de agua con resultado microbiológico negativo.

Mecanismo de transmisión. Análisis del vehículo

En el período comprendido entre el día 10 y 21 de abril de 2004 se realizaron todas las inspecciones. El día 10 se llevó a cabo la primera visita

de inspección del establecimiento con la recogida de muestras oficiales reglamentarias de los alimentos sospechosos, y se pusieron de manifiesto importantes irregularidades higiénico – sanitarias:

1. La no acreditación del certificado de formación de manipuladores de alimentos.
2. Se comprobó in situ que las operaciones de preparación y limpieza de las materias primas, así como la elaboración de comidas preparadas con y sin tratamiento térmico, se evidenció que la manipulación se hacía de manera incorrecta y siempre por el mismo manipulador, simultáneamente y en una cocina de dimensiones reducidas, que no impedía la contaminación cruzada con otros alimentos. En una entrevista realizada posteriormente, se pudo conocer que las comidas sospechosas de originar el brote se habían realizado a la vez; una vez cocinadas se mantenían a temperatura ambiente durante varias horas antes de someterlas a refrigeración, y que ésta se hacía junto a la materia prima, realizando un mal estibaje de los productos crudos y cocinados (19).
3. Así como, un mal estado inadecuado de mantenimiento y limpieza de la cocina, y la presencia de utensilios inadecuados.

Se inspeccionó el proveedor de la carne de porcino, comprobando que no existían anomalías en la manipulación, almacenamiento, conservación y acreditación del origen sanitario.

Así mismo, se inspeccionó el proveedor de huevos y de carne de ave, no encontrándose anomalías en las condiciones de almacenamiento y conservación, y se demostró el correcto origen de los productos.

Se comprobó que el abastecimiento de agua se realizaba a través de dos suministros, de la red pública y de un pozo privado, del cual no existía constancia analítica.

Se informó al responsable de las deficiencias a subsanar, quedando la cocina sin actividad. Comprobando posteriormente que se habían subsanado las deficiencias y que el resultado del coprocultivo de la cocinera dio ausencia de *Salmonella spp.*, se le permitió reiniciar su actividad.

DISCUSIÓN

La forma de aparición temporo-espacial de los casos, la curva holomíantica y la coincidencia de una actividad común en todos ellos nos confirma la presencia de un brote de fuente común. Las características de los síntomas presentados por los casos con un predominio de diarrea, vómitos y fiebre, así como el tiempo transcurrido entre la posible exposición y el inicio de síntomas hace sospechar, en un primer momento, en *Salmonella* como uno de los gérmenes más probables, confirmado por la presencia de *Salmonella spp* en los coprocultivos realizados. Este microorganismo es una de las principales causas de infecciones de origen alimentario en los países industrializados (1) y sigue causando brotes importantes (20,21).

El hecho de que se tratara de un establecimiento público (bar de tapas) dificultó la encuesta alimentaria que tuvo que realizarse con un cuestionario abierto, así mismo no se pudo concretar la cantidad de alimentos consumidos por casos y controles. Esta misma característica del establecimiento impidió el diseño de una cohorte de expuestos, ya que no se pudo conocer el número de personas que habían comido en el mismo, en los momentos de riesgo, puesto que al coincidir con la festividad de Semana Santa hubo mucha afluencia de gente en el bar. A diferencia de otros estudios en los que sí se ha podido estudiar una cohorte retrospectiva (20).

El número de afectados fue el resultado de una búsqueda activa en los centros sanitarios donde se registraron enfermos, y algunos otros que no solicitaron asistencia sanitaria, se conoció a través de la encuesta epidemiológica realizada a casos o controles, de ahí que los 51 casos del estudio probablemente no sean todos los afectados de este brote, ya que pudo haber alguien más no localizado. En el estudio casos-controles participaron 51 casos y 28 controles, estos últimos se localizaron al entrevistar a los afectados.

El análisis epidemiológico del consumo de alimentos dio como resultado la asociación con la carne con tomate y ensaladilla de mariscos, esto se comprobó en el examen microbiológico de estos alimentos, aislándose en ambos *Salmonella spp*. En la carne con tomate se identificó la cepa *Salmonella typhimurium* 4,5,12:i:1,2 lisotipo 68. El serotipo *Salmonella typhimurium* 4,5,12:i ha-

bía sido aislado en el período 1993-1996 sólo en 10 ocasiones en el Centro Nacional de Microbiología, y a partir de este período se ha producido un aumento. En 1997 se detectó por primera vez la cepa relacionada con este brote (4,5,12:i:1,2), se piensa que probablemente debido a carne de cerdo contaminada (16). En 2002 y 2003 se fagotipificaron 123 y 96 cepas, respectivamente, del serotipo 4,5,12:i:- (sub.I) (17) que probablemente corresponda a variante monofásica del serotipo *typhimurium* (4,(5),12:i:1,2) (18); así mismo, en esos años se notificaron 305 brotes y sólo en 8 de ellos se identificó dicha cepa (17).

En las muestras de 6 enfermos y un control, manipulador de alimentos, se aisló *Salmonella spp*. Por un problema en la coordinación no se enviaron para su tipificación, no obstante, dado que las pruebas de sensibilidad a antibióticos realizadas, dieron resultados similares, se podría suponer que se trataba del mismo serotipo de *Salmonella*. Aunque no se dispone de información sobre fagotipo y serotipo de todas las muestras, teniendo en cuenta el análisis epidemiológico y estadístico, podríamos concluir que estuvo producido por *Salmonella typhimurium* 4,5,12:i:1,2 lisotipo 68 y que el vehículo de infección fue la carne con tomate y la ensaladilla de mariscos. Se han descrito importantes brotes por *Salmonella typhimurium* relacionados con otros alimentos procesados, como huevos y leche pasteurizada (4,5), alimentos crudos como leche (6) o lechugas (7).

Se trabajó con dos hipótesis, no queda claro si la propietaria del establecimiento ha sido una afectada más con un cuadro subclínico, o una portadora sana. El día 9 había comido con su familia y de ese grupo se contabilizaron 2 casos, no obstante ante su insistencia de no haber presentado ninguna clínica, en el análisis estadístico no se la ha considerado caso sino control.

Los manipuladores no acreditaron estar en posesión del certificado de formación de manipuladores de alimentos (22). El que haya habido un manipulador positivo podría hacer pensar en una probable contaminación cruzada en la elaboración de las comidas por su estado de portador. Se han descrito brotes producidos por este serotipo a través de manipuladores de alimentos (8). Esta hipótesis vendría reforzada por el hecho de que hubo afectados que tomaron tapas elaboradas los días 8 y 9; y que la ensaladilla de

mariscos analizada, con *Salmonella* positiva, se había elaborado el día 9. Todo esto podría indicar que la contaminación se inició la tarde del día 8 a partir del manipulador sano al preparar la comida y habría continuado al día siguiente.

Habría que pensar como otra posibilidad el que se hubiera producido una contaminación cruzada al manipular los huevos crudos utilizados en las ensaladillas hacia otros alimentos. También el hecho de que hubiera afectados desde la cena del día 8 podría ir en esta línea, no sin embargo el que la analítica de los huevos haya sido negativa. Otra hipótesis que no se puede descartar, es que la *Salmonella* estuviera directamente en la carne cruda, el serotipo *typhimurium* es muy ubicuo y se puede encontrar en la carne de cerdo y más aún cuando así se ha indicado como posibilidad de transmisión de esta cepa (16). A favor de esto estaría el hecho de que la carne consumida haya sido la misma desde el día 8 con lo que se podría haber producido posteriormente una manipulación cruzada con otros alimentos. Y en contra, el que según la dueña se calentaron en microondas todas las tapas de carne antes de servir las al cliente. No obstante, no se realizó un estudio microbiológico de la carne cruda porque no quedaban restos de la misma partida ni en el establecimiento de restauración ni en su proveedor.

Una vez que se transmitió *Salmonella* en la carne y en la ensaladilla de mariscos, el crecimiento se pudo favorecer por el tiempo transcurrido entre la preparación y el consumo a temperatura ambiente, y por las condiciones en el almacenamiento de los alimentos, ya comentadas.

Otros factores contribuyentes considerados fueron: inadecuadas medidas higiénicas en el manejo y refrigeración de alimentos y elaboración de varias comidas a la vez.

Como conclusiones, se podría decir que se confirmó un brote de infección alimentaria por *Salmonella typhimurium* en un establecimiento público. El vehículo de infección fue la carne con tomate y la ensaladilla de mariscos. Pudo haber contaminación por un manipulador-portador sano o por carne cruda. La contaminación cruzada en la elaboración fue posiblemente el origen hacia otros alimentos. Las circunstancias de tiempo y temperatura para un crecimiento idóneo se dieron al no consumirse el plato inmediatamente

después de servirse, sin calentamiento posterior adecuado en el caso de la carne con tomate. Los factores que contribuyeron al brote fueron: tiempo transcurrido entre la preparación y el consumo a temperatura ambiente, almacenamiento inadecuado de productos crudos y elaborados, inapropiadas medidas higiénicas en el manejo y refrigeración de alimentos y elaboración de varias comidas simultáneamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haeghebaert S, Sulem P, Deroudille L, Vanneroy-Adenot E, Bagnis O, Bouvet P et al. Deux épidémies de salmonellose à *Salmonella enteritidis* lysotype 8 liées à la consommation de Cantal au lait cru, France, 2001. *Euro Surveill.* 2003; 8:151-156.
2. Brown DJ, Mather H, Browning LM, Coia JE. Investigation d'infections humaines à *Salmonella enterica* sérotype Java en Ecosse: association possible avec de la volaille importée. *Euro Surveill.* 2003; 8:35-41.
3. Peters TM, Maguire C, Threlfall EJ, Fisher IS, Gill N, Gatto AJ. Le projet Salm-gene: une collaboration européenne pour les empreintes génétiques des salmonelloses liées à l'alimentation. *Euro Surveill.* 2003; 8:46-50.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Salmonella* serotype *typhimurium* outbreak associated with commercially processed egg salad—Oregon, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004; 53: 1132-4.
5. Olsen SJ, Ying M, Davis MF, Deasy M, Holland B, Iampietro L et al. Multidrug-resistant *Salmonella Typhimurium* infection from milk contaminated after pasteurization. *Emerg Infect Dis.* 2004; 10: 932-5.
6. Mazurek J, Salehi E, Propes D, Holt J, Bannerman T, Nicholson LM et al. A multistate outbreak of *Salmonella enterica* serotype *typhimurium* infection linked to raw milk consumption—Ohio, 2003. *J Food Prot.* 2004; 67: 2165-70.
7. Crook PD, Aguilera JF, Threlfall EJ, O'Brien SJ, Sigmundsdottir G, Wilson D et al. A European outbreak of *Salmonella enterica* serotype

Typhimurium definitive phage type 204b in 2000. *Clin Microbiol Infect.* 2003; 9: 839-45.

8. Ethelberg S, Lisby M, Torpdahl M, Sorensen G, Neimann J, Rasmussen P et al. Prolonged restaurant-associated outbreak of multidrug-resistant *Salmonella* Typhimurium among patients from several European countries. *Clin Microbiol Infect.* 2004; 10: 904-10.

9. Gutiérrez-Cogco L, Montiel-Vázquez E, Aguilera-Pérez P, González-Andrade MC. Serotipos de *Salmonella* identificados en los servicios de salud de México. *Salud Publica Mex.* 2000; 42: 490-495.

