

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 7 Séneca, Goleman y la Inteligencia emocional. Los beneficios de la crisis

El espacio del usuario

- 9 Batalla a los productos milagro

Originales

- 11 Factores relacionados con la variabilidad de un índice sintético cualitativo de prescripción farmacológica en médicos de atención primaria
- 19 Apoyo social a drogodependientes en programa de mantenimiento con metadona en una prisión
- 31 Fisioterapia en atención domiciliaria en una zona rural de la provincia de Almería

Artículo de revisión

- 42 Revisión de la clasificación y el tratamiento del asma

Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 60 Paciente con diarrea, dolor abdominal y fiebre

Actividades Científicas

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

Antonio Manteca González

Vicepresidente Tercero

Paloma Porras Martín

Secretaria

Isabel Corona Páez

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Beatriz Pascual de la Pisa

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@teleline.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

Manuel Lubián López

Pablo García López

Juan de Dios Alcántara Bellón

Isabel Corona Páez

Antonio Manteca González

Francisco José Guerrero García

Paloma Porras Martín

Amparo Ortega del Moral

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 Almendro. *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 Villafañá. *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 Espinola. *Granada.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pérula de Torres. *Córdoba.*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*
Daniel Prados Torres. *Málaga.*

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

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

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

Medicina de Familia. Andalucía

Envíos

Los envíos se efectuarán 7,5 correo de superficie con tarifa especial modalidad suscriptores en España. Para Europa y el resto del mundo, los envíos serán por correo aéreo, tarifa especial de difusión cultural.

Para Correspondencia

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

Página web: <http://www.samfyc.es/Revista/portada.html>
<http://www.samfyc.es> e ir a <<revista>>.
e-mail: revista@samfyc.es
samfyc@samfyc.es
Webmaster: Carlos Prados Arredondo.

Secretaría administrativa y comercial

A cargo de Encarnación Figueredo
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España).
Telf. 958 80 42 01
Fax 958 80 42 02

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright:

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

Reservados todos los derechos.

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

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

Printed in Spain.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Copartgraf, S.L.

Información para suscripciones

Medicina de Familia. Andalucía aparecerá publicada con una periodicidad 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. 2, agosto 2008

Sumario

Editorial

- 7 Séneca, Goleman y la Inteligencia emocional. Los beneficios de la crisis

El espacio del usuario

- 9 Batalla a los productos milagro

Originales

- 11 Factores relacionados con la variabilidad de un índice sintético cualitativo de prescripción farmacológica en médicos de atención primaria
- 19 Apoyo social a drogodependientes en programa de mantenimiento con metadona en una prisión
- 31 Fisioterapia en atención domiciliaria en una zona rural de la provincia de Almería

Artículo de revisión

- 42 Revisión de la clasificación y el tratamiento del asma

Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 60 Paciente con diarrea, dolor abdominal y fiebre

Actividades Científicas

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. 2, august 2008

Summary

Editorial

- 7 Seneca, Goleman and emotional intelligence. The crisis benefits**

The Consumer's Corner

- 9 Battle against miracle products**

Original Articles

- 11** Factors Related to a Synthetic Quality Index of Drug Prescriptions
19 Social Support for Drug Dependent Persons in a Prison Methadone Maintenance Program
31 Home Physiotherapy in a Rural Area in the *Almeria* Province

Review Article

- 42** Revision of the classification of treatment of asthma

Publications of Interest

Which is your Diagnosis?

- 60** Patient with diarrhea, abdominalgia and fever

Scientific Activities

64 Information for Authors

EDITORIAL

Séneca, Goleman y la Inteligencia emocional. Los beneficios de la crisis

Madueño Caro AJ

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica La Laguna, Cádiz

Quizá sea el vocablo más nombrado, si cabe, con incertidumbre y temor en los últimos meses y quien sabe durante cuantos más: CRISIS.

Crisis económica, inmobiliaria, energética, climática, bursátil, cultural, de valores, del sistema sanitario. ¿Crisis, qué crisis?

La palabra, que proviene del griego (*Krisis*), y ésta del verbo *Krinein*, que significa separar o decidir, se refiere a algo que se quiebra, o rompe, y por ello ha de analizarse, para decidir, para cambiar.

Cabe una interpretación optimista del término si, tras la ruptura y análisis, se suceden nuevas situaciones, que añadan valor, para los agentes que participan de su experiencia.

Cuando la crisis, en su aplicación socioeconómica, sobrevuela sombría sobre estándares de calidad vital o bienestar, prevalece aún más la resistencia, interesada en ocasiones, a reconocer su existencia, a asumir incluso, su idoneidad como oportunidad de ajuste, de mejora.

Las crisis, en general, y de cualquier orden, se producen siempre en un escenario previo ya existente, por lo que no deben compararse las situaciones sino, dentro del mismo colectivo, a una época anterior. Para entendernos, no sería aceptable hablar de crisis socioeconómica si nos asomamos al drama que viven seres humanos que naufragan frente a nuestras costas, intentando acercarse a nuestra sociedad en "crisis".

La salud, cuya proyección sobre la percepción del ciudadano de su propio bienestar es cada

vez mayor, no es ajena, si la entendemos organizada en un Sistema público que garantiza universalidad, solidaridad y gratuidad, a las situaciones de cambio, de ajuste, de reflexión, de crisis. Ningún profesional sanitario es ajeno hoy a una situación de estancamiento, de impotencia para garantizar mínimos competenciales de calidad, de actitudes restrictivas en cuando al desarrollo de voluntades manifestadas por la política sanitaria en el crecimiento de dotación de recursos materiales y temporales. Sin embargo, muchos profesionales opinan que se mantiene presión sobre el sanitario en aras de mantener que el sistema funciona garantizando cualquiera de los derechos sanitarios del ciudadano (no sustitución de profesionales, pero no demora, calidad, pero no reclamación, sino a expensas de presionar al profesional, en tiempo y en forma).

Desde la dirección gerencia de la política sanitaria en nuestra comunidad se transmiten mensajes tan claros como rotundos: crecimiento mínimo, adecuación y reorganización de los recursos ya existentes, logística inversa (toma de decisiones partiendo de las sugerencias del profesional, reparto no lineal de los complementos de productividad, sino proporcionales al esfuerzo individual); creación de un banco de prácticas innovadoras para profesionales... Literalmente, como proclaman los máximos responsables de nuestra gerencia, el profesional pasa a ser el centro del sistema sanitario. Ahora sí, beneficio de la crisis, es nuestra oportunidad.

La ética siempre nos hará preservar los principios básicos de nuestra atención y relación con quien padece o sufre enfermedad, la responsabilidad y el compromiso nos harán aceptar,

como no, el reto de liderar los cambios, fundamentalmente organizativos, que la situación nos parece exigir. Pero seamos conscientes, igualmente, de lo inadecuado que resulta entender al profesional como eje del sistema sanitario, aumentando la presión asistencial, sin reconocer la necesidad de priorizar acciones organizativas, de aplicar propuestas innovadoras, que garanticen la calidad en nuestra atención profesional.

El tiempo ha dado la razón a los más escépticos cuando se acuñó el término autogestión, al comprobar que muchas iniciativas para el cambio y la priorización propuestas por profesionales, conscientes de la ineficiencia de la oferta de servicios asistenciales y preventivos sin evidencia científica, han quedado en algún cajón por la resistencia al cambio, a aceptar la insostenibilidad de una política sanitaria que ningún otro país en el mundo puede sufragar.

La pelota está ahora, ahora que estamos en crisis, en el tejado del profesional. Que no se nos escape. Daniel Goleman (1) hizo universal el concepto de Inteligencia emocional, constructo que reúne, según sus mentores, la conciencia

de uno mismo, la autogestión, el autocontrol de las emociones, la conciencia social y la capacidad para manejar las relaciones. Quizá en los manuales docentes de nuestros residentes fuera oportuno incorporar estas cualidades como necesarias para el desempeño de nuestra labor. La longitudinalidad de nuestra especialidad, desde la auscultación del latido fetal en nuestras embarazadas a la conversación senequista (por serena) en la cabecera de nuestros enfermos terminales, nos dan derecho a ser protagonistas en la toma de decisiones que prioricen nuestras necesidades y sus recursos, desnudando de ropajes demagógicos, improductivos, intermediarios, la “oferta” de nuestro sistema sanitario.

“Da entrada a la razón en las dificultades: pueden ablandarse las circunstancias duras, dársele amplitud a las estrechas y a las graves oprimir menos a quienes las soportan con elegancia” (Lucio Anneo Séneca. Invitación a la serenidad. Lecciones para un hombre ocupado)

La literatura es humana. Todo lo humano nos toca. Leed un buen libro. El otoño viene interesante....

(1) Daniel Goleman es psicólogo, doctorado en Harvard

EL ESPACIO DEL USUARIO

Batalla a los productos milagro

Ruiz Legido O.

Secretaria General FACUA Andalucía

Está prohibida la publicidad de productos, materiales, sustancias, energías o métodos que se anuncien o presenten como útiles para el diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades o desarrollos fisiológicos, modificación del estado físico y psicológico, restauración, corrección o modificación de funciones orgánicas, etc., sin que se ajusten a las normas especialmente aprobadas para los mismos o no cumplan las exigencias de veracidad, claridad e información sobre su contenido, composición, naturaleza o efectos. Sin embargo, llevamos años observando como proliferan en el mercado productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria que suponen, en algunos casos, un presunto fraude para los consumidores y usuarios y un atentado a su salud y seguridad.