10. Real Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Boletín Oficial del Estado* 1996; 21: 2153-8.

11. Usera MA, Aladueña A, Díez R, de la Fuente M, Gutiérrez R, Cerdán P et al. Análisis de las cepas de *Salmonella* spp aisladas de muestras clínicas de origen humano en España del 2000 (II). *Bol Epidemiol Sem.* 2001; 9:229-230.

12. Hernández Pezzi G, Soler Crespo P, Usera González M, Tello Anchuela O, Torres Frías A. Vigilancia epidemiológica de brotes alimentarios relacionados con el consumo de huevo o derivados. España. 1998-2001. *Bol Epidemiol Sem.* 2003; 11:37-40.

13. Cevallos C, Hernández-Pezzi G, Torres A, Ordóñez P, Villarrubia S, Bleda MJ. Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos. España. 2003 (excluye brotes hídricos). *Bol Epidemiol Sem.* 2005; 13: 25-31.

14. Usera MA, Aladueña A, Díez R, de la Fuente M, Gutiérrez R, Cerdán P et al. Análisis de las cepas de *Salmonella* spp aisladas de muestras clínicas de origen humano en España. Año 2001 (I). *Bol Epidemiol Sem.* 2003; 11:133-136.

15. Usera MA, Aladueña A, Díez R, de la Fuente M, Gutiérrez R, Cerdán P et al. Análisis de las cepas de *Salmonella* spp aisladas de muestras clínicas de origen humano en España. Año 2001 (II). *Bol Epidemiol Sem.* 2003; 11:145-146.

16. Echeita MA, Aladueña A, Cruchaga S, Usera MA. Emergence and Spread of an Atypical *Salmonella enterica* subsp. *enterica* Serotype 4,5,12:i:- Strain in Spain. *J Clin Microbiol.* 1999; 37: 3425.

17. Echeita A, Aladueña A, González-Sanz R, Díez R, de la Fuente M, Cerdán F et al. Análisis de las cepas de *Salmonella* spp aisladas de muestras clínicas de origen humano en España. Años 2002 y 2003 (II). *Bol Epidemiol Sem.* 2005; 13: 85-88.

18. Echeita A, Aladueña A, González-Sanz R, Díez R, de la Fuente M, Cerdán F et al. Análisis de las cepas de *Salmonella* spp aisladas de muestras clínicas de origen humano en España. Años 2002 y 2003 (I). *Bol Epidemiol Sem.* 2005; 13: 73-84.

19. Real Decreto 3484/2000 de 29 de diciembre, por el que se establecen las normas de higiene para la elaboración, distribución y comercio de comidas preparadas. *Boletín Oficial del Estado* 2001; 11: 1435-41.

20. Yáñez Ortega JL, Carramiñana Martínez I, Bayona Ponte M. Brote de *Salmonella enteritidis* en una residencia de ancianos. *Rev Esp Salud Pública.* 2001; 75: 81-88.

21. Carbó Malonda RM, Miralles Espí MT, Sanz Bou R, Mañas Gimeno F, Guiral Rodrigo S, Pérez Pérez E. Brote de toxiinfección alimentaria por *Salmonella* entérica en un establecimiento de restauración colectiva. *Rev Esp Salud Pública.* 2005; 79: 47-57.

22. Real Decreto 202/2000 de 11 de febrero, por el que se establecen las normas relativas a los manipuladores de alimentos. *Boletín Oficial del Estado* 2000; 48: 8294-7.

Tabla 1.- Distribución de frecuencias de síntomas entre los casos encuestados

Síntomas	Nº afectados	%
Diarrea	46	90,2%
Fiebre	38	74,5%
Dolor abdominal	37	72,5%
Vómitos	28	54,9%
Malestar general	23	45,1%
Cefaleas	23	45,1%
Náuseas	12	23,5%
Escalofríos	8	15,7%
Total	51	100%

Figura 1.

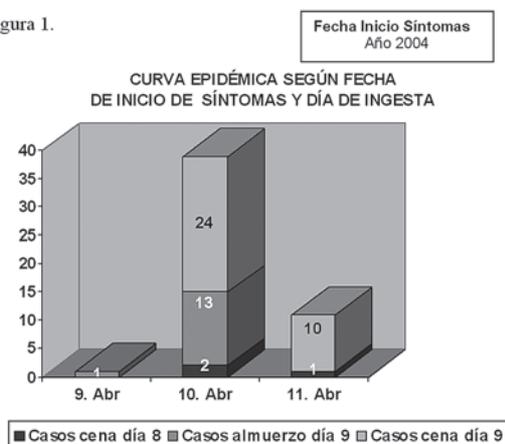


Tabla 2. Análisis del consumo de alimentos.

Alimentos	Comen		No comen		Odds ratio	Intervalo confianza 95%
	casos	controles	casos	controles		
Carne tomate	51	6	0	22	187	(19.65-4468.33)
Ensaladilla rusa	26	13	25	15	1.20	(0.43-3.35)
Jibia plancha	26	13	25	15	1.20	(0.43-3.35)
Ensalada mariscos	14	0	37	28	10.59	(1.31-228.6)
Champiñón	14	8	37	20	0.95	(0.30-2.98)
Lomo	12	6	39	22	1.13	(0.33-3.96)
Patatas fritas	16	16	35	12	0.34	(0.12-0.98)
Calamares	13	6	38	22	1.25	(0.37-4.36)
Mejillones	9	1	42	27	5.79	(0.68-128.81)
Tostadas	5	6	46	22	0.40	(0.09-1.70)
Bacalao	1	6	50	22	0.07	(0.00-0.68)
Pulpo	7	6	44	22	0.58	(0.15-2.27)
Boquerones	6	0	45	28	3.73	(0.40-86.68)
Almejas	6	6	45	22	0.49	(0.12-1.98)
Cazón tomate	6	6	45	22	0.49	(0.12-1.98)
Ensalada	7	7	44	21	0.48	(0.13-1.77)
Huevos codorniz	3	0	48	28	1.75	(0.15-45.90)
Panceta	3	0	48	28	1.75	(0.15-45.90)
Brocheta	7	2	44	26	2.07	(0.35-15.67)

Tabla 3. Análisis microbiológico de muestras de alimentos

Tipo de Muestra	Resultado	Especie/Serovariedad
Huevos frescos	Negativo	
Ensalada de marisco	10^6 UFC/g coliformes 30° <i>Salmonella</i>	
Carne con tomates	$> 1.5 \times 10^6$ UFC/g coliformes 30° <i>Salmonella</i>	<i>typhimurium</i> 4,5,12:i:1,2 lisotipo 68.

ORIGINAL

Control tensional de pacientes hipertensos en Atención Primaria

Aguiar García C¹, Artacho Pino F², Léiva Fernández F³, García Ruiz A⁴, Prados Torres D³, Carrión de la Torre M^aT³

¹ Médico de Familia. Centro de Salud de Coín. Distrito Sanitario Guadalhorce. Provincia de Málaga

² Médico de Familia. Zona básica de Salud Axarquía Oeste. Distrito Sanitario Axarquía. Provincia de Málaga

³ Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga

⁴ Profesor universitario. Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga

RESUMEN

Título: Control tensional de pacientes hipertensos en Atención Primaria

Objetivo: Calcular el grado de control tensional y sus factores asociados en pacientes hipertensos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Nueve centros de atención primaria de Málaga.

Población y muestra: Muestra: 564 Pacientes, diagnosticados previamente de hipertensión arterial, seleccionados de los listados obtenidos de la historia clínica informática.

Intervenciones: Citación de los pacientes en sus centros de salud para realización de a) entrevista (variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular -SCORE-, comorbilidad y tratamiento actual) b) exploración física (presión arterial, peso, talla y perímetro abdominal) y c) administración de cuestionarios (Morinsky-Green, Batalla y EuroQol-5D). Consideramos normotensión: PA<140/90.

Resultados: En la muestra existe predominio de mujeres (59,4%), media de edad de 64,6 años, casados (76,1%), bajo nivel cultural (32,8% de analfabetismo funcional), jubilados (41,3%) o amas de casa (34%). Como factor de Riesgo Cardiovascular (RCV) predomina la obesidad (55,2%). Más del 50% presenta RCV moderado-alto. La complicación más prevalente es el angor (6,78%). El 96,5% tiene tratamiento antihipertensivo prescrito, siendo los diuréticos los más indicados (310 veces). Escaso cumplimiento terapéutico (35,8%). Calidad de vida más relacionada

con la co-morbilidad que con la hipertensión. Control tensional de 32,1% (IC 95% 28,3%-35,9%), relacionándose con el número de antihipertensivos que toma el paciente (p=0,0001), el riesgo cardiovascular (p=0,0001) y la calidad de vida (p=0,019).

Conclusiones: El control tensional de los pacientes hipertensos es bajo y se asocia a un menor riesgo cardiovascular, al tratamiento con un mayor número de antihipertensivos y a mejor calidad de vida (escala analógica visual del EuroQol).

Palabras Clave: Hypertension (Hipertensión arterial), Primary Health Care (Atención Primaria)

Quality of life (Calidad de vida), Cardiovascular risk factor (Riesgo cardiovascular).

SUMMARY

Title: Control of Hypertense Patients in a Primary Care Setting

Goal: To calculate the degree of blood pressure control and related factors among hypertense patients.

Design: Descriptive cross-sectional study.

Setting: Nine primary health care clinics in Malaga.

Population and Sample: Sample: 564 patients, previously diagnosed with high blood pressure, selected from lists obtained through computerized clinical histories.

Interventions: Appointments were set up with patients in their health centers to carry out: a) an interview (covering socio-demographic variables, cardiovascular risk factors - SCORE -, coexisting diseases, and current treatment; b) a physical exam (blood pressure, weight, height and waist measurements); and c) the administration of questionnaires (Morinsky-Green, Batalla and EuroQol-5D). Normal blood pressure (BP) was considered to be BP<140/90.

Correspondencia: UU DD MFyC

Hospital Carlos Haya, Pab.C, 2ª.planta
Plaza Hospital civil, s/n. 29009 Málaga
e-mail: consuelo.aguiar@ono.com

Recibido el 28-03-2008; aceptado para publicación el 20-04-2008
Med fam Andal 2008; 1: 26-36

Results: Women predominated in the sample (59.4%), average age 64.6 years, married (76.1%), low cultural level (32.8% functionally illiterate), retired (41.3%) or housewives (34%). The leading cardiovascular risk (CR) was obesity (55.2%). More than 50% had a moderate to high CR. The most prevalent complication was angina (6.78%). 96.5% were receiving medication to lower their blood pressure; diuretics were the most frequently mentioned (310 times). Compliance with therapy was low (35.8%). Quality of life was more related to co morbidity than hypertension. 32.1% had blood pressure under control (CI 95% 28.3%-35.9%), and this was related to the number of blood pressure-lowering drugs taken by the patient ($p=0.0001$), cardiovascular risk ($p=0.0001$) and quality of life ($p=0.019$).

Conclusions: Blood pressure control is low among hypertensive patients and it is related to cardiovascular risk, treatment with a large number of blood pressure-lowering drugs and improved quality of life (EuroQol's analogical visual scale).

Key words: Hypertension, primary care, quality of life, cardiovascular risk factor.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados, constituyendo un problema de primera magnitud. Los hipertensos tienen el doble de riesgo de sufrir coronariopatía isquémica, siete veces más de probabilidad de accidente cerebrovascular agudo isquémico y 10 veces más de probabilidad de hemorragia cerebral o subaracnoidea⁽¹⁾. La presencia de HTA aumenta entre 2-4 veces la prevalencia de insuficiencia cardíaca frente a las personas normotensas⁽²⁾.

En la población general adulta española, la prevalencia de la Hipertensión Arterial (HTA) es de un 35%, llegando al 40% en edades medias^(3,4) y a más del 60% en los mayores de 60 años^(4,5).

En nuestro país, una de cada 2,3 muertes cardiovasculares y la cuarta parte de las muertes totales ocurridas anualmente en varones y mujeres de edad media están relacionadas con la Hipertensión Arterial⁽⁶⁾.

Esta patología tiene además un impacto socioeconómico importante, constituyendo el

segundo motivo de visita médica en Atención Primaria. Se estima que el gasto de la enfermedad en el año 2000 supuso entre el 3 y el 4% del gasto sanitario español anual⁽¹⁾.

Por todo ello, es muy importante conseguir un adecuado control de cifras tensionales. Según estudios desarrollados en España sobre pacientes con hipertensión tratados en **Atención Primaria**, el control de la enfermedad oscila entre un 36,1% (*PRESCAP 2002*)⁽⁷⁾ y un 38,8% (*Controlpres 2003*)⁽⁸⁾. El estudio *HORA*, realizado en el año 2001, en una muestra de 4.009 individuos representativa de la **población general española** no institucionalizada mayor de 59 años, reportó un porcentaje de control del 16,3%⁽⁵⁾, resultado algo superior a la media encontrada en otros países europeos, que no alcanza el 15%, aunque inferior al hallado en Estados Unidos (28%)⁽⁹⁾.

Estas cifras apuntan a un problema de gran magnitud que no está siendo adecuadamente respondido desde las instituciones sanitarias. Por ello es importante conocer el nivel de control tensional de los pacientes atendidos en los centros de salud así como los factores predictores de dicho control para poder identificar espacios concretos de mejora de la atención al paciente con hipertensión.

El objetivo del presente estudio es calcular el grado de control tensional y sus factores asociados en pacientes hipertensos en el ámbito de Atención Primaria.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, en pacientes diagnosticados previamente de hipertensión y pertenecientes a 9 Centros de Salud de Málaga (Carranque, Delicias, Limonar, Palma-Palmilla, El Palo, Puerta Blanca, Puerto de la Torre, San Andrés-Torcal y Trinidad-Jesús Cautivo) entre el 12 de Septiembre de 2005 y el 3 de Octubre de 2006.

Los pacientes fueron seleccionados de los listados informatizados de "Pacientes con Hipertensión Arterial con/sin afectación de órganos diana", mediante **muestreo aleatorio sistemático**, contabilizándose una media de **10 pacientes por médico** de cada uno de los 9 Centros de Salud incluido en el estudio, lo que

supuso un **total de 1.110 pacientes** (nivel de confianza 95%, precisión 3%, prevalencia de control tensional esperada 38%).

El criterio de inclusión fue estar diagnosticado de HTA y/o con tratamiento prescrito para esta patología. Para minimizar las pérdidas, se realizó un listado de "sustitutos de los pacientes incluidos" con los inmediatamente posteriores a los considerados como muestra. La "sustitución" se realizó en los siguientes casos: Historia clínica no encontrada/éxitus confirmado, teléfono no disponible/equivocado/o no funciona, contacto telefónico no conseguido tras tres intentos en días y horas diferentes, imposibilidad para acudir al Centro de Salud, no constar diagnóstico de hipertensión en la historia clínica, no pertenecer al Centro de Salud estudiado en el momento de la investigación, no acudir a la entrevista tras ser citado en dos ocasiones en días y horas distintos, o no querer formar parte del estudio. Si ocurría alguna de estas incidencias también con el paciente "sustituto", fue considerada "pérdida", salvo en el caso de problemas con el teléfono, en el que se volvió a sustituir por última vez (ver esquema general del estudio).

Las variables estudiadas fueron, como *variable dependiente*, el **control tensional** (PAS –Presión Arterial Sistólica- y PAD –Presión Arterial Diastólica-, mediante aparato automático OMRON MX3 PLUS, realizando una medición por paciente, encontrándose éste sentado con los pies en el suelo y las piernas sin cruzar, tras haber reposado cinco minutos como mínimo y considerándose cifras de control ⁽¹⁰⁾ <140/90 mmHg). Como *variables independientes*: **Variables sociodemográficas** (*centro de salud, sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, y estado civil*), **factores de riesgo cardiovascular** (*riesgo cardiovascular total, valorado por el SCORE para países de bajo riesgo mediante el colesterol total^(11,12), antecedentes de cardiopatía isquémica en familiares de primer grado menores de 60 años, tabaquismo (consumo de más de tres cigarrillos al día), obesidad, valorada mediante el IMC (Índice de Masa Corporal) -mensurando peso y talla el día de la entrevista o en su defecto recabando el dato de la historia clínica- y el perímetro abdominal, hipercolesterolemia, referida por el paciente o presentada en los resultados analíticos de los últimos 5 años*

recogidos de su historia clínica, *sedentarismo* (menos de 30 minutos de ejercicio 3 veces en semana), y *diabetes* (en tratamiento para esta enfermedad o diagnóstico recogido en la historia clínica), **morbilidad aparecida en relación con la HTA**, considerando los siguientes diagnósticos incluidos en la historia clínica (*IAM –Infarto Agudo de Miocardio-, angor, arritmia, insuficiencia cardíaca, hipertrofia del ventrículo izquierdo, cardiopatía hipertensiva, ACV –Accidente Cerebrovascular-, claudicación intermitente, microalbuminuria, proteinuria, insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva*), **otras patologías** (*patología osteoarticular y psicopatología*), **variables referentes al tratamiento** (*tener prescrito tratamiento farmacológico para la hipertensión, tiempo de evolución con tratamiento antihipertensivo, número y clase de antihipertensivos*), **cumplimiento terapéutico** (valorado por el test de Morinsky Green⁽¹³⁾ y por el test de Batalla⁽¹³⁾) y la **calidad de vida** (valorada mediante el cuestionario genérico EuroQol-5D⁽¹⁴⁾ mediante su parte descriptiva y su escala analógica visual –EVA- que tiene una amplitud de 0 a 100 puntos, siendo 100 mejor estado de salud).

Para el análisis estadístico se utilizó la media para las variables cuantitativas y las frecuencias absolutas para las cualitativas, así como sus intervalos de confianza. Para identificar los factores asociados al control tensional, se realizó un análisis bivariante (análisis de la varianza ANOVA, coeficiente de correlación de Pearson y Ji-cuadrado) y un análisis multivariante mediante regresión logística múltiple ($p < 0.05$, hipótesis bilateral).

RESULTADOS

De los 2.115 pacientes contactados (1.110 hipertensos más 1.005 sustitutos) finalmente se incluyeron en el estudio 581 (Ver esquema general del estudio). De esta muestra inicial 17 pacientes no pudieron concluir el estudio, por lo que los datos sobre control tensional y factores asociados se refieren a 564 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial.

Las características sociodemográficas de los 564 pacientes que finalizaron el estudio se recogen en la **tabla nº 1**.

El factor de riesgo cardiovascular más prevalente en la muestra fue la obesidad y la complicación relacionada con la HTA más frecuente, el angor (**tabla 2**).

La patología más prevalente fue la osteoarticular (57,67%). La psicopatología estuvo presente en un 28% de los pacientes.

La medicación antihipertensiva prescrita fue variable, desde pacientes que no tomaban medicación (3,5%, estando mal controlados el 90% de éstos; $p=0,031$) hasta los que tomaban 5 medicamentos antihipertensivos, cada uno de los cuales podía a su vez estar formado por un compuesto único o por la asociación de dos. El 33,6% de la muestra se encontraba en monoterapia, el 35,8% tomaba dos compuestos y el 26,4% tres o más. La distribución cualitativa de las asociaciones en función del número de medicamentos antihipertensivos que toma el paciente se presenta en el **gráfico 1**. Más de un 50% de la muestra llevaban más de 10 años tomando medicación antihipertensiva, siendo los diuréticos los fármacos más veces prescritos (310 veces, sumando diuréticos solos y en asociación). El cumplimiento terapéutico fue de un 71,6% según el test de Morinsky-Green, de un 50% según el test de Batalla y tan sólo de un 35,8% cuando se combinan ambos test.

La dimensión mejor valorada en el descriptivo del EuroQol fue el cuidado personal (el 85% de los pacientes no tenían problemas en esta área) y las peores las de ansiedad/depresión (26,2% con problemas graves) y dolor/malestar (20,4% con problemas graves). La media de la Escala Analógico Visual se situó en $70,55 \pm 17,05$ puntos (IC 95% 69,34-71,76 puntos).

Respecto a la variable dependiente, tenían controladas ambas cifras de presión arterial (PAS <140 y PAD <90 mmHg) el 32,1% de los pacientes (IC 95% 28,3-35,9%).

El porcentaje desciende al 11,8% (IC 95% 6,6%-17%) al considerar el control entre los pacientes diabéticos e hipertensos (PA < 130/80 mmHg).

Se encontraron diferencias en relación al control tensional entre las distintas zonas básicas del estudio, mostrando mayor porcentaje de control la Zona Básica de El Palo ($p=0,035$). En la **tabla 3** se presentan las variables independientes que

se relacionaron con el control tensional y su significado, así como la identificación de posibles factores de confusión (análisis bivalente).

Analizamos mediante regresión logística los factores que se relacionan de manera independiente con el control de la presión arterial (variable dependiente). Como se observa en la **tabla 4**, el control tensional se asocia a un menor riesgo cardiovascular total, a un mayor número de fármacos antihipertensivos prescritos y a una mejor calidad de vida. La Especificidad del modelo es del 80,3%, la Sensibilidad del 64,2 y la Probabilidad del 69,4% (bondad de ajuste del modelo $p=0,623$ y 8 grados de libertad, valorada mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow).

DISCUSIÓN

La muestra total de pacientes buscada en nuestro estudio era de 1.110 sujetos. Finalmente quedaron incluidos 564, lo que supone un porcentaje de pérdidas bastante elevado (49,2%). En la mayoría de los casos (51%), las pérdidas de la muestra se debieron a la dificultad para contactar con los pacientes por la falta de actualización de los listados (11%) y, fundamentalmente, por la falta o error en el registro de los teléfonos en las historias clínicas (hasta un 40%), ambos motivos no relacionados etiopatogénicamente con la patología en estudio. Los problemas de los pacientes constituyeron un 16% de las pérdidas. Un 10% no acudieron por encontrarse incapacitados, lo que nos podría llevar a infravalorar la morbilidad aparecida en relación con la enfermedad. Las pérdidas se pretendieron minimizar mediante el proceso de "sustitución", no existiendo diferencias estadísticamente significativas y clínicamente relevantes entre los pacientes incluidos directamente y los sustitutos. De los 1.551 pacientes que finalmente no participan (ver esquema general del estudio) pudimos conocer su sexo pero no su edad. La distribución por sexos (60% mujeres y 40% hombres) era la misma que la de los pacientes que finalmente concluyeron el estudio.

Por todo ello consideramos que el trabajo incluye una muestra homogénea de pacientes hipertensos, presentando un ligero predominio de mujeres, en la que abunda el sobrepeso y la

obesidad, con una media de edad coincidente con otros estudios desarrollados en España^(5,15). El grado de control de la tensión arterial de los pacientes hipertensos (32,1%) y el de los hipertensos diabéticos (11,8%), es similar a lo encontrado en otros trabajos desarrollados en el ámbito de la Atención Primaria en nuestro país, que sitúan el control de la hipertensión en un 36,1-38,8% y el de los pacientes hipertensos y diabéticos en un 9,1-9,5%^(7,8).