Los llamados productos milagro, aquellos que se atribuyen una serie de propiedades sobre el organismo que no se han demostrado por métodos científicos y que no cuentan con las preceptivas autorizaciones como medicamentos, cosméticos o productos sanitarios, son hoy por hoy un buen negocio que está comprometiendo y poniendo en riesgo la salud de muchos usuarios.

Si bien el mercado está principalmente especializado en productos que sugieren propiedades concretas adelgazantes o contra la obesidad, especialmente preocupante ha sido incluso la proliferación de este tipo de productos milagrosos incluso para curar el cáncer.

Sin embargo, y pese a la existencia de estas prohibiciones, la publicidad y comercialización de los llamados productos milagro está a la orden del día; productos que en un buen número de ocasiones esconden, bajo supuestas fórmulas naturales, auténticos medicamentos no autorizados, cuya ingesta descontrolada, sin un diag-

nóstico y el correspondiente asesoramiento médico previo, puede resultar muy perjudicial para la salud.

En estos últimos años, FACUA ha denunciado varios entramados dedicados a la venta ilegal de fármacos pseudoadelgazantes, tanto a nivel nacional como internacional; productos que de forma reiterada venían anunciándose en la prensa española disfrazados de métodos naturales para perder gran cantidad de kilos de forma rápida y sin dietas. Redes como las de Auramail han comercializado más de unos veinte *productos milagro*, publicitados desde comienzos de esta década por más de una docena de empresas que pertenecen en realidad a una sola trama que, entre otros, ha utilizado el nombre de Auramail para sus ventas en España. En al menos dos de los productos analizados se detectaron altas y peligrosas concentraciones de hormonas tiroideas y sexuales.

De otra parte, Nutra Life fue desmantelada por la Guardia Civil en diciembre de 2007 y febrero de 2008, tras llevarse años siendo objeto de numerosas denuncias por parte de FACUA ante organismos del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, sin que las administraciones tomaran medidas contundentes o efectivas al respecto.

Desde FACUA venimos reclamando al Ministerio de Sanidad y Consumo y a las comunidades autónomas que asuman de una vez sus responsabilidades para acabar con el fraude de los *productos milagro* y pongan en marcha actuaciones coordinadas para su control, sanción y retirada. Cientos de miles de consumidores están siendo víctimas de engaños, pero lo más grave es que lo son poniendo en grave riesgo su salud.

Pero a pesar de ello, lamentablemente, los *productos milagro* no son hoy por hoy para la Administración sanitaria un problema de salud, sino de fraude económico que tan sólo afecta al bolsillo del consumidor o consumidora. Precisamente, por esta idea preconcebida del asunto, las actuaciones encaminadas a erradicar este peligroso mercado de pseudomedicamentos no autorizados, no es una prioridad para las administraciones.

Para FACUA es incuestionable que junto con el innegable fraude y abuso económico que realmente se produce, siendo un negocio que mueve miles de millones de euros en todo el mundo, hay un peligro real para la salud de muchos ciudadanos. El propio Consejo General de Colegios Farmacéuticos presentó en junio de 2005 una iniciativa dirigida a la detección y erradicación de este tipo de productos en las farmacias, señalando en su momento que la proliferación de los llamados *productos milagro* viene siendo una de las preocupaciones de la profesión farmacéutica, motivo por el que, desde hace años, los farmacéuticos, a través de la Organización Farmacéutica Colegial, denuncian ante las autoridades sanitarias aquellos productos que ofrecen serias dudas sobre su legalidad y eficacia.

Los propios farmacéuticos han puesto en evidencia que hay productos que llegan a las far-

macias burlando los controles establecidos, asegurando que algunos de éstos son tan peligrosos e ineficaces como los que se ofrecen a través de otros medios menos regulados, burlando con trampas los controles que deben pasar los medicamentos y ofreciéndolos como complementos dietéticos.

Se hace necesario reforzar la acción coordinada de todos los agentes implicados, Administración sanitaria, profesionales de la salud y consumidores a fin de intentar erradicar una actividad claramente lesiva para la salud de los ciudadanos. Junto con la necesaria actuación de control e inspección del mercado por parte de administraciones de Salud y Consumo de los gobiernos central y autonómico con el fin de garantizar la retirada de los anuncios de *productos milagro* de los medios de comunicación y, en su caso, de los productos del mercado, es necesario seguir impulsando y fomentando una correcta formación y educación sanitaria que nos permita a los consumidores dotarnos del criterio adecuado para ser capaces de discriminar del mercado este tipo de productos, que no nos aportan nada más que riesgos potenciales para nuestra salud y perjuicios económicos importantes. También este tema debe ser tratado desde la prevención y educación sanitaria de la población.

Fe de erratas:

En la sección **ORIGINAL** del volumen 9, número 1, página 26, aparecen mal los apellidos de la sexta autora, siendo los correctos: **Carrión de la Fuente MT**

ORIGINAL

Factores relacionados con la variabilidad de un índice sintético cualitativo de prescripción farmacológica en médicos de atención primaria

Atienza Martín FJ¹, Baz Montero S¹, Pedregal González M², Ordóñez Soto AS³, Molina Fernández E², Atienza Amores MR⁴

¹ Médico de Familia, C. S. Adoratrices, D. S. Huelva-Costa

² Médico de Familia, Unidad Docente de MFyC de Huelva

³ Farmacéutica de A.P. D. S. Huelva-Costa

⁴ Médico Residente Hospital Virgen del Rocío de Sevilla

RESUMEN

Título: Factores relacionados con un índice sintético cualitativo de prescripción farmacológica.

Objetivo: Analizar factores que expliquen la variabilidad del índice sintético cualitativo de prescripción (ISCP) en médicos de atención primaria de un Distrito Sanitario (DS).

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento: Distrito Sanitario de Atención Primaria.

Población y muestra: La totalidad de los MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA prescriptores del DS (162 MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, excluyendo los que trabajaron menos de 40 días).

Intervenciones: Estudio de la puntuación del ISCP en relación con las variables: sexo, formación de postgrado, tipo de contrato, edad, ubicación del centro de trabajo, acreditación para la docencia de Medicina Familiar y Comunitaria y gestión clínica. Análisis de la diferencia de medias del ISCP en cada variable estudiada (prueba T) y aplicación de un modelo de regresión múltiple.

Resultados: Se estudiaron 162 médicos (54.3 % hombres), con una edad media de 45.43 años. La media del ISCP fue de 23.08. Se encontraron diferencias de

este parámetro para las variables: tipo de contrato (contrato fijo: 27.93 vs 20.97), formación (vía MIR: 33.54 vs 19.17), ubicación (centros urbano: 28.22 vs 17.40), docencia (centro docente: 32.40 vs 14.84) y gestión clínica (unidad de gestión: 38.51 vs 16.58). El análisis de regresión lineal múltiple, mostró relación entre el ISCP y las variables formación y gestión clínica, con un coeficiente de determinación corregido de 0,324

Conclusiones: La formación y el modelo de gestión clínica, pueden explicar parte de las diferencias en la prescripción de los médicos de atención primaria.

Palabras clave: (Qualitative indicators) Indicadores cualitativos. (Drugs utilization) Prescripción de medicamentos. (Primary Care) Atención primaria.

SUMMARY

Title: Factors Related to a Synthetic Quality Index of Drug Prescriptions.

Goal: To analyze variables affecting the synthetic qualitative index of drug prescriptions (SQIDP) among primary care doctors in a Spanish Health District.

Design: Observational, descriptive, and cross-sectional study.

Setting: Primary Care Health District .

Population and Sample: All prescribing primary care doctors in the Health District (162 professionals), excluding those who were employed for less than 40 días.

Interventions: To study SQIDP scores in relation to the following variables: sex, postgraduate training, type of contract, age, the health center's location,

Correspondencia: Francisco J. Atienza Martín
C. S. Adoratrices
C/. Fray Junipero Serra, s/n. 21004 Huelva
E-mail: fatienzam@hotmail.com

Recibido el 17-01-2008; aceptado para publicación el 23-04-2008
Med fam Andal 2008; 2: 79-86

accreditation for teaching Family Medicine and clinical management. Analysis of the difference in SQIDP averages for each variable studied (T-Test) and the application of a multiple regression model.

Results: 162 doctors (54.3 % male), average age 45.43 years, were studied. The average SQIDP score was 23.08. Differences in this parameter were found for the following variables: type of contract (full-time contract: 27.93 vs. 20.97); training (*MIR* – the qualifying exam for medical specialists in Spain: 33.54 vs. 19.17); location (urban centers: 28.22 vs. 17.40); teaching duties (teaching centers: 32.40 vs. 14.84) and clinical management (management units: 38.51 vs. 16.58). The multiple linear regression analysis showed a relationship between the SQIDP and the variables “training” and “clinical management”, with a corrected coefficient of determination of 0.324.

Conclusions: Training and the model of clinical management may explain some of the differences found in primary care doctors’ prescription habits.

Key words: Qualitative indicators, drug utilization, primary care.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1985 el uso racional de medicamentos como aquella situación en la que “los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad” (1). En su informe sobre promoción del Uso Racional de Medicamentos de 2002, la propia OMS recomienda 12 intervenciones fundamentales para promover un uso más racional de las medicinas, entre las cuales están el establecimiento de directrices clínicas para la prescripción y la supervisión y auditoría del recetado (2). Estas directrices clínicas deben estar basadas en la evidencia científica, desarrollarse de manera participativa, ser fáciles de entender, acompañarse de actividades de formación, tener una amplia diseminación y deben reforzarse con auditorías de prescripción (3, 4). Con respecto a la supervisión de la prescripción, se considera fundamental para garantizar la buena calidad de la asistencia sanitaria y se aconseja la comparación de la prescripción de cada médico, con las directrices clínicas recomendadas y con la prescripción de sus colegas, siendo básico que esta información lle-

gue al medico prescriptor, y se aconseja el acompañamiento de comentarios /opiniones de otros colegas (2).

Las intervenciones para promover un uso más racional de los medicamentos en atención primaria, se justifican desde tres aspectos:

- Económico: En atención primaria se consume el 90 % del uso de fármacos, lo que supone el 20 % del gasto sanitario total. Este volumen implica la necesidad de considerar el coste-efectividad en la prescripción (5).
- Socio-cultural: De educación para la salud, modificando la identificación entre buena asistencia y receta que tienen algunos pacientes (6).
- Clínica: De eficacia y seguridad de los medicamentos, constatada con evidencias científicas (ensayos clínicos) y con un adecuado conocimiento del perfil de seguridad e interacciones de los mismos, por lo que hay que ser prudente en la utilización de novedades terapéuticas de bajo interés. No debemos olvidar la efectividad o aplicabilidad de las evidencias a nuestro paciente concreto, así como la relevancia clínica, es decir la importancia de la aplicabilidad de los resultados en nuestro ámbito (7, 8).

Los gestores sanitarios han promovido, desde hace varios años, la utilización de indicadores sobre el uso de medicamentos, inicialmente valorando aspectos económicos como el gasto por población asignada, precio por receta, etc., de manera mas o menos sofisticada, y, en los últimos años se han introducido indicadores cualitativos que tienden a orientar la prescripción de los fármacos de mayor consumo y de mayor impacto económico hacia la utilización de medicamentos con respaldo de la evidencia científica y, valorando también los criterios de coste-efectividad. Sin embargo, resulta evidente la variabilidad de la prescripción y de los resultados de estos indicadores en el colectivo de médicos que prescriben, justificada por los diferentes factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de Atención Primaria. Entre estos factores se citan los factores dependientes del profesional tales como la ética profesional que obliga al médico a ser efectivo, pero también eficiente (9), la falta de cultura de evaluación, la formación tanto de pregrado como de postgrado (10), la relación médico-paciente

(11), especialmente en el paciente pluripatológico y polimedicado, y otros factores más inciertos como la edad, el sexo, la situación laboral, etc (10, 12, 18); por otro lado existen factores dependientes de la población atendida, tales como las características clínicas de los pacientes o los valores culturales de la población con respecto al medicamento, sin olvidar los factores estructurales, a nivel macro como el sistema de registro de fármacos, la presión de la industria farmacéutica, el sistema de financiación de los medicamentos, o a nivel micro como el tipo y tamaño del cupo atendido, la presión asistencial, la prescripción inducida, etc.(13, 18)

La variabilidad de la prescripción de fármacos en atención primaria constituye un problema con múltiples implicaciones, tales como el seguimiento o no de guías de práctica clínica o el coste económico extra que conlleva utilizar alternativas más caras. Desde hace unos años el Servicio Andaluz de Salud, viene utilizando una serie de indicadores cualitativos de prescripción, con los que se puede construir un índice sintético. Este índice es un indicador compuesto por varios indicadores unitarios que analizan el porcentaje de prescripción de los medicamentos recomendados en base a evidencias de eficacia, seguridad y coste-efectividad de los grupos farmacológicos de mayor impacto. El objetivo de este trabajo es analizar algunos de los factores que explican la variabilidad de este índice sintético en la prescripción de los médicos de atención primaria de un Distrito Sanitario, (D.S. Huelva-Costa) de la provincia de Huelva.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se estudia la prescripción farmacéutica de todos los médicos de A.P. del D.S. Huelva-Costa durante 2006, excluyéndose a los que solo realizan atención continuada y a los que han trabajado, en ese año, menos de 40 días. Las razones de la exclusión de los médicos que realizan, exclusivamente, atención continuada se basan en la prescripción de solo determinados grupos terapéuticos de uso frecuente en la atención urgente y la prácticamente nula utilización de fármacos para patologías crónicas, lo que distorsionaría los resultados del ISCP. Por otra parte, excluir a los médicos que han trabajado menos de 40 días se justifica en el sesgo deriva-

do de la estacionalidad (la mayor parte de estos médicos son sustitutos de verano con contratos de refuerzo en playa) de su prescripción que también induciría un sesgo en sus resultados.

El Índice Sintético Cualitativo de Prescripción Farmacéutica (ISCP) es un indicador-resumen que se construye con los siguientes subindicadores:

- Subindicador A: % de fármacos antiúlcerá péptica de elección: N° de dosis diarias definidas (DDD) de antiúlcerá péptica de elección (omeprazol, ranitidina, famotidina y misoprostol)/ N° de DDD de todos los antiúlcerá péptica (A02B).

- Subindicador B: % N° de DDD de Metformina/ N° de DDD de antidiabéticos orales (A10B).

- Subindicador C: % N° de DDD de anti-diabéticos de elección (glibenclamida, glipizida, gliclazida)/ N° de DDD de antidiabéticos orales (A10B).

- Subindicador D: % N° de DDD de tiacidas (C03A)/ N° de DDD de antihipertensivos.

- Subindicador E: % N° de DDD de IECAs/ N° de DDD de IECAs + ARA II.

- Subindicador F: % N° de DDD de simvastatina/ N° de DDD de hipolipemiantes.

- Subindicador G: % N° de DDD de AINEs de elección (diclofenaco e ibuprofeno)/ N° de DDD de AINEs (M01A1A).

- Subindicador H: % N° de DDD de anti-depresivos de elección (citalopram, paroxetina y fluoxetina)/ N° de DDD de antidepresivos (N06A1).

- Subindicador I: % de envases de Novedades Terapéuticas No Recomendadas / Total de envases.

La fórmula del índice sintético se construye mediante un trabajo en seis fases: 1) identificación y selección de sus componentes en base a criterios de ser grupos terapéuticos de alto impacto en la prescripción (utilizados por gran número de pacientes y con posibilidades de mejora del coste/efectividad); 2) determinación de prevalencias y coberturas teóricas esperadas en base al análisis histórico de la prescripción de estos grupos; 3) ponderación de los componen-

tes relacionado con su impacto y las posibilidades de mejora de la prescripción; 4) establecimiento de estándares mediante la fijación de un valor óptimo y un valor máximo o mínimo, así como de un valor unitario (valor unitario = 100 / valor óptimo – valor máximo/mínimo); 5) formulación de los subindicadores; 6) operativización del índice sintético final.

En nuestro estudio, la fórmula final del índice sintético es:

$$I.S. = \frac{A + 0.5B + 0.5C + D + 0.5E + 1.5F + G + 0.5H + I}{9}$$

Este ISCP tiene valores comprendidos entre 0 y 100 y se obtiene de la fórmula anterior, tras la obtención de los subindicadores mediante la aplicación de las siguientes fórmulas:

- Para valores que deben aumentar: (valor obtenido-valor mínimo) * valor unitario. Si el valor obtenido es menor o igual al mínimo se puntúa cero y si es superior al óptimo se puntúa el peso relativo del subindicador.

- Para valores que deben disminuir: (valor mínimo- valor obtenido) * valor unitario. Si el valor obtenido es mayor o igual al máximo se puntúa cero y si es inferior al óptimo se puntúa el peso relativo del subindicador.

Los datos del ISCP se extraen de la base de datos FARMA utilizada por los servicios de farmacia de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud.

Los factores que se analizan como variables independientes son:

- Factores del médico prescriptor:
 - Género: hombre vs mujer.
 - Formación: postgrado vía MIR vs no MIR.
 - Tipo de contrato: fijo vs no fijo.
 - Edad.
- Factores del centro de trabajo:
 - Ubicación: urbano vs rural.
 - Docencia: docencia de MFyC vs no docencia.
 - Gestión clínica: Unidad de Gestión Clínica (UGC) vs no UGC (las UGC son centros de atención primaria que realizan un acuerdo de gestión clínica con su Distrito, ligando incentivos económicos a objetivos asistenciales, entre ellos el ISCP).

Para describir las variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación típica. Para variables cualitativas, proporciones.

Para comparar medias se utilizó el test de la T, comprobando previamente las condiciones de aplicación. Se construyó un modelo de regresión lineal múltiple con fines predictivos, tomando como variable dependiente el ISCP y como independientes el resto de variables estudiadas. Igualmente se comprobaron las condiciones de aplicación.

RESULTADOS

Se estudiaron 162 médicos prescriptores, 88 hombres, con una edad media de 46.32 años (DS: 6.37) y 74 mujeres con edad media de 44.38 (DS: 5.39); la edad media global fue de 45.43 años (DT 6.21) sin diferencias por sexo. Eran médicos de familia vía MIR, 44 y 118 no tenían esta formación. Tenían un contrato de carácter fijo el 30.2 %, mientras que el 69.8 % tenían una relación laboral con el Servicio Andaluz de Salud no fija (interinos o eventuales). Trabajaban en centros con acreditación para la docencia de postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria el 46.9 % y el 53.1 % lo hacían en centros no docentes. El centro de trabajo era urbano para 85 prescriptores y no urbano para 77 y trabajaban en Unidades de Gestión Clínica (UGC), 48 mientras que 114 hacían en centros no UGC. (Tabla I)

El Índice Sintético Cualitativo de Prescripción Farmacéutica (ISCP) obtuvo una media en el Distrito Sanitario de 23.08 (DT 18.82). En el análisis bivalente se encontraron diferencias significativas entre las medias de ISCP para las variables de médico: tipo de contrato, siendo más alto el ISCP en aquellos médicos que tenían contrato fijo, y formación vía MIR, presentando los médicos con formación de postgrado vía MIR un ISCP más elevado; y para las variables de centro: localización geográfica, con un ISCP más elevado en los médicos que trabajaban en centros urbanos, docencia, presentando los centros acreditados para la docencia de postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria un ISCP más alto y gestión clínica, siendo los médicos de las UGC los que presentaban un ISCP más elevado de entre todas las categorías analizadas (Tabla 2).