El control de la enfermedad se relaciona con la intensificación del tratamiento, sin prevalecer un grupo de tratamiento respecto a otro (aunque el perfil general de prescripción, con los diuréticos a la cabeza, coincide con lo recomendado en la mayoría de las últimas guías publicadas^(1,16,17,18), el RCV (de forma inversa) y la calidad de vida.

En relación al tratamiento, hallamos un cambio en el comportamiento de los profesionales respecto a estudios previos con una marcada tendencia actual hacia la intensificación, lo que sugiere una mejora en la praxis médica, dada la relación entre aquélla y el control de la tensión arterial. El porcentaje de monoterapia (33,6%) es inferior a lo encontrado en trabajos anteriores, en los que más de la mitad de los pacientes tomaban un solo fármaco antihipertensivo^(7,8,19). El descenso de la monoterapia es básicamente a expensas del porcentaje de pacientes que toman tres o más fármacos (26,4%), no alcanzando el 15% en estudios previos^(7,8,19). Este cambio en el perfil de prescripción no se ve reflejado, sin embargo, en un mayor control tensional, lo que podría estar directamente relacionado con el escaso cumplimiento terapéutico registrado (35%) aunque esta variable no ha permanecido incluida en el modelo de regresión final del estudio.

En referencia al riesgo, lógicamente encontramos relación inversa entre el control tensional y el riesgo cardiovascular total, pues uno de los factores incluidos para el cálculo del riesgo son las propias cifras tensionales (junto al sexo, edad, cifras de colesterol total, y tabaquismo)⁽¹¹⁾, sin embargo no se encontró colinealidad entre el RCV y la PAS y PAD. La relación entre la presencia de factores de riesgo cardiovascular, modificables o no, y el mal control tensional es conocido y se muestra en diversos estudios. En Atención Primaria, el PRESCAP 2002 identifica como factores relacionados con el mal control

tensional el consumo elevado de alcohol, el sedentarismo, la obesidad y la edad⁽⁷⁾. El estudio PREVENCAT obtiene como factores de mal control tensional la presencia de edad avanzada, diabetes, obesidad, sedentarismo y antecedentes de enfermedad cardiovascular⁽¹⁹⁾. La diabetes también se ha mostrado como factor asociado al mal control de la hipertensión en pacientes atendidos en el segundo nivel⁽²⁰⁾.

Por otra parte, en el presente estudio, el control de las cifras tensionales se relaciona con la mejor percepción de la calidad de vida. Selke et al⁽²¹⁾ ya señalaban en el año 1998, que los pacientes en los que la presión arterial se controla bien, presentan puntuaciones de calidad de vida mejores que en los que no se controla. Este resultado pone de manifiesto que, aunque los cuestionarios de calidad de vida sean poco utilizados en la práctica clínica diaria, debemos siempre tener presente el punto de vista del paciente sobre su propia salud por su posible influencia en el cumplimiento terapéutico.

En conclusión, para mejorar el control de los pacientes hipertensos podríamos incidir sobre diversos aspectos, como son: la *intensificación del tratamiento*, incluyendo acciones concretas sobre la mejora del cumplimiento terapéutico y el control de *otros factores de riesgo cardiovascular*, extremar las intervenciones en los pacientes de alto y muy alto riesgo, sin perder de vista la *percepción de salud por parte del propio individuo*.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se ha realizado con la ayuda de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria gracias a la beca concedida en la II Convocatoria de Ayuda a Tesis Doctorales de la semFYC (año 2004) así como con la Beca Consejería Salud Comunidad Autónoma Andalucía (Expediente 0367/2005).

BIBLIOGRAFÍA

(1).Fundación Farmaindustria [sede Web]*. Fundación Farmaindustria y Health Outcomes Research Europe; Septiembre 2002 (fecha de acceso Febrero de 2006). El valor del medicamen-

- to. El papel de los medicamentos en el tratamiento de la hipertensión arterial y la prevención del riesgo cardiovascular. Disponible en: http://www.farmaindustriales/Index_secundaria_publicaciones.htm
- (2).Martín E. Hipertensión en situaciones especiales. En: Grupo de Hipertensión Arterial Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. Manual de Hipertensión Arterial en la Práctica Clínica de Atención Primaria. Granada: SAMFyC; 2006. p. 109-27.
- (3).Banegas JR. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en España. Situación actual y perspectivas. *Hipertensión*. 2005; 22: 353-62.
- (4).Medrano MJ, Cerrato E, Boix R y Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124: 606-12.
- (5).Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, De la Cruz-Troca JJ et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. *J Hypertens*. 2002; 20: 2157-64.
- (6).Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Villar F, Herruzo R. Mortality attributable to cardiovascular risk factors in Spain. *Eur J Clin Nutr*. 2003; 57, Supl 1: S18-21.
- (7).Llisterri JJ, Rodríguez-Roca GC, Alonso FJ, Lou S, Divisón JA, Santos JA et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2002. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122: 165-71.
- (8).Coca A. Evolución del control de la Hipertensión Arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003. *Hipertensión*. 2005; 22: 5-14.
- (9).Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense HW, Joffres M et al. Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States. *JAMA*. 2003; 289: 2363-69.
- (10).Guidelines Comitee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2003; 21: 1011-53.
- (11).Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G et al. Estimation of ten-years risk of fatal cardiovascular disease in Europe: The SCORE project. *Eur Heart J*. 2003; 24: 987-1003.
- (12).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: 476-85.
- (13). Gil V, Pineda M, Martínez JL, Belda J, Santos ML, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. 1994; 102: 532-36.
- (14). Badía X, Roset M, Monserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)*. 1999; 112: 79-86.
- (15). Benítez M, Pérez S, Dalfó A, Piqueras MM, Losada G, Vila MA. Estudio DISEHTAC II: diagnóstico y seguimiento de la Hipertensión Arterial en Cataluña. Comparación con los datos de 1996. *Aten Primaria*. 2005; 35: 7-13.
- (16).Chobaniam AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Rocella EJ, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC VII Report. *JAMA*. 2003; 289: 2560-72.
- (17). National Institute for health and Clinical Excellence [sede Web]*. London: Royal College of Physicians; 2004 (actualización parcial en Febrero de 2006. Acceso en Abril de 2006). Management of hypertension in adults in primary care. NICE Clinical Guideline 34. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=30114>.
- (18). Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, McNnes GT, Potter JF et al. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV. *J Human Hypertens*. 2004; 18: 139-85.
- (19).Coca A, Dalfó A, Esmatjes E, Llisterri JL, Ordóñez J, Gomis R et al, en representación del

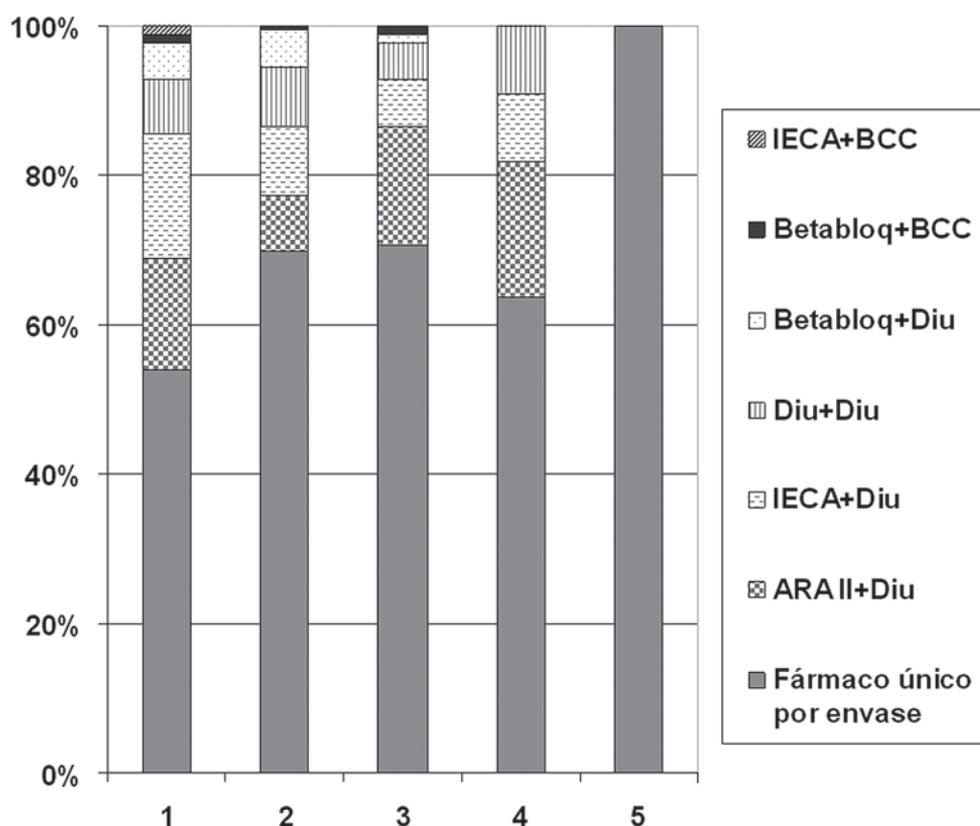
grupo PREVENCAT. Tratamiento y control del riesgo cardiovascular en Atención Primaria en España. Estudio PREVENCAT. Med Clin (Barc). 2006; 126: 201-05.

(20).Cinza S, Cabarcos A, Nieto E, Lorenzo V. Grado de control de hipertensión arterial en po-

blación mayor de 65 años ingresada en un servicio de Medicina Interna. An Med Interna (Madrid). 2006; 23: 369-73.

(21). Selke B, Marquis P, Lebrun T. Socioeconomic and quality of life repercussions of arterial hypertension. Drugs. 1998; 56 (supl 2): 45-53.

Gráfico 1. Distribución cualitativa de las asociaciones en función del número de medicamentos antihipertensivos que toman los pacientes.