Después de comprobar gráficamente la normalidad de las variables independientes, se realiza un modelo de regresión múltiple, introduciendo todas las variables independientes cuyos resultados se muestran en la tabla 3. Tras eliminar del modelo las variables no significativas se construye un modelo final con las variables independientes formación y UGC. En el análisis de regresión lineal múltiple, se encontró relación entre el ISCP y las variables formación y UGC, con un coeficiente de determinación corregido de 0,324. Los resultados de este modelo final se muestran en la tabla 4.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio evaluamos los factores que se asocian a un determinado perfil cualitativo de prescripción entre los médicos de un mismo Distrito Sanitario, lo que unifica las influencias de las intervenciones realizadas desde el propio distrito (información sobre medicamentos, feedback de la prescripción de manera individual y comparativa entre centros y entre médicos, influencia de la industria farmacéutica, etc.). Las puntuaciones del ISCP son relativamente bajas (promedio de 23.08 % en una escala de 0 a 100) aunque se encuentran en el promedio de los Distritos de la Comunidad Autónoma. Esto puede estar relacionado con la manera de construir el indicador y los estándares fijados, aunque parece indicar un amplio margen de mejora. En nuestro estudio excluimos los médicos que han trabajado menos de 40 días, con el objeto de disminuir los sesgos derivados de la estacionalidad del trabajo, dado que en nuestro Distrito existe un importante número de médicos eventuales para campañas agrícolas y de verano. Aun así, pensamos que pueden existir algunos sesgos en el estudio derivados de esta circunstancia de trabajo eventual para campañas, sin adscripción a cupos concretos, lo que dificulta un trabajo de continuidad en la mejora del uso racional del medicamento. Aunque en el análisis bivalente, existen diferencias significativas entre diversas variables: los médicos con contrato fijo alcanzan una puntuación superior en el ISCP al igual que los médicos que trabajan en centros urbanos, estas dos variables no son independientes, sino que están ligadas a otras tales como formación o docencia de posgrado (la mayoría de los centros docentes están en el ámbito urbano), asimismo

en los centros rurales se concentran los contratos estacionales tanto de campaña agrícola como de verano, por lo que existe un mayor número de médicos prescriptores no ligados a un cupo de población estable. Sin embargo aparecen dos variables independientes que explican el 32,4 % de la variabilidad del ISCP y que son la formación de posgrado vía MIR que ya ha sido señalada por otros autores y el trabajar en centros que son UGC.

Las UGC constituyen una forma de gestión de algunos centros de salud dentro del SAS, en los que se formaliza un acuerdo de objetivos con su Distrito Sanitario, que incluye objetivos clínicos (cumplimiento de cartera de servicios, prescripción: ISCP, derivaciones a especialistas, algunos indicadores de resultados en salud, gestión por procesos asistenciales integrados, etc.), junto con objetivos de tipo económico (cumplimiento presupuestario en capítulo I: personal y II: gastos corrientes, así como gasto en farmacia). En este acuerdo se establece, también, un sistema de incentivos económicos, ligados a unos requisitos sine qua non (no superar el crecimiento del gasto por tarjeta sanitaria ajustada acordado, tener una cobertura de vacunación completa superior al 96 %...) y al grado de cumplimiento de otros objetivos (porcentaje de derivaciones, promedio de oferta horaria de consulta médica, encuesta de satisfacción, cobertura y normas de calidad de los procesos asistenciales seleccionados, porcentaje de prescripción por principio activo, puntuación en el ISCP). Este hecho de ligar los indicadores farmacéuticos a incentivos económicos, supone en nuestro estudio, el factor más importante en el resultado del ISCP, hecho que ya se había constatado en otros países como Reino Unido con los GP-Fundholders (13) y en Alemania (14) aunque en estos casos se incidía, de manera fundamental, sobre aspectos económicos, siendo los resultados principales el incremento en la utilización de genéricos y la disminución de la utilización de novedades terapéuticas con dudosas ventajas terapéuticas con respecto a fármacos ya consolidados (17, 18).

Como conclusión de este estudio podemos considerar que la formación de posgrado vía MIR constituye un elemento positivo dentro de los equipos de atención primaria, en los aspectos de prescriptores. XXI Jornadas de Economía de la Salud. Oviedo 6-8 de Junio de 2001.

uso racional de medicamentos. Por otra parte, puede ser útil la potenciación del modelo de Unidades de Gestión Clínica, con objetivos concretos y adecuados en este aspecto, ligados a incentivos económicos y de otro tipo. Este modelo implica, sobre todo, una fórmula de gestión que estimula la responsabilidad de los profesionales de los equipos de atención primaria en la gestión clínica, contribuyendo a disminuir la variabilidad de la práctica clínica y potenciando los aspectos de efectividad y eficiencia. En cualquier caso, son necesarios más estudios que confirmen la utilidad del modelo de gestión clínica en los aspectos de uso racional del medicamento, en grupos terapéuticos concretos y en otros aspectos de la práctica asistencial en atención primaria.

Agradecimientos

Al Distrito sanitario Huelva-Costa por la colaboración en el manejo de las fuentes de este trabajo. A la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria por su ayuda y apoyo metodológico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Organización Mundial de la Salud. El Uso Racional de Medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos. Ginebra: OMS; 1985.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del Uso Racional de Medicamentos: componentes centrales. Ginebra: OMS; 2002.
- 3.- Grimshaw JG, Russell IT. Effect of Clinical Guidelines on Medical Practice: A Systematic Review of Rigorous Evaluations. *Lancet*. 1993; 342: 1317-1322.
- 4.- Hogerzeil HV. Promoting Rational prescribing: An International Perspective. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 1995; 39: 1-6.
- 5.- Blackburn E. Bioethics and the political distortion of biomedical science. *N Engl J Med*. 2004; 350:1379-80.
- 6.- Turabián JL, Pérez B. Las habilidades cruciales del médico de familia y sus implicaciones en la gestión y la formación: el diagnóstico, el tratamiento, la cura y resolución. *Cuadernos de Gestión*. 2003; 9:70-87.
- 7.- Barber N. What constitutes good prescribing? *BMJ*. 1995; 310:923-5.
- 8.- Turabián JL, Pérez B. Prescripción de medicamentos en medicina de familia: ¿racional, razonable o relevante? *Aten Primaria*. 2005; 36: 507.
- 9.- Altisent R, Delgado MT, Jolín L, Martín MN, Ruiz R, Simón P, Vázquez JR. Sobre bioética y medicina de familia. *Aten Primaria*. 2000; 25: 505-511.
- 10.- Tamblyn R, McLeod P, Hanley JA, Girard N, Hurley J. Physician and practice characteristics associated with the early utilization of new prescription drugs. *Medical Care*. 2003; 41: 895-908.
- 11.- Hamilton W, Russell D, Stabb C, Seamark D, Campion-Smith C, Britten N. The effect of patient self-completion agenda forms on prescribing and adherence in general practice: a randomized controlled trial. *Family Practice* 2006 doi: 10.1093/fampra/cml057. Online ISSN 1460-2229 . URL: <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/full/24/1/77>.
- 12.- Abádanés JC, Cabedo V, Cunillera R, García JJ, Jolín L, Martín M et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. *Aten Primaria*. 1988; 22: 391-398.
- 13.- Majeed A, Head S. Setting prescribing budgets in general practice. *BMJ*. 1998; 316: 748-753.
- 14.- Schmeink W. Overview of the German health insurance system. En: Mossialos E (ed) Cost containment, pricing and financing of pharmaceuticals in the European Community: the policy makers view. London School of Economics y Pharmetrica; 1994. p. 161-166.
- 15.- Cunillera R. La incentivación económica de los profesionales en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1998; 4: 157-165.
- 16.- Cabiedes L, Ortún V. Incentivos a prescriptores. XXI Jornadas de Economía de la Salud. Oviedo 6-8 de Junio de 2001.

17.- Gómez-Castro MJ, Arcos P, Rubiera G, Rigueira AI. Comparación de dos modelos de indicadores de la calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria. Gac Sanit. 2003; 17: 375-83.

18.- Sicras A, Peláez J. Mejora de la adecuación de uso de medicamentos y efectos en centros geriátricos mediante un programa de intervención. Farm Hosp. 2005; 29: 303-11.

19.- González B, Ortún V, Martín J, Cabeza A, López A, Díaz JA et al. Evaluación del uso apropiado de medicamentos en atención primaria. ¿Cómo se puede mejorar? Aten Primaria. 2002; 30: 467-71.

20.- Vila A, Ansa X, Gómez A, Fort J, Grifoll J, Pascual I. EQA-17: Propuesta de un indicador sintético del producto de la atención primaria en mayores de 14 años. Rev Esp Salud Pública. 2006; 80: 17-26.