IECA: Inhibidores de la Enzima de Conversión de la Angiotensina
 BCC: Bloqueantes de los Canales de Calcio
 Betabloq: Betabloqueantes
 Diu: Diuréticos
 ARA II: Antagonistas de los receptores de la Angiotensina II

Tabla 1.- Características sociodemográficas y distribución por Centros de Salud de los pacientes de la muestra (564 pacientes).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		N	Media o proporción	(IC 95%)
Edad		564	64,6 años	63,78-65,45 años
Sexo	Hombre	229	40,6%	36,55%-44,65%
	Mujer	335	59,4%	54,15%-64,65%
Nivel cultural	Sin estudios	48	8,5%	6,2%-10,8%
	Sabe leer y escribir	137	24,3%	22,5%-26,1%
	Estudios primarios	235	41,7%	37,7%-45,7%
	Bachiller	78	13,8%	11%-16,6%
	Estudios superiores	64	11,3%	8,7%-13,9%
Estado civil	Casados/en pareja	429	76,1%	72,6%-79,62%
	Viudos	96	17%	13,9%-20,1%
	Separados	22	3,9%	2,4%-5,49%
	Solteros	15	2,7%	1,4%-4%
Actividad laboral	Jubilados	233	41,3%	37,3%-45,37%
	Amas de casa	192	34%	30,1%-37,9%
	Trabajadores	113	20%	16,7%-23,3%
	Otros (paro, baja laboral, etc)	91	6%	4,1%-7,9%
DISTRIBUCIÓN POR CENTROS DE SALUD		Número de pacientes	% de pacientes	
El Palo		88	15,6%	
Palma-Palmilla		57	10,1%	
Limonar		52	9,2%	
Trinidad-Jesús Cautivo		74	13,1%	
Delicias		53	9,4%	
San-Andrés-Torcal		63	11,2%	
Carranque		33	5,9%	
Puerto de la Torre		68	12,1%	
Puerta Blanca		76	13,5%	

Tabla 2.- Prevalencia en la muestra de factores de riesgo cardiovascular y complicaciones aparecidas en relación con la HTA:

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR		NÚMERO DE PACIENTES	DE	PREVALENCIA
Obesidad	IMC \geq 30	Mujeres	162	60,2%
		Hombres	81	47,4%
		Total	243 de 440	55,2%
	Perímetro Abdominal	>88 en Mujeres	316	95,47%
		>102 en Hombres	158	69,61%
		Total	474 de 558	84,94%
Diabetes Mellitus		144 de 564		25,53%
Tabaquismo		90 de 564		15,95%
Sedentarismo		210 de 418		50,23%
Hipercolesterolemia	Identificada en las analíticas	60 de 366		16,39%
	Referida	214 de 564		37,9%
Antecedentes familiares de Cardiopatía isquémica		137 de 564		24,29%
RCV total	RCV bajo	De 379		47,2%
	RCV moderado			26,9%
	RCV alto (>5%)			25,9%
COMPLICACIONES DE LA HTA			NÚMERO DE PACIENTES	DE PREVALENCIA
IAM		13 de 560		2,3%
Angor		38 de 560		6,78%
Arritmia		26 de 557		4,6%
ICC		16 de 558		2,86%
HVI		21 de 555		3,78%
Cardiopatía hipertensiva (sin especificar)		9 de 564		1,59%
ACV o AIT		17 de 561		3%
Claudicación intermitente		8 de 561		1,42%
Microalbuminuria		8 de 559		1,43%
Proteinuria		1 de 559		0,17%
Insuficiencia renal		18 de 557		3,2%
Retinopatía hipertensiva	Sin informe oftalmológico en la Historia Clínica	518 de 561		92,33%
	Sin retinopatía	15 de 561		2,67%
	Retinopatía hipertensiva	10 de 561		1,77%
	Otras retinopatías	18 de 561		3,2%

IMC: Índice de Masa Corporal; RCV: Riesgo Cardiovascular; IAM: Infarto agudo de miocardio; ICC: Insuficiencia cardiaca congestiva; HVI: Hipertrofia Ventricular Izquierda; ACV: Accidente cerebrovascular agudo; AIT: Accidente isquémico transitorio.

Tabla 3.-Análisis Bivariante: Variables independientes relacionadas con el control tensional y su significado.

VARIABLE	p	SIGNIFICADO
Sexo	0,035	Mayor control en las mujeres (35,5%) que en los hombres (27,1%). El porcentaje de mujeres cumplidoras (74,9%) fue superior al de hombres cumplidores (66,8%), según el test de Morinsky-Green (p=0,036).
RCV total	0,0001	A mayor RCV, menor control tensional. Control tensional del 52,5%, 19,6% y 8,2% para RCV bajo, moderado y alto respectivamente.
Perímetro abdominal	0,053	Mayor en los no controlados (107,3 cm de media frente a 105,5 cm en los controlados)
Antecedentes de Diabetes	0,099	Menor control en los diabéticos (26,4%) que en los no diabéticos (33,8%).
Antecedentes de tabaquismo	0,169	Menor control los fumadores (25,8%) que los no fumadores (33,3%).
Antecedentes de IAM	0,022	Mayor control en los pacientes con antecedentes de IAM (61,5%) frente a los que no tienen este antecedente (31,4%).
Antecedentes de claudicación intermitente	0,049	Ninguno de los 8 pacientes con este antecedente tenía controlada su HTA frente a un 37,2% de control entre los que no lo tenían.
Antecedentes de patología osteoarticular	0,008	Mayor control en los pacientes con antecedente de patología osteoarticular (36,8% frente a 26,2%)
Tener prescrito tratamiento antihipertensivo	0,031	Mayor control los pacientes con tratamiento antihipertensivo prescrito (32,9%) frente a los que se encontraban sin tratamiento (10%)
Número de medicamentos antihipertensivos prescritos	0,022	A mayor número de medicamentos antihipertensivos prescritos, mayor control. Los pacientes controlados tomaban 1,7 medicamentos antihipertensivos de media frente a 1,5 que tomaban los no controlados.
EuroQol (EVA)	0,053	Los pacientes con tensión arterial controlada obtuvieron mayor puntuación de media en la EVA (72,5) que los no controlados (69,6).

p: significación estadística; IAM: infarto agudo de miocardio; RCV: Riesgo cardiovascular; HTA: Hipertensión arterial; EVA: Escala Analógico Visual.

Tabla 4.- Regresión logística del control de presión arterial.

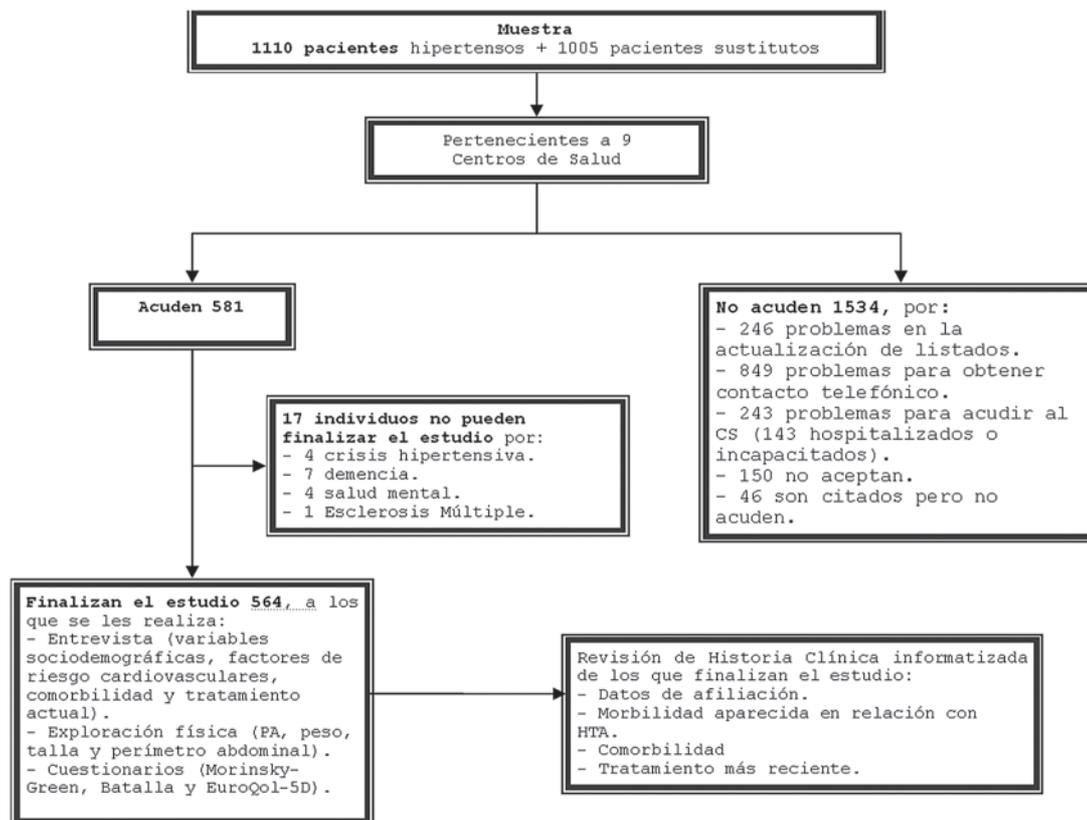
VARIABLES	SIGNIFICACIÓN	OR (IC 95%)	SENTIDO
Riesgo cardiovascular	0,0001	1,696 (1,458-1,972)	A mayor porcentaje de RCV Total, menor probabilidad de control
Número de medicamentos que toma el paciente para su hipertensión	0,0001	0,555 (0,405-0,760)	Al aumentar el número de medicamentos que toma el paciente aumenta la probabilidad de control
EVA	0,019	0,983 (0,969-0,997)	A mayor puntuación de la EVA aumenta la probabilidad de control
Constante	0,021	4,30	

Variables iniciales del modelo: centro de salud, sexo, riesgo cardiovascular valorado mediante el SCORE, tener indicado tratamiento farmacológico, tener indicado diuréticos, número de medicamentos antihipertensivos que toma el paciente, antecedentes personales de infarto agudo de miocardio, claudicación intermitente o patología osteoarticular, nivel de estudios, cumplimiento terapéutico valorado mediante el Morinsky-Green, tiempo de evolución de la enfermedad y calidad de vida valorada mediante la EVA del EuroQol y el PSN total.

Las nueve primeras variables corresponden a las que obtuvieron p estadísticamente significativa en el análisis bivariante.

Esquema general del estudio.

Estudio descriptivo transversal, en el que se analiza el grado de control tensional de pacientes hipertensos y factores asociados en el ámbito de la Atención Primaria.



ARTÍCULO ESPECIAL

Del humanismo a la humanidad

(Aportaciones éticas para una práctica clínica de dimensión humana)

Boxó Cifuentes JR¹, Ruiz Silicia L²¹ Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Terapia Familiar. ESM Puerta Blanca. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga² Médico Psiquiatra. Coordinadora Equipo Salud Mental de Distrito El Cónsul. Unidad de Terapia Familiar. ESM Puerta Blanca. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

El humanismo surge como poderoso motor de cambio en los albores del siglo XV dentro del marco del Renacimiento europeo. Las sociedades occidentales se alejan de la Edad Media para orientar su camino hacia un prometedor futuro de progreso y desarrollo. Para describir sucintamente el corazón que anima el cambio cultural parece de utilidad la afirmación tomada de la teoría del *homo mensura* de Protágoras por la que "el hombre es la medida de todas las cosas, de las que son en cuanto que son y de las que no son en cuanto que no son"¹. De ahí que el conocimiento no pudiera ser universal y necesario para cada uno y todos los hombres, sino individualizado en cada uno de ellos sin que pudiera existir una comunidad cognoscitiva absoluta. La libertad para desarrollar el propio mundo en propuestas estéticas e intelectuales supuso el germen de la floreciente actividad artística y creativa en todos los ámbitos de la vida social y cultural. En Alemania esta dimensión humanística se adentrará también en el terreno religioso. Martín Lutero defenderá el *libre examen* de las Escrituras con dos consecuencias radicales: el valor jerárquico supremo de la Biblia que le permitirá ubicarse por encima del Emperador y del Papado en la dieta de Worms, y la libre aproximación al texto que determinará como necesaria consecuencia la *diversidad*

exegética y hermenéutica que erigirá la conciencia individual también como medida de los asuntos de fe.