Variable	Número	Media del ISCP	Desv. Típica	IC 95 %
SEXO				
Hombre	88	21.2	19.4	17.1-25.4
Mujer	74	25.3	17.9	21.1-29.4
CONTRATO				
Fijo	49	27.9	21.5	21.7-34.1
No fijo	113	21	17.2	17.8-24.2
FORMACIÓN				
MIR	44	33.5	22.7	26.6-40.4
No MIR	118	19.2	15.5	16.3-22
DOCENCIA				
Si	76	32.4	19.5	27.9-36.9
No	86	14.8	13.7	11.9-17.8
LOCALIZACIÓN				
Urbano	85	28.2	20.1	23.9-32.6
Rural	77	17.4	15.5	13.9-20.9
U.G.C.				
Si	48	38.5	20.3	32.6-44.4
No	114	16.6	13.7	14-19.1

TABLA 1: Promedios de ISCP de las variables independientes

Variable	Diferencia de medias	IC 95 % de la diferencia de medias	p
SEXO Hombre vs mujer	-4.04	-9.9-1.8	0.174
CONTRATO Fijo vs No fijo	6.95	0.7-13.2	0.030
FORMACIÓN MIR vs No MIR	14.37	8.2-20.6	< 0.0001
DOCENCIA Si vs No	17.56	12.4-22.8	< 0.0001
LOCALIZACIÓN Urbano vs Rural	10.82	5.2-16.4	< 0.0001
U.G.C. Si vs No	21.92	16.5-27.4	< 0.0001

TABLA 2: Análisis bivariante de la diferencia de medias del ISCP de las variables independientes

ANOVA

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	21016.934	7	3002.419	12.851	.000 ^a
Residual	35980.324	154	233.638		
Total	56997.258	161			

a: Variables predictoras: (constante), UGC, contrato, sexo, localización, edad, formación y docencia

b: Variable dependiente: ISCP

COEFICIENTES

Modelo	Coefficientes	no estandarizados	Coefficientes estandarizados		
	B	Error tip	Beta	t	Sig.
Constante	60.199	12.818		4.696	.000
Edad	.425	.228	.140	1.861	.065
Sexo	2.302	2.612	.061	.881	.380
Contrato	-2.159	2.986	-.053	-.723	.471
Formación	-10.802	3.261	-.256	-3.312	.001
Docencia	-.403	4.420	-.011	-.091	.927
Localiz.	-3.771	3.252	-.100	-1.160	.248
UGC	-18.349	3.652	-.447	-5.024	.000

TABLA 3: Modelo de regresión múltiple**RESUMEN DEL MODELO**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico
1	.577 ^a	.332	.324	15.46970

ANOVA

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	18946.709	2	9473.354	39.586	.000 ^a
Residual	38050.549	159	239.312		
Total	56997.258	161			

a: Variables predictoras: (constante), UGC, formación

b: Variable dependiente: ISCP

COEFICIENTES

Modelo	Coefficientes	no estandarizados			IC	95 %
	B	Error tip	t	Sig.		
Constante	73.005	6.000	12.167	.000	61.154	84.855
Formación	-9.478	2.816	-3.365	.001	-15.040	-3.915
UGC	-19.690	2.743	-7.178	.000	-25.108	-14.272

TABLA 4. Modelo final de regresión lineal múltiple.

ORIGINAL

Apoyo social a drogodependientes en programa de mantenimiento con metadona en una prisión

Rodríguez-Martínez A¹, Jiménez M², Pinzón-Pulido S³, Lechuga P⁴

¹ *Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Servicio Médico Establecimiento Penitenciario de Albolote (Granada). Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*

² *Técnico de Consultoría de la Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada)*

³ *Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada)*

⁴ *Técnico en Informática*

RESUMEN

Título: apoyo social a drogodependientes en programa de mantenimiento con metadona en una prisión.

Objetivo: conocer el apoyo social que tiene los pacientes incluidos en el programa de mantenimiento de metadona (PMM) en una prisión.

Diseño: estudio descriptivo con controles.

Emplazamiento: establecimiento penitenciario de Albolote (Granada).

Población y muestra: la población total era de 1579; en PMM era de 364 pacientes, 35 mujeres y 329 hombres. Como casos se utiliza una muestra aleatoria de 60 pacientes, 7 mujeres y 53 hombres, como controles 30 internos 3 mujeres y 27 hombres presos no drogodependientes. No consta en sus antecedentes ningún tipo de drogadicción.

Intervenciones: entrevista a los casos y controles para conocer sus antecedentes adictivos, estructura familiar, nivel socioeconómico y cultural, y aplicación heteroaplicada del cuestionario MOS. Se obtiene para cada grupo el porcentaje de cada dimensión del apoyo social y se comparan ambos grupos mediante Chi cuadrado.

Resultados: el apoyo global es bajo en 38 casos (74,5%) y 9 controles (30%) p de 0,0001. OR 0.1466 con intervalo de confianza al 95% (0.0538-0.3989). Es nor-

mal en 13 casos (25%) y 21 controles (70%) con p 0,0007. OR de 0,69 de intervalo de confianza al 95% (0.44-0.93).

Todas las dimensiones son estadísticamente significativas hacia los no toxicómanos, excepto el apoyo emocional en el que se obtiene unos valores semejantes para ambos grupos.

Conclusión: los reclusos incluidos en el programa de mantenimiento con metadona perciben que cuentan con menor apoyo social que los reclusos no drogodependientes.

Palabras clave: apoyo social, metadona, presos, drogadicción.

SUMMARY

Title: Social Support for Drug Dependent Persons in a Prison Methadone Maintenance Program

Goal: To learn more about the social support available to patients participating in a prison methadone maintenance program (PMM).

Methodology: Descriptive, with controls.

Setting: A penitentiary in Albolote (Granada)

Population Sample: The total prison population was 1,579; 364 patients were included in the PMM; 35 were female and 329 were male. 60 patients, 7 women and 53 men, were used as cases. 30 non-drug dependent prisoners, 3 women and 27 men, were the control group. They had no antecedents of problems with drug addiction.

Interventions: Interviews with cases and controls to learn about their addictive antecedents, family structure, socio-economic level, and a hetero-applied

Correspondencia: Antonio Rodríguez Martínez
C. S. Establecimiento Penitenciario de Albolote
Servicios Sanitarios - Ctra. Granada-Colomera, km. 7.11
18200 Albolote (Granada)
E-mail: arodriguez7@gmail.com
Tlfno.: 958 53 72 44

Recibido el 29-05-2007; aceptado para publicación el 09-05-2008
Med fam Andal 2008; 2: 87-98

MOS questionnaire was completed. Percentages of each social support variable were obtained and compared using the chi-squared technique.

Results: The overall support received is low in 38 cases (74.5%) and in 9 controls (30%): $p = 0.0001$. OR 0.1466, confidence interval at 95% (0.0538-0.3989). Support received is normal in 13 cases (25%) and 21 controls (70%): $p = 0.0007$. OR 0.69, confidence interval at 95% (0.44-0.93). All of the variables were statistically significant for non-drug addicts, except for emotional support, which was the same for both groups.

Conclusion: The perception of inmates participating in the methadone maintenance program was that they received less social support than the non-drug dependent inmates.

Key words: social support, methadone, prisoners, drug addiction.

gicas, de apoyo social y familiar que posibiliten una efectiva reinserción 5-6. Se trata de controlar los hábitos que inducen al consumo.

El apoyo psico-social es un elemento imprescindible 7-8-9 para la rehabilitación y más en el medio penitenciario. El tratamiento adquiere, pues, un carácter eminentemente biopsicosocial¹⁰.

Los pacientes presos y en PMM experimentan problemas considerables al intentar hacer pública su situación. Los adictos, a menudo, mantienen el secreto porque hablar de sus historias y condición precipita la expulsión del mundo social al que aspiran a entrar 11.

Del apoyo que tengan, les facilitará la superación de esta circunstancia de ahí que este apoyo es preciso que se inicie pronto. Motivo por el que realizamos este estudio a fin de conocer el apoyo en reclusos en PMM.

INTRODUCCIÓN

El programa de mantenimiento con metadona (PMM), se oferta al colectivo drogadicto más cronificado, como recurso de baja exigencia, que mediante intervenciones terapéuticas con el adicto, se procura que tenga las consecuencias menos graves posibles, se trata de programas de disminución del daño (P.R.D), entre los que se encuadran los PMM 1-2.

Los PMM se basan en la sustitución a largo plazo de un opiáceo de vida corta, generalmente heroína, por metadona, opiáceo de vida media larga que puede tomarse por vía oral pretendiendo sustituir los efectos de la heroína, previene la aparición del síndrome de abstinencia, evita la aparición del deseo de consumo (craving), bloquea los efectos euforizantes de otros opiáceo de vida media corta (heroína, morfina) y previene la recaída en el consumo ilegal 3.

Como la adicción es una enfermedad crónica, progresiva y con recaídas, es por lo que el PMM debe durar tanto tiempo como sea necesario, básicamente mientras el paciente se beneficie de él 4.

En la fase de deshabitación, además de utilizar metadona hay que aplicar técnicas psicoló-

SUJETOS Y MÉTODOS

PACIENTES

En el momento del estudio la población del Centro Penitenciario de Albolote el total de reclusos era 1579, 1426 hombres y 153 mujeres. Estaban incluidos en el PMM 364 pacientes, 35 mujeres y 329 hombres. Para el estudio se obtuvo una muestra aleatoria de 60 pacientes en tratamiento con metadona (7 mujeres y 53 hombres). De ellos se negaron a contestar los cuestionarios 1 mujer y 8 hombres; quedando el grupo en 51 casos. La edad media era de 33.04 años. Como grupo control se contó con una muestra de 30 reclusos no toxicómanos (3 mujeres y 27 hombres), de edad media era de 33.80 años.