Excesos del racionalismo emergente

El desarrollo de las corrientes humanísticas será profundamente influido por el racionalismo emergente de modo que la aspiración a un sistema general racional que explique y organice la vida de los hombres va a gravitar decididamente sobre todos los sectores de la investigación humana incluida la medicina. Se predice el acercamiento a una edad de oro en la cual todo podrá estar controlado, previsto y organizado para el bien de la humanidad. Los avances del racionalismo en muchos terrenos son asombrosos prestigiando indudablemente sus postulados. Sin embargo, las producciones del hombre conducirán a hacerlo también materia de observación, y, paradójicamente, al desarrollo de propuestas decididamente antihumanistas. Algunas de ellas pesimistas sobre la realidad humana, otras, peligrosas, que se otorgarán el derecho a realizar sus sueños solamente en élites humanas, ya sean raciales, ya culturales. Las consecuencias de unas y otras han sido funestas para inmensas masas de población en todos los lugares del mundo. Pensamos en los exterminios masivos programados con perfecta racionalidad por los totalitarismos, en las tétricas industrias de la muerte a través de armas y drogas, en las explotaciones de mujeres, niños y pobres en toda la faz del globo, en el abandono de enfermos por su pobreza o por su escaso interés de mercado.

Correspondencia: José Ramón Boxó Cifuentes
Centro de Salud Puerta Blanca
Avda. Gregorio Diego, 46. 29004 Málaga
e-mail: jboxo@ono.es

Recibido el 31-03-2008; aceptado para publicación el 10-04-2008
Med fam Andal 2008; 1: 37-41

Estas y otras muchas de las dolencias crónicas de la humanidad cuestionan el ideal humanista basado tan solo en el cultivo racional. La locura de esta sinrazón ya no podemos seguir contemplándola como desviación o alejamiento del bien, sino como subversión o perversión del imperativo categórico kantiano. Esto quiere decir que la falta de razón no es ausencia de razón sino una forma de comportarse según una regla completamente diferente y que, igual que la razón, puede pretender elevarse a lo universal². Eichmann, plenamente convencido, declaró ante el tribunal de Jerusalén que el principio de su voluntad era tal que podía devenir el principio de las leyes generales³.

Repercusiones en la práctica clínica

En medicina observamos muestras de la influencia del humanismo racionalista en ese tipo de práctica clínica que fascinada por el indudable atractivo de los procedimientos de diagnóstico y terapéutica, contempla al paciente como elemento necesario de observación y pruebas, pero no se interesa en su valor personal. La medicina moderna que toma su fundamentación del positivismo del s. XIX sintió que no sería científica hasta que no se atuviera de modo riguroso y estricto a los hechos y solo a los hechos. Así pues la función de un buen médico sería transformar las sensaciones subjetivas del paciente, los síntomas, en signos físicos objetivables y fiables, poniendo entre paréntesis todas las dimensiones de la vida de los pacientes que no tienen relación directa con los hechos, es decir los valores de las personas. Aún más inquietantes son las manifestaciones antihumanistas en las cuales el paciente es percibido como "enemigo" confirmando en cierta medida que la identidad de uno se define por enfrentamiento con el otro en un reconocimiento agónico⁴. Estas características de la relación se oponen a un modelo deliberativo ideal donde el médico es un humanista que integra la información y los valores relevantes para realizar una recomendación y, a través del diálogo, intenta persuadir al paciente para que la acepte⁵.

Ética y bioética

El mundo humano es un mundo de significados más allá de la apariencia y, por tanto, de valores.

La Ética es la ciencia que se dedica a la realización de los valores. Hay valores que se imponen, que se intuyen, que son en sí mismos, que cuando se pierden el sentimiento universal es de que se ha perdido algo importante, tales son la vida, la paz la justicia, la dignidad, la salud. Los principios de la ética biomédica de Beauchamp y Childress resultan un buen instrumento para analizar la calidad ética de las decisiones clínicas. El esfuerzo por respetar los principios de bioética en las actuaciones profesionales y su utilización como referente en la reflexión necesaria para resolver problemas éticos, permite orientar la práctica profesional hacia el cumplimiento de los fines de la medicina⁶. Pero los principios no son suficientes ni el único fundamento de la acción moral la acción moral del medico. El ser humano no vive en el presente, sino en permanente proyección hacia el futuro, hacia el mundo de los fines y esta cualidad intrínseca del ser humano en tanto que dotado de inteligencia le pide cuentas y le hace responsable de qué y del como. La tendencia a la acción es previa a toda consideración de juicio, de modo que una intencionalidad que tienda a la apropiación del paciente mediante una objetivación racional acabará por su supresión o reducción a un simple elemento necesario en una cadena de actuación sin rostro humano.

Por tanto, nuestros juicios previos sobre el paciente como concepto, pueden distanciarnos del paciente y su mundo real. Ese mundo del que formamos parte no está ahí delante como un mero mundo de cosas, sino de valores, bienes, y, sobre todo de seres humanos. Lo real no cabe en ninguna fórmula de pensamiento y el mundo que hay, siempre seguirá siendo más rico y dando más que pensar que el pensamiento que lo piensa⁷. Este convencimiento debiera trasladarnos desde formulaciones humanísticas a la *humanidad de la vida cotidiana*, a la *vida buena* como objetivo ético del fin último de los hombres. Ricoeur llama intencionalidad ética de la vida a *tender hacia la vida buena con y para otro en instituciones justas*⁸. El contenido de la *vida buena* es, para cada uno, la nebulosa de ideales y de sueños de realización respecto a lo cual una vida es considerada como más o menos realizada o como no realizada. La vida buena no parece admitir definiciones sino descripciones extraídas de la propia experiencia humana del placer y del dolor. Del placer porque tiende a ser procurado y del dolor porque tiende a ser evitado.

Capacidades éticas de la acción

Nos proponemos recoger cinco aportaciones descriptivas del *bien vivir* extraídas de vivencias humanas presentes en tradiciones que nos son próximas y constitutivas del ser humano de occidente.

1. La primera de ellas la tomamos del cristianismo primigenio. Lucas, médico griego acompaña a Pablo en el viaje, en el que, prisionero, se dirige hacia Roma. Las vicisitudes de la travesía nos permiten recoger el reconocimiento que hace de una actitud que no duda en calificar como expresión de humanidad. *Reconocer* significa aceptar que los otros ya poseen en alguna medida lo que uno cree aportar como bueno y válido, rompiendo cualquier arrogante convencimiento de superioridad moral. *“Julio, tratando humanamente a Pablo, le permitió que fuera a los amigos para ser atendido por ellos”*⁹. Lucas enlaza *filantropía* con el disfrute de la amistad. El romano Julio, reconoce la carencia en Pablo, y por medio de la carencia, la existencia y la necesidad de los otros. Pero es que precisamente este sentido de la amistad sirve de transición entre el objetivo de la vida buena y la justicia, virtud de una pluralidad humana de carácter político. Julio traspasa la norma para actuar en justicia y esto movido por humanidad porque no puede ser justa una norma que niega el buen vivir. Aunque Proust sostenía que la amistad se esfuerza en hacernos sacrificar la única parte real e incommunicable de nosotros mismo a un yo superficial, que no encuentra alegría en sí mismo, sino que halla un enternecimiento confuso en sentirse sostenido por puntales externos, sin embargo, reconoce que por lo demás, los que denigran la amistad pueden, sin ilusiones y no sin remordimientos, ser los mejores amigos del mundo¹⁰. Al fin y al cabo, ¿qué importa la senda que se tenga que recorrer si se llega a ser un buen amigo? La carencia de otro, el vacío de otro como suplidor de una necesidad es el factor dinámico de la amistad. Para Aristóteles el ideal de las relaciones sociales son las relaciones de amistad, ya que esta participa de dos notas definitorias fundamentales que son la benevolencia y la beneficencia. En el mundo moderno, a la teoría de la amistad se añadió una tercera nota que es la confianza/confidencialidad. Diego Gracia considera que la relación clínica participa de características de la amistad pero no es completa por-

que no obliga a las dos partes por igual, no es bidireccional, el paciente hace confidencias al médico a las que este no corresponde, con la misma cualidad. Laín Entralgo define la relación clínica como *cuasiamistad*. Esta relación hace posible la cooperación hacia un bien común donde el paciente puede ser cosificado para ser ayudado, pero a su vez se abre a la *cuasiamistad* al tener en cuenta su intimidad, considerándolo como persona¹¹. La destreza médica consistirá en saber articular esta atracción humana como proveedor de cuidados, de amistad, que mueve al paciente hacia nosotros, con lo que llamamos distancia terapéutica que no es más que el respeto a la frontera que nos sacaría de la amistad para convertir la relación en una familiaridad parental, erótica o explotadora.

2. La vida buena se vive con y para otro. Esta constatación de lo que Lucas reconoce como humanidad integra varios aspectos: aceptación del otro superando el prejuicio temeroso del rechazo al desconocido, capacidad de conmoverse ante el sufrimiento y el poder de la respuesta dada. Aceptación, conmoción emocional y respuesta son los componentes del *teorema de la ternura* mediante el que Harry Stack Sullivan¹² explicaba el impulso a paliar la angustia del menesteroso. Si la amistad humana es la creadora del ambiente del encuentro clínico, el teorema de la ternura es el impulso de la acción médica. Es por esto por lo que debemos preocuparnos por el otro y no verlo como alguien enfrentado ya que, al fin y al cabo, hay yo porque hay responsabilidad, pues el yo es el resultado de que alguien nos haya cuidado. Y gracias a esto podemos sentirnos insustituibles, porque detrás de mí hay otros que no son yo. Fue así como Lévinas propuso un humanismo del otro hombre, del hombre que se responsabiliza y responde totalmente por el otro: *Desde el momento en que el otro me mira, yo soy responsable de él sin ni siquiera tener que tomar responsabilidades en relación con él; su responsabilidad me incumbe*¹³. En el marco de la relación terapéutica al médico le obliga una ética de la beneficencia, de la diligencia, de la excelencia, de las profesiones. Al paciente le obliga la ética de la elección bien informada. Pero el vivir bien no se limita a las relaciones interpersonales, sino que se extiende a la vida de las instituciones. Si la solicitud de ayuda debiera despertar importantes

elementos de humanidad, el ámbito de encuentro que es la institución presenta un rasgo ético añadido: la exigencia de igualdad. Para Ricoeur la institución es el punto de aplicación de la justicia, y la igualdad es el sentido ético de la aplicación de la justicia¹⁴. La ética de la gestión con sus notas de eficacia eficiencia y efectividad obliga pues, a las instituciones.

3. Expresiones como: *continuidad de cuidados, atención longitudinal o diacrónica, médico de la familia*, se tornan frágiles aspiraciones ante la experiencia aplastante de la erosión del tiempo sobre todos los compromisos. ¿Con qué ánimo afrontar la contingencia, la irrefrenable variabilidad de la vida de las personas y su influencia en la relación clínica? ¿Cómo estar ahí para todo? Hannah Arendt propone que el remedio para la impredecibilidad se halla contenido en la *facultad de hacer y mantener las promesas*. Atarse a través de promesas sirve para establecer en el océano de inseguridad del futuro islas de seguridad sin las que ni siquiera la continuidad, menos aún la durabilidad de cualquier tipo, sería posible en las relaciones entre los hombres¹⁵. La cercanía hacia el otro no es para conocerlo, por tanto no es una relación cognoscitiva, sino una relación de tipo meramente ético, en el sentido de que el Otro me afecta y me importa, por lo que me exige que me encargue de él, incluso antes de que yo lo elija. Por tanto, no podemos guardar distancia con el otro. La entrevista clínica se distingue de la mera conversación por el *compromiso* establecido. Como compromiso es un modelo de permanencia que parece constituir un desafío al tiempo, una negación del cambio. Este compromiso formulado en cláusulas explícitas toma la forma de contrato, para Ricoeur, expresión del principio de autonomía en el plano de las instituciones¹⁶. Estamos nuevamente ante una facultad ética de la descripción de lo humano por el cual se responde a la confianza que el otro pone en la fidelidad del médico.