INSTRUMENTOS

A los pacientes toxicómanos se les entrevista para conocer sus antecedentes adictivos. A todos los pacientes, ya pertenezcan a la muestra en estudio ó al grupo control, se determinó su estructura familiar, según la clasificación de la familia basada en la familia nuclear 12, su nivel socioeconómico 13 y cultural 14. Por último, a todos, se les aplica el cuestionario MOS de apoyo social, para pacientes con distintas enfermedades y dimensiones 15, validado en población

española 16. El MOS, es un cuestionario breve multidisciplinar, puede ser autoadministrado que permite investigar junto al apoyo global, otras cuatro dimensiones. 1) Afectiva (demostración de amor, cariño y empatía); 2) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse); 3) instrumental (posibilidad de contar con personas para comunicarse); 4) emocional/informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). Dada la población a la que se aplica, ingresados en un Centro Penitenciario donde por Ley tienen asegurada todas las dimensiones del apoyo instrumental, se modifican las preguntas del MOS original, quedando el apoyo instrumental reducido a un ítem, Anexo 1.

MEDICIONES

En el grupo casos (drogodependientes) se establecieron las medidas de tendencia central, dispersión e intervalos de confianza al 95% con respecto a la edad de inicio en el consumo, el tiempo que el paciente está incluido en el PMM, dosis de metadona y edad actual. Porcentualmente se determinó la droga inicial y su vía, la droga habitual y la vía del último consumo.

En los dos grupos se determinó las mismas medidas referidas anteriormente, con respecto a la edad actual. Se completó el estudio determinando la estructura familiar, nivel socioeconómico y cultural.

También se reflejan, en los dos grupos, el valor para cada dimensión del apoyo social según el cuestionario MOS: red social, apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva, apoyo afectivo e índice global de apoyo social. Para comparar las frecuencias de cada dimensión entre el grupo en PMM y los no drogodependientes se utilizó la prueba de Chi Cuadrado mediante el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 12. Se utilizó el test de hipótesis de T de Student, para comparar la edad actual y el número de amigos.

La significación estadística la determina el valor de p ($<$ de 0.005). Por el contrario la magnitud de asociación de ventajas la determina RR/OR. Si es igual a 1 tienen el mismo apoyo social los casos y controles, los dos grupos perciben que tienen el mismo apoyo social. Si es mayor de 1 los casos perciben que tienen menos apoyo

social (hay mayor riesgo en los casos). Si es menor que 1 ocurre lo contrario.

Hay ocasiones que podemos saber si existe significación estadística por el IC al 95% de OR. El valor mínimo posible para la OR es 1 y el máximo teóricamente posible es infinito. Una $OR=1$ implica la independencia de las variables y nos llevaría a establecer que no hay evidencia de la asociación entre variables por lo que no hay significación estadística.

Esta interpretación es posible a la propiedad simétrica de la OR, si el intervalo contiene el valor nulo ($OR=1$), nuestra estimación puntual no es estadísticamente significativa y podemos rechazar la hipótesis nula 17.

RESULTADOS

La edad media de inicio en el consumo fue de 15,16 años con desviación típica de 3,85 e intervalo de confianza al 95% (13,89-16,07)

Inicialmente la droga fue en 51 casos (86%) tabaco y cannabis junto a ello 6 utilizaban heroína (10%), en 1 (2%) cocaína y también en un caso (2%) LSD.

La vía utilizada inicialmente para la administración de la sustancia fue inhalada (fumada) en 31 casos (52.77%), intravenosa en 18 (35.94%) y esnifada en 2 (4.39%).

La droga habitual fue en 48 casos (80%) heroína más cocaína (speed ball), en el argot, revuelto), heroína en 6 (10%), cocaína en 2 (4%) y LSD en un caso (2%).

Todos consumían al mismo tiempo benzodicepinas.

La vía de administración del último consumo fue fumada en 40 casos (78,5%) intravenosa en 11 (21,5%)

En los pacientes incluidos en PMM la dosis media de metadona es de 58,66 mg/día con desviación típica de 32,51 e intervalo de confianza al 95% (62,85-54,47).

El tiempo en el PMM es de media 4,82 años con desviación típica de 2,54 años e intervalo de confianza al 95% de 4,11-5,54.

La edad actual del grupo incluido en PMM es de media 33,27 años con desviación típica de 5,13.

En el grupo control es de media 24.33 con desviación típica de 6.865. P: 0,438.

En las tabas 1, 2 y 3 se exponen porcentualmente los distintos tipos de estructura familiar, nivel socioeconómico y nivel cultural tanto en el grupo objeto de estudio como en el grupo control.

La red social en el grupo de toxicómanos es de 2,9. DT 3,517. Intervalo de confianza al 95% (1.79-3.77). En el grupo control la red social es 7,4. DT 8,10. IC al 95% (4,37-10,42). P: 0,0001.

Reflejamos para cada dimensión del cuestionario MOS en los grupos de caso y de control si el valor es bajo ó normal.

En la dimensión de apoyo emocional en el grupo de casos es bajo en 44 (73%) y normal en 7 (11,6%) mientras que en grupo control es bajo en 5 (16%) y normal en 25 (83,3%). En ambos casos p: 0,0001. OR: 0.2200 IC al 95%:(-0.1440, 0.5840).

(Ver Gráficos 1.1 y 1.2).

La interacción social positiva es baja en 44 (73,3%) casos y 11(36%) controles. Con p de 0,0011. Es normal en 7(11,6%) casos y 19(63%) controles. Con p de 0,0009. OR: 0.2200 IC al 95% (-0, 1440,0.5840).

(Ver Gráficos 2.1 y 2.2).

La dimensión afectiva es baja en 41 (63,3%) casos y 12 (40%) controles, con p de 0,045. Es normal en 10(16%) casos y 18(60%) controles con p igual a 0,81.

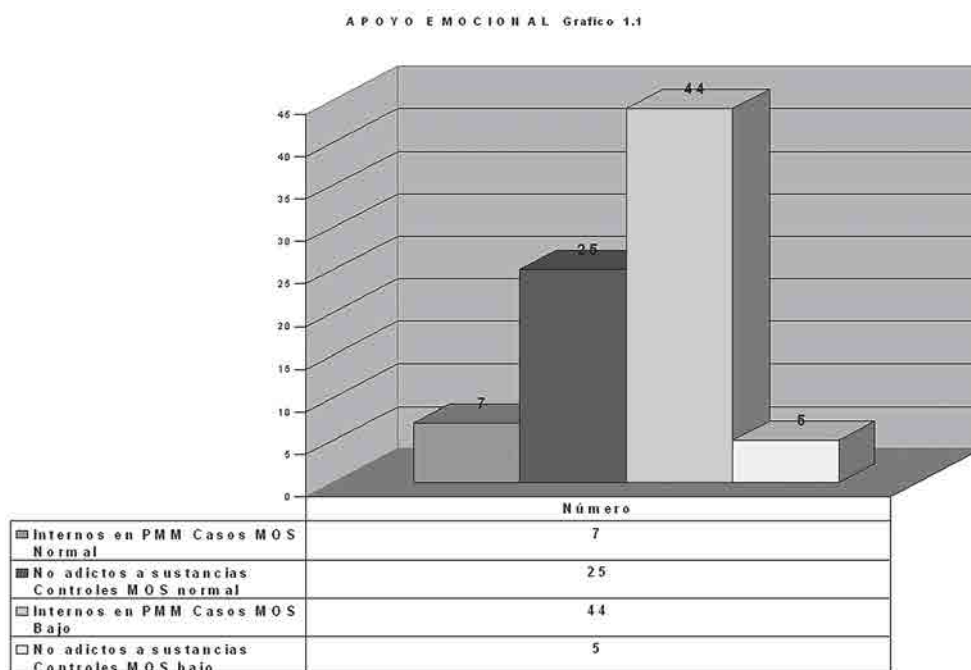
OR:- 0.060 IC al 95%(-0.3181, 0.1981).

(Ver Gráficos 3.1 y 3.2).

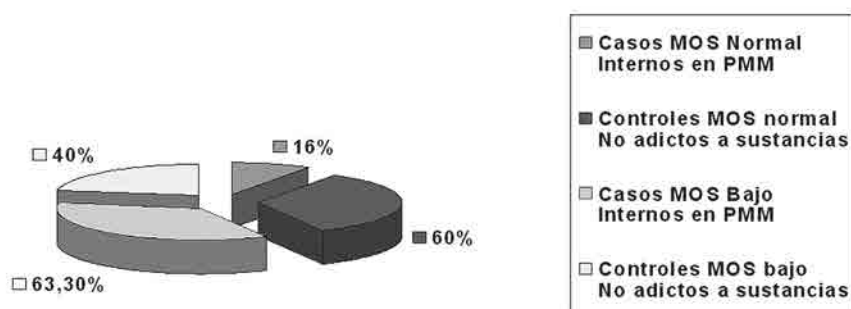
El apoyo global es bajo en 38 casos (74,5%) y 9 controles (30%) p de 0,0001.

OR 0,1466 IC al 95% (0,0538-03998). Es normal en 13 casos (25,4%) y 21 controles (70%) p de 0,0007. OR de 0,6900 IC al 95% 0.4499-0.9311).