4. Una característica común a todos los totalitarismos es la repulsa de la *diversidad humana* y con ello de la pluralidad política. En su crítica a Heidegger, Julio Quesada recrimina su desprecio filosófico hacia el tejido del juego del mundo, el haberle dado la espalda al mundo de la vida cotidiana, auténtica fuente insustituible de toda pluralidad¹⁷. La diversidad humana no

puede ser pensada, no se trata de un principio, es una imposición del flujo creativo inagotable de la vida. Lévinas propone pensar de nuevo la filosofía entendiéndola no ya como amor a la sabiduría, sino a la inversa, como la sabiduría que nace del amor. Pues lo que define al ser humano no es el ser, tampoco el interés, sino el desinterés. Por ello, es necesaria una filosofía de la diferencia ya que lo importante no es el ser, lo concreto, sino la diferencia. Es cierto que una parte de esa diversidad puede ser ordenada dentro de categorías de cosas comunes, de diagnósticos en la práctica clínica, que nos sirvan, amparados en lo biológico, para dar respuestas terapéuticas. Otra parte queda abierta a la contingencia para la que no tenemos otra posibilidad de abordaje que el *consenso dialogante* con el paciente. Tenemos que asumir con el paciente el reto de la incertidumbre. Incertidumbre que se despliega desde varios niveles:

1) La contingencia del relato que se nos narra que bien podría ser otro o tener diferentes matices que lo convirtieran en algo distinto.

2) El modo de la escucha es también contingente y añade otro montante de variabilidad que debe ser en alguna medida, si no controlada, al menos consensuada con el paciente.

3) La indeterminación con la que el médico intenta conocer el grado de compromiso que el paciente quiere establecer con el modo de la ayuda que él propone al paciente.

4) La dificultad en saber si lo que le pasa al paciente permanece aún en ese lado de la frontera difusa que parece separar el afrontamiento normal y el enfermizo del sufrimiento.

La contingencia e incertidumbre derivadas de la aceptación de la diversidad humana, entraña un cambio en el concepto de *responsabilidad* del médico. El médico responsable se refiere al paciente concreto en su posibilidad concreta. No dispone de principio alguno absolutamente válido, que tendría que poner en práctica fanáticamente contra toda oposición de la realidad, sino que trata de captar y de hacer lo que es necesario, *mandado*, en la situación concreta¹⁸.

5. La realidad precede a la experiencia, la experiencia modela la verdad, es pues posterior y dependiente de la realidad. El médico poseedor

de la verdad respecto del paciente debiera dar paso al médico con una actitud heurística de *veracidad* que, sin caer en un paralizante nihilismo, sea buscador activo de la verdad dialogal, consensuada, en la que gana crédito y confianza y siempre está dispuesto a cambiar por lo más adecuado al mundo real, por tanto, abierto a la esperanza.

Amistad, ternura, compromiso, dialogo y veracidad son facultades de indudable pertinencia bioética, activas en toda práctica clínica que tienda a la vida buena y que aspire a la excelencia. Implícitamente hemos dado un sentido universal a estas capacidades como aquello en virtud de lo cual las consideramos estimables, y por añadidura, a nosotros mismos.

Bibliografía

1. Protágoras. Fragmentos y testimonios. Buenos Aires: Aguilar Ediciones; 1973. p. 74-75.
2. Quesada Martín J. La filosofía y el mal. Madrid: Síntesis; 2004. p. 213.
3. Hannah Arendt. Eichmann en Jerusalén. Barcelona: DeBolsillo; 2006. p. 199.
4. George Steiner. En: El castillo de Barba Azul. Barcelona: Gedisa; 2005.p. 74.
5. Ezequiel EJ, Ezequiel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: A Couceiro. Bioética para clínicos. Madrid: Ed Triacatela; 1999. p. 109-125.
6. Sánchez-Caro J. La ley sobre autonomía del paciente y su repercusión en las Comunidades Autónomas. Rev Adm Sanit. 2003; 1: 189-202
7. Quesada Martín J. La filosofía y el mal. Madrid: Síntesis; 2004. p. 365.
8. Paul Ricouer. Si mismo como otro. Madrid: Siglo XXI editores; 1996. p. 173-212.
9. Libro de los Hechos. 27.3. Traducción Reina-Valera. EE.UU.: Sociedades Bíblicas; 1995.
10. Marcel Proust. En busca del tiempo perdido. 3. El mundo de Guermantes. Madrid: Alianza editorial; 1966. p. 451-452.
11. Gracia Guillén D. La relación clínica. En: Arias J. Propedéutica quirúrgica. Madrid: Ediciones Tébar; 2004. p. 17-31.
12. Stack Sullivan H. La teoría interpersonal de la psiquiatría. Buenos Aires: Psique; 1964. p. 61-64.
13. Lévinas E. Ética e infinito. A. Madrid: Machado Libros; 2000. p. 80.
14. Paul Ricouer. Si mismo como otro. Madrid: Siglo XXI editores; 1996. p. 173-212.
15. Arendt H. De la historia a la acción. Barcelona: Paidós; 1995.p. 106-107.
16. Paul Ricouer. Si mismo como otro. Madrid: Siglo XXI editores; 1996. p. 253-255.
17. Quesada Martín J. La filosofía y el mal. Madrid: Síntesis; 2004. p. 314.
18. Dietrich Bonhoeffer. Ética. Valladolid: Editorial Trotta; 2000. p. 206.

CARTAS AL DIRECTOR

Patrones de deterioro en una cohorte de ancianos frágiles

Sr. Director:

En el envejecimiento los adultos sanos pasan a ser frágiles. La fragilidad puede definirse como la disminución progresiva de la capacidad de reserva y supone una mayor vulnerabilidad y un aumento del riesgo de deterioro funcional y dependencia en el desarrollo de actividades. La edad resulta insuficiente como predictor de las necesidades en salud de las personas mayores debiéndose definir ésta según el continuo autonomía-dependencia, como una condición variable y potencialmente mejorable, de forma que la estrategia de actuación sanitaria irá orientada a conseguir y mantener el máximo nivel posible de autonomía y el objetivo de las intervenciones sería el aumento de la expectativa de vida libre de incapacidad (1). La estrategia para lograr este objetivo sería la Valoración Integral, ya que, si bien su efectividad en el medio comunitario es controvertida (2), se ha mostrado superior a la historia clínica en la detección de problemas de salud y las recomendaciones del PAPPS (1) indican que su aplicación debe mantenerse e individualizarse, siendo más efectiva en personas con deterioros funcionales leves-moderados frente a las que presentan alteraciones importantes (3)(4). Las reevaluaciones periódicas permiten valorar la salud evolutiva individual, el grado de cumplimiento de los objetivos del plan de cuidados y la efectividad de las intervenciones. Sería de utilidad analizar la información que aportan estas reevaluaciones y conocer si existen distintos patrones evolutivos de la capacidad funcional así como en relación a qué factores se producirían las fluctuaciones.

El objetivo del presente estudio es describir los diferentes patrones evolutivos de modifi-

cación de la capacidad funcional para la realización de actividades básicas de la vida diaria en una cohorte de ancianos frágiles y determinar factores relacionados con estos diferentes patrones.

El **diseño** es descriptivo longitudinal: se presentan la valoración geriátrica inicial o basal y posteriores reevaluaciones durante 3 años (2003-2005).

Los **sujetos de estudio** son los pacientes mayores de 65 años pertenecientes a un cupo en un centro de salud urbano, que cumplen criterios de fragilidad (5).

Las valoraciones se realizan con periodicidad variable según características del caso, no siempre en un solo acto (consulta o visita) y de forma interdisciplinar. En ellas se utilizan los siguientes instrumentos:

1) **Valoración funcional:** para evaluar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) empleamos el Índice de Barthel y para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), la escala de Lawton y Brody.

2) **Valoración cognitiva:** Utilizamos el cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer. La valoración afectiva se ha realizado mediante entrevista y aplicación de criterio diagnóstico DSM-IV de depresión.

3) **Valoración social.** Se han valorado vivienda, ingresos económicos, situación familiar y apoyo social.

Las variables de estudio se presentan en la tabla 1.

El número de pacientes evaluados es de 115 en 2003, 141 en 2004 y 135 en 2005). Hay 79 pacientes (54,1%) con al menos tres valores del test de Barthel.

La media de edad en la última valoración es de 86,62 años, desviación estándar (DS) 5.72. El 65,1% son mujeres y el 42,7% son incapacitados en domicilio (49,3%-65,3%).

La patología principal que ocasiona el deterioro es en este orden: osteomuscular 42,7% (34,7%-50,7%), disneizante 23,2% (16,36%-30,4%), demencias 18,3%(12,3%-24,57%), neurológicas 15,9%(9,97%-21,83%). Los patrones evolutivos del Barthel se distribuyen en : descendente 25,31%(15,71-34,95), oscilante 48,1% (37,02-59,18, estable 26,58%(16,78-36,38).

El 75% de los pacientes con patrón descendente están inmovilizados frente al 47.6% de los que tienen el patrón estable, en los que la mayoría (52,4%) no presentan esta condición (p 0.0001). En los pacientes con demencia no predomina ningún patrón (33.3% de pacientes en cada categoría); el patrón descendente está es más frecuente en las enfermedades neurológicas (45,45%) y en las patologías disneizantes y osteomusculares predomina el patrón oscilante (p 0.0001).

Como conclusiones resaltamos que no existe un patrón homogéneo de deterioro funcional, siendo el más frecuente el patrón oscilante: la capacidad para realización de actividades básicas puede mejorarse transitoriamente y/o estabilizarse. La posibilidad de mantener o mejorar la puntuación del Barthel de una persona concreta aún en pequeña escala, supone una ganancia en funcionalidad muy relevante para la calidad de vida del paciente y de la persona cuidadora e incluso para el retraso de la mortalidad (cada incremento de una ABVD o de una AIVD reducen en un 21,8% y 6,5% respectivamente la velocidad de muerte del anciano frágil)(6). Constatar, no solo la posibilidad de que el Barthel se establezca o mejore transitoriamente, sino mostrar que es lo más frecuente, corrobora una perspectiva dinámica de la funcionalidad, puede tener efecto sobre la visión catastrofista de la vejez como etapa de deterioro inexorable y orienta a priorizar el papel de la atención primaria en la promoción del envejecimiento saludable.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- De Alba C, Baena JM, De Hoyos MC, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín Resende I, et al. . Actividades preventivas en los mayores. Actualización 2003 PAPPs. Aten Primaria. 2003; 32:102-120.
- 2.- Gil de Gómez MJ, Ramallé-Gómara E. Efectividad de la valoración geriátrica comprensiva en atención primaria. Aten Primaria. 2003; 32:92-100.
- 3.- Stuck AE, Walthert JM, Nicolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literatura review. Soc Sci Med. 1999;48:445-69.
- 4.- Gill T, Baker D, Gottschalk M, Peduzzi P, Allore H, Byers A. A program to prevent functional declined in physically frail, elderly persons who live at home. N Engl J Med. 2002; 347:1068-74.
- 5.- Amo Alfonso M, Rodríguez-Domínguez S. Valoración geriátrica integral. FMC 2003; 10:59-71.
- 6.- Regal-Ramos RJ, Salinero-Fort MA, Cruz-Jentoft AJ. Factores predictores de mortalidad de una cohorte clínica de pacientes ancianos. Aten Primaria. 2005; 36:480-8.