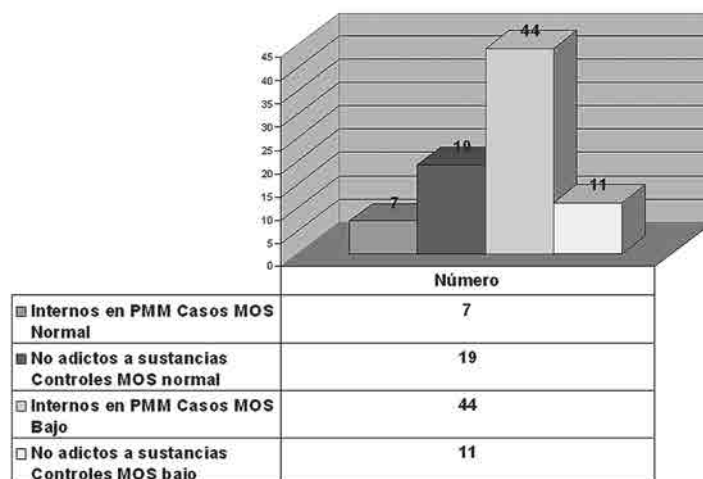
(Ver Gráficos 4.1 y 4.2)



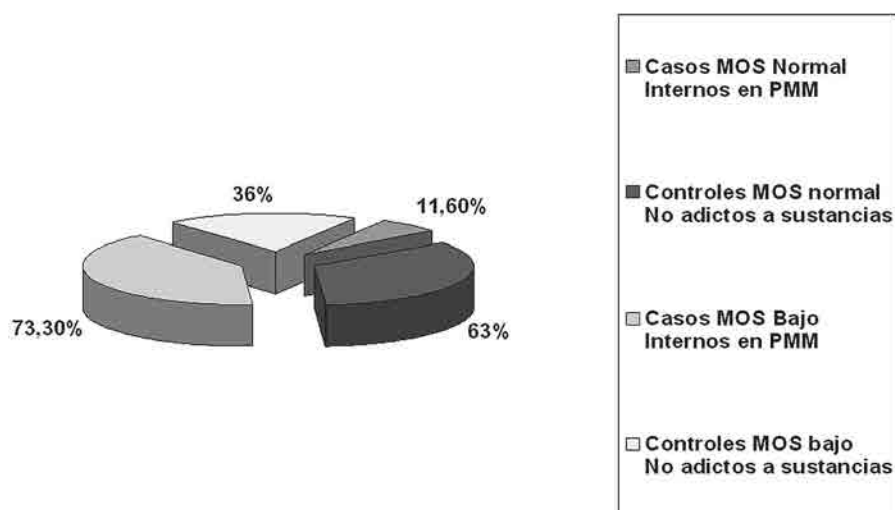
APOYO EMOCIONAL Grafico 1.2



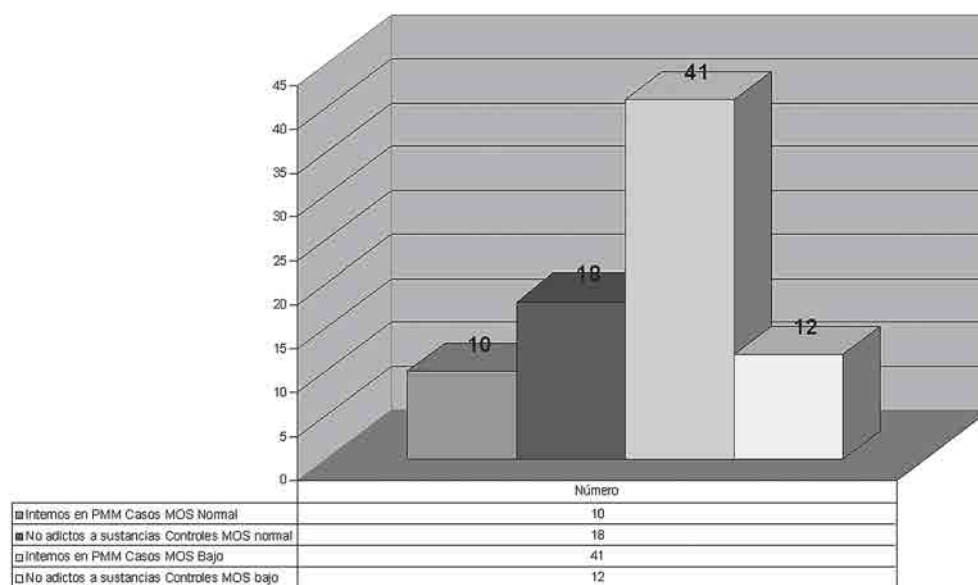
INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA Grafico 2.1



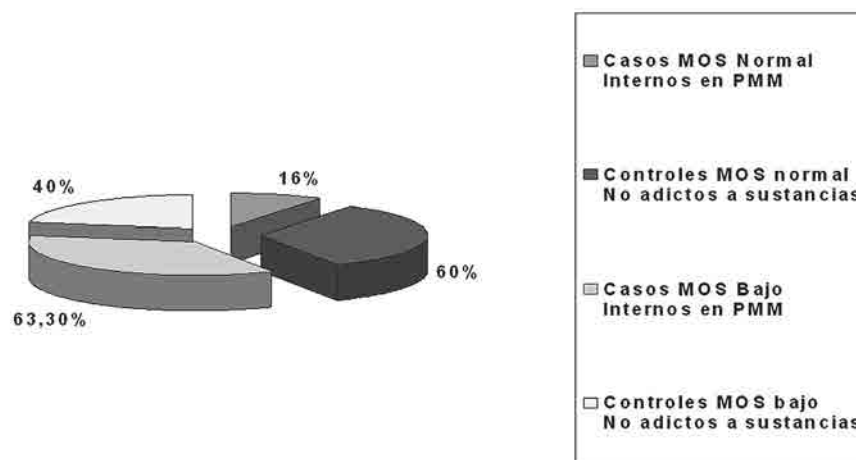
INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA Grafico 2.2



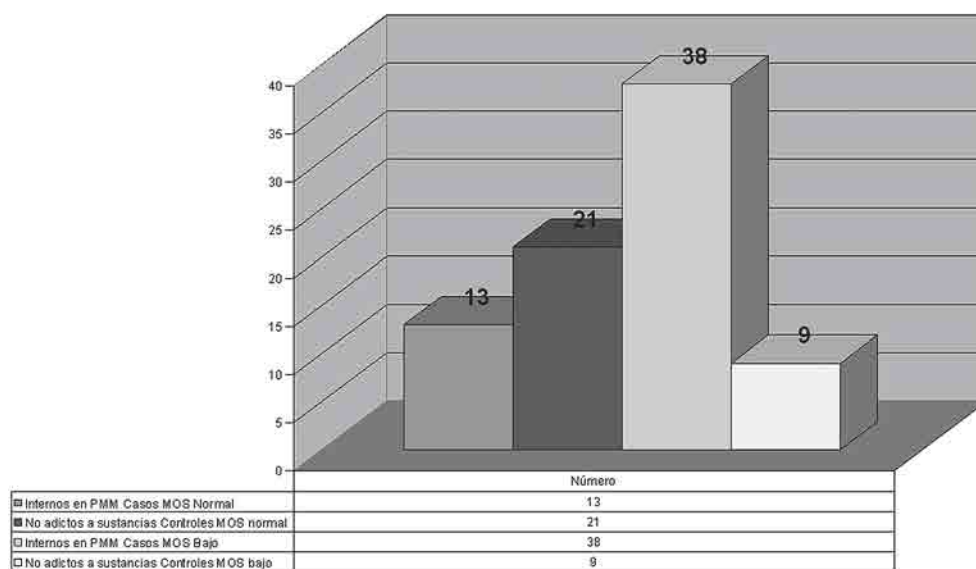
DIMENSIÓN AFECTIVA Grafico 3.1



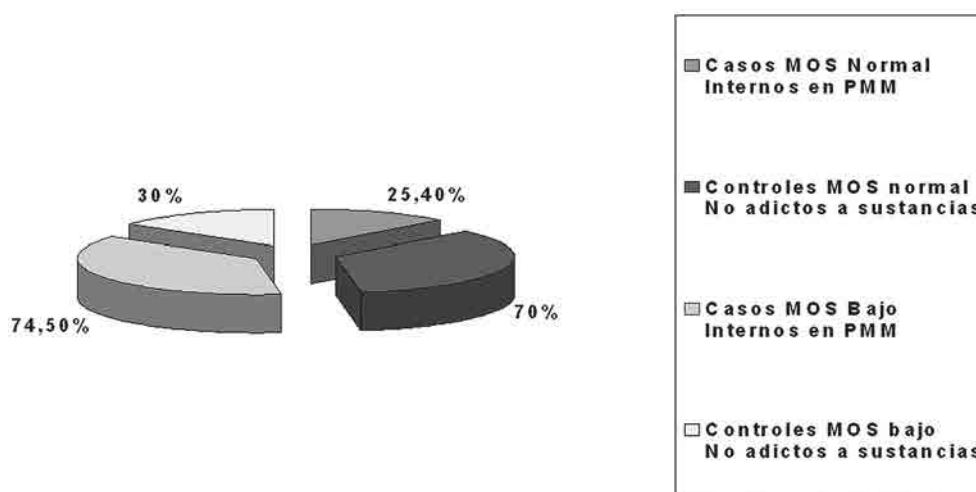
DIMENSIÓN AFECTIVA Grafico 3.2



APOYO GLOBAL Grafico 4.1



APOYO GLOBAL Grafico 4.2



DISCUSIÓN

El apoyo Social para Lin consiste en aquellos elementos funcionales o estructurales, reales o percibidos que el individuo percibe de su comunidad, red social y sus amigos íntimos¹⁸.