*Rebeca Cuenca del Moral,
Pilar Vega Gutiérrez,
Francisca Muñoz Cobos,
Rocío Bordallo Aragón,
M^a. del Mar Becerra Mayor,
M^a. Dolores Ortiz Fernández,
Juan Manuel Espinosa Almendro.*

Médicos de Familia
Centro de Salud El Palo

Tabla 1: Variables de estudio.

VARIABLE		TIPO	DEFINICIÓN
Edad	VI	Cuantitativa	Fecha nacimiento.
Sexo	VI	Cualitativa	Mujer/Varón
Patología	VI	Cualitativa	-osteomuscular(artrosis,artritis, secuelas de fracturas, amputaciones), -disneizante(EPOC, asma severa, insuficiencia cardiaca, fibrosis), -demencia, -neurológica(cerebrovascular, parkinsonismos, degenerativas)
Incapacitado en domicilio	VI	Cualitativa	Sí/No incluido en el programa de atención domiciliaria como paciente inmovilizado (recluido en domicilio) .
Puntuación Barthel*	VI	Cuantitativa	Puntuación (0-100)
Puntuación Lawton*	VI	Cuantitativa	Puntuación (1-8)
Puntuación Pfeiffer*	VI	Cuantitativa	Errores (0-10)
Patrón evolutivo del Barthel **	V D	Cualitativa	<u>Oscilante</u> : los resultados obtenidos van alternando puntuaciones mayores y menores <u>Descendente</u> : los resultados sucesivos son inferiores al anterior <u>Estable</u> : los resultados se mantienen en el tiempo

* mediciones sucesivas

** se consideran al menos tres mediciones del Barthel

VI= variable independiente.

VD= variable dependiente.

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, Escribano 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 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]

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, Pérez 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, Garcia 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, Diaz 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, Dalfó 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, 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]
- 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, Lepisto 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, Ehlers 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]
- US. Preventive Services Task Force. Screening for chlamydial infection: US. 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 J de D, Caballero J, De la Torre J, Girón 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, Hernández-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 J de 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]

Martínez 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, Buhrmann 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]
- 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, Gómez 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, Martínez-Frías 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]
- Martínez-Frías 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, Muñoz 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, Martínez-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]
- 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, Fernández P, Martínez-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, González-Perez A. Seguridad cardiovascular de los antiinflamatorios no esteroideos. *Luces y sombras. Reumatol Clínica.* 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, Sjölander 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, Martí JC, Gil L, Suárez 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, 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]
- ENTREVISTA CLINICA.**
- 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]
- 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]
- ATENCION 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]
- 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]
- INVESTIGACION.** 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; Seccion de Investigacion 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]
- 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, Hernández-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]
- 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]
- 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]
- 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-González 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]

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?

Masa paracardíaca en paciente con dolor torácico

Clements Domínguez MJ¹, Jódar Morente FJ²

¹ MFyC del SCCU, Complejo hospitalario Jaén

² MIR de Medicina Interna, Complejo hospitalario Jaén

Paciente varón de 58 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas. Como antecedentes personales destacan ser fumador activo de unos 40 cigarrillos/día, cumpliendo criterios clínicos de bronquitis crónica. Ha sufrido episodios de mastitis izquierda recurrente. De forma ocasional ha sido diagnosticado de crisis de ansiedad, en relación a cuestiones laborales. No ha sufrido intervenciones quirúrgicas. No realiza tratamiento de forma habitual.

Acude al servicio de Urgencias hospitalarias por presentar desde hace 72 horas molestias a nivel de la región anterior del hemitórax izquierdo sin antecedente traumático previo. No se modifican con los cambios posturales ni con la digitopresión. Aumentan con la respiración profunda. También manifiesta pirosis y digestiones pesadas desde hace años.

No presenta aumento de su disnea habitual. Tampoco ortopnea ni crisis de disnea paroxística nocturna. No ha tenido síntomas catarrales ni fiebre. Y no refiere pérdida de peso, astenia o anorexia.

La exploración física no revela alteraciones de interés, con una auscultación cardiorrespiratoria normal y el abdomen anodino, aunque ligeramente doloroso a la palpación profunda a nivel de epigastrio. En las extremidades inferiores no muestra edemas, ni signos de insuficiencia venosa crónica o de TVP.

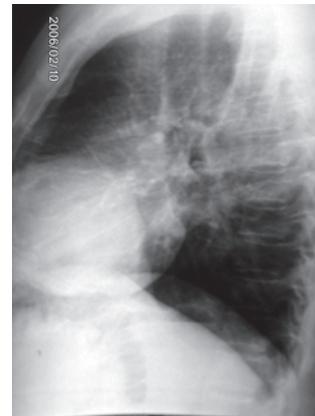
Entre las pruebas complementarias realizadas en este servicio, la radiografía de tórax (figuras) llama la atención al mostrar un aumento de densidad bien delimitada a nivel de ángulo cardiofrénico derecho.

· ¿Cuál es su diagnóstico radiológico?

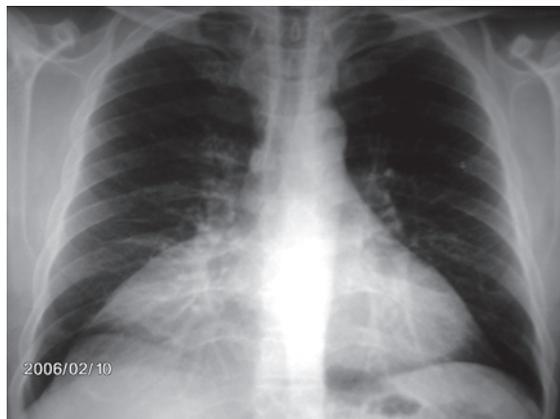
- a. Insuficiencia cardíaca.
- b. Derrame pleural.
- c. Hernia de Morgagni.
- d. Quiste pericárdico.
- e. Lipoma.

· ¿Qué prueba solicitaría para confirmarlo?

- a. Hemograma y bioquímica.
- b. Gasometría arterial.
- c. Toracocentesis.
- d. Ecocardiografía.
- e. TAC torácico-abdominal.



Figuras



Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 8, Núm. 2) (Med fam Andal 2008; 8:78)

Respuestas razonadas

Solicitud de pruebas complementarias:

a) Pruebas reumatológicas: estarían justificadas por la patología articular del paciente y por la elevación de la PCR que podría indicar la presencia de procesos inflamatorios o reumatológicos como la artritis reumatoide.

b) Perfil tiroideo: puede plantearse ante la clínica de astenia o por la pérdida de peso aunque no hay otros síntomas que nos sugieran una patología de este origen.

c) Serología Hepatitis, VIH: ante la presencia de un síndrome constitucional y las lesiones orales recidivantes.

d) Marcadores tumorales: por el síndrome constitucional, por el aumento, aunque inespecífico, de la VSG, y por la alteración de la fracción gamma del proteinograma, que puede indicar la existencia de tumores sólidos, mieloma, linfomas, LLC (Leucemia Linfocítica Crónica) y otras gammopatías monoclonales.

Diagnóstico deferencial:

a) Enfermedad de Behcet: enfermedad multisistémica de origen desconocido. Clínica: ulceraciones aftosas orales y genitales recurrentes con uveítis y afectación cutánea, articular, vascular, digestiva o nerviosa. Suele aparecer elevación de VSG y PCR, con ANA y factor reumatoide negativos.

b) Mieloma múltiple: proliferación monoclonal de células plasmáticas (componente M) con disminución del resto de inmunoglobulinas. Clíni-

ca: por su localización medular, provoca lesiones osteolíticas, dolores óseos erráticos de meses de evolución que no ceden con tratamiento habitual y fracturas patológicas. También infecciones pulmonares y síndrome constitucional. Aparece una VSG elevada, anemia normocítica normocrómica, componente M en el proteinograma y aumento de Ig G y proteinuria de Bence-Jones.

c) Leucoplasia oral: lesión precancerosa que se desarrolla en la lengua (leucoplasia vellosa) o en la parte interna de la mejilla. Se presentan como placas blanquecinas, indoloras que no se desprenden. Entre los agentes etiológicos implicados está el consumo de tabaco.

d) Candidiasis: se trataba de una candidiasis oral de repetición. Presentaba también una lesión en cuarto dedo mano derecha sugerente de sarcoma de Kaposi, que se diagnosticó finalmente de enfermedad de Bowen (**Imagen**). Se solicitó serología VIH que fue positiva. La vía de transmisión fue la homosexual. Se descartó la presencia de infección en sus familiares más cercanos.

La evolución de nuestro paciente fue la siguiente: se derivó a la consulta de infecciosos diagnosticándose una infección por VIH estadio C3, ingresando unos meses más tarde por cuadro febril con sudoración nocturna y adenopatías laterocervicales, mediastínicas y retroperitoneales con nódulos hepáticos y posible infiltración metastásica pulmonar. La biopsia ganglionar confirmó el diagnóstico de un Linfoma no Hodgkin B de alto grado, de evolución tórpida que acabó con el fallecimiento del paciente en 5 meses.

Papel del médico de familia en la detección precoz de la infección VIH: la historia natural de la enfermedad (periodo asintomático prolongado), la eficacia del tratamiento antirretroviral, su alta incidencia y la importancia de las medidas preventivas, hacen que uestro papel sea determinante: debemos:

1- Proporcionar la información necesaria a los pacientes.

2- Detección precoz de conductas de riesgo.

3- Detectar situaciones clínicas sugerentes de infección por VIH: candidiasis de repetición, trombopenias crónicas, fiebre de larga duración, pérdida de peso no explicable por otras causas, diarrea de más de un mes de evolución...

4- Coordinación con atención especializada y nivel hospitalario.

5- Contribuir a la adherencia al tratamiento, apoyo familiar...

e) Leucemia Linfoide Crónica: proliferación monoclonal de linfocitos B. Clínica: astenia, pa-



lidez, infecciones de repetición, sobre todo, broncopulmonares y adenopatías laterocervicales y supraclaviculares simétricas. A veces esplenomegalia, alteraciones cutáneas y osteoporosis. En hemograma aparece leucocitosis con linfocitosis persistente y aumento de la gamma globulina en el proteinograma.

Bibliografía:

- Andreu Sánchez JL, Gómez-Reino Carnota JJ. Protocolos diagnósticos en Reumatología. 1ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Reumatología; 1996.

- Infección VIH. SIDA. Fransi Galiana L. Médico del SAP de Vigo Centro-SERGAS. Guías de práctica clínica Fisterra. URL: www.fisterra.com. Última actualización: 2004.

- Guía de Actuación en Atención Primaria semFYC. Barcelona: semFYC; 2005.

- Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 15ª ed, 2 vols, Madrid: Harcourt; 2004.

Imagen:
Enfermedad de Bowen

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/>
- Conferencia temática: Depresión y otros trastornos comunes en AP
Granada, 18-21 de Junio de 2008.
Secretaría técnica: Fase 20
<http://www.wpa2008granada.org/>
- semFYC-SAMFyC: XIII Escuela de verano
El Puerto de Santa María (Cádiz), 25-27 de Junio, 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
- 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 veinticuatro 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 apartados del original, de manera que el trabajo pueda ser comprendido sin necesidad de leer el artículo completo.

Estará dividido en los siguientes subapartados:

Título: Aquel que identifica el trabajo.

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

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

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

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

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

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

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

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