Para Bowling el apoyo social sirve para que el individuo obtenga ayuda emocional, instrumental o económica de la red social¹⁹.

En nuestro caso, el apoyo social determinado por el cuestionario MOS al ser estadísticamente significativo, rechazamos la hipótesis nula, que el apoyo es igual en los dos grupos de reclusos y aceptamos la hipótesis alternativa que hay diferencias en el valor del apoyo social entre los dos grupos de reclusos. Y al ser el apoyo social mayor que la unidad podemos determinar que los casos, reclusos en PMM, perciben de menor valor el apoyo social con el que perciben con respecto a los controles, reclusos no drogo-dependientes. El apoyo social como en cualquier otra patología, es una condición a tener presente⁷⁻⁸, en la terapia sobre el consumo de drogas.

La estructura familiar predominante es el sistema familiar nuclear con parientes próximos tanto en el grupo de drogodependientes como en el que no. Hay que aclarar que en el momento de hacer las entrevistas no existía sistema familiar nuclear pues un miembro estaba en prisión. Que las relaciones familiares o de pareja sean buenas es un refuerzo alternativo al consumo y por tanto positivo ²⁵. La autoeficacia y el apoyo familiar puede ser una variable protectora para el consumo de drogas. El consumo tiene relación con la socialización de los jóvenes. En este proceso, la familia juega un papel importante, ya que es en el contexto familiar donde se comienzan a adquirir creencias y los hábitos que van a condicionar el consumo de drogas. Cuando la relación es positiva, el rol de las familias de los reclusos drogodependientes debe ser defendido, desarrollado y fomentado. El apoyo sano de la familia afecta positivamente a los reclusos en el riesgo de reincidencia y en la motivación a realizar un tratamiento y mejora el comportamiento durante el encarcelamiento ²⁰⁻²¹.

Pero los politoxicómanos necesitan sistemas que satisfagan sus necesidades que, como en otros sistemas de los servicios sanitarios, sus objetivos (equidad, efectividad y eficiencia) se vincu-

lan a la calidad de la atención prestada y está subordinada a los servicios, en tanto que si estos no prestan, tratamiento médico (la parte física), la mediación psicológica e intervención social y plantear un proceso de desintoxicación a múltiples drogas con integración de todos los elementos implicados, no hacemos nada²².

El ingreso en prisión no desencadena los procesos infecciosos, sino que acentúa los antecedentes vitales que tienen los pacientes y que constituyen factores de riesgo. Droga y prisión es una relación evidente partiendo desde lo habitual, lo normal, lo práctico²³. Será posible optimizar la calidad por lo que los servicios de drogodependencias deben estar incluidos en un marco de agencias sociales y ser capaces de dar respuesta a los usuarios así como que se reconozca la utilidad de su servicio y que los usuarios/as del mismo lo sientan, como otro servicio, especialmente los servicios sociales. Por tanto, el programa de reducción de daños y demás programas de drogodependencias necesitan formar parte de un sistema más grande y de mejor coordinación ²⁴⁻²⁵⁻²⁶.

Hay estudios que indican que la posibilidad de ser dependiente a sustancias y de entrar en una institución cerrada como la prisión es mucho mayor si existe alcoholismo en los padres, si se reciben malos tratos infantiles, separación de los padres, en conclusión vivir con una marcada problemática socio-económica, dicho de forma más clara ²².

Por lo tanto, estamos ante un problema social y los distintos tipos de problemas sociales así definidos atraen hacia su gestión a antiguos expertos en campos afines que o se reciclan, o bien generarán la creación de los pseudo- expertos correspondientes ²⁴.

La retención, es el tiempo que un adicto está en tratamiento. Es el primer objetivo terapéutico en drogadicción, ya que mientras el paciente siga en contacto con los recursos sanitarios es posible intervenir sobre las complicaciones y el propio consumo ²⁶, por lo tanto la retención en el PMM es un factor de suma importancia para conocer la efectividad y el éxito en el tratamiento.

La evidencia pone de manifiesto que los PMM son tratamientos efectivos, junto a otros factores: el primero y más importante la terapia pico-

biológica la gran olvidada o la que menos ocupada está en sus labores asistenciales de los psicólogos penitenciarios. No sólo deben ser redactores de innumerables papeleos, aquí creo que reside el gran fracaso del tratamiento penitenciario. Podemos dar metadona pero, si no damos algo más, nos quedamos a medio camino.

Así, tener un buen número de amigos y destino dentro de la prisión, se obtiene mejor resultado en el PMM. Si el número de amigos es menor, en los incluidos en PMM que en los no incluidos, es como si formara un gueto entre los drogodependientes, al reducir sus relaciones.

El socioeconómico de los dos grupos es de trabajadores no cualificados. En nuestro estudio el 88,2 % de los pacientes en PMM no tenía un trabajo específico y el 11,8% tiene un trabajo estable. Este aspecto mantiene la tónica de otro estudio realizado en Usera en donde sólo el 47% tienen una actividad laboral reenumerada, el 15% de los pacientes no han trabajado nunca y un 27,59% son perceptores de una pensión no contributiva 27.

El nivel cultural también coincide en ambos grupos. Estudios primarios. Ha realizado hasta 4º de EGB ó Formación profesional de primer grado. Se establece un paralelismo entre nuestros pacientes presos y los de Usera en el nivel educativo. El drogadicto vive exclusivamente para obtener su dosis diaria. No hay nada más. El temperamento limita la capacidad adaptativa del individuo y condiciona la experiencia que es capaz de asimilar. Siever describe cuatro vulnerabilidades biológicas del temperamento: A) introversión/extraversión patológicas. B) labilidad o inestabilidad afectiva. C) impulsividad. D) ansiedad patológica. Están presentes en unos u otros trastornos de la personalidad del drogodependiente en mayor o menor cuantía. Esto podría hacer que el drogodependiente no avanzara en el plano cultural 28.

En el estudio la edad de comienzo en la adicción es de media 15,16 años. El modelo de la OMS modificado señala dentro del ciclo vital familiar, la fase IIB (Extensión), que va desde que el primer hijo tiene 11 años hasta el nacimiento del último hijo 29; una de las patologías de esta fase es la adicción a las drogas.

Los apoyos que estudia el MOS, dan un resultado estadísticamente significativo hacia los no

drogodependientes, excepto la dimensión afectiva en la que ambos grupos la perciben en perecida cuantía. El apoyo social global es percibido por los pacientes en PMM de menor cuantía que los no incluidos.

El apoyo instrumental se ha reducido a un solo ítem, pues las demás prestaciones de este tipo de apoyo corresponden por ley a la administración penitenciaria, por lo que pensamos que carecemos de información para su valoración.

Podemos hacer la evaluación desde una óptica crítica para así poder aplicar unos criterios de calidad con los que favorecer la efectividad del PMM. Este proceso debe de ser guiado por unos criterios de mejora continua con los que poder avanzar hacia una respuesta integral de las necesidades y demandas de los usuarios/as a través de tratamiento biopsicosociales 30.

En el análisis de las drogodependencias, la triada sustancia, sujeto y contexto son los datos descriptivos de la situación. El contexto incluye el apoyo social. Dicha triada es fundamental si queremos dar una explicación global, sin centrarnos solamente en aspectos biológicos o legales o psicológicos o sociales 20.

Quizá el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, no tenga una relación con la estructura social o posición socioeconómica, pero lo que sí es cierto, es que el resultado de dichos consumos y adicciones no son exactamente lo mismo en todas las realidades socioeconómicas, o en todos los contextos.

Agradecimientos

Este trabajo ve la luz fruto a la colaboración e impulso que ha tenido por parte de Luis de la Revilla, a quien desde aquí, damos las gracias. Va por usted, D. Luis.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Navarro C, Bachiller P, Palacios T et al. Características diferenciales sanitarias y toxicológicas de drogodependientes en el tratamiento y consumo activo. Aten Primaria 2003; 32:323-27

- 2.- Zarco J. Drogodependencias y atención primaria: ¿una relación reconducible? *Aten Primaria* 2001; 8: 519-24.
- 3.- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb J. Trastornos relacionados con opiáceos. En: Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996. p. 453-60.
- 4.- Parrino MW. State methadone treatment guidelines. US Department of Health and Human Services. Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. Rockville.1993.
- 5.- Velarde C, Peinó J, Gómez de Caso JA. Programa de mantenimiento con metadona en heroínómanos por vía intravenosa. ¿Qué información tienen los médicos de atención primaria? *Aten Primaria*. 1996; 17: 581-4.
- 6.- Jacoby JE, Benda KP. The benefits of social support for mentally ill offenders: Prison to community transitions. *Behavioural Sciences & the Law*. 1997; 4:483-501.
- 7.- Caplan G. Support system and community mental health: lectures on concept development. New York: Behavior Publications; 1974.
- 8.- Cassel J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *Am J pub Health*. 1974; 64:1040-3.
- 9.- Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. *Med Care*. 1989; 27 : 221-33.
- 10.- Franks P, Campbell TL, Shields CG. Social relationships and health: the relative roles of family functional and social support. *Soc Sci Med*. 1992; 34: 779-88.
- 11.- Sheigla Ph.D, Jeanette B.A. Vivir con un Secreto deshonoroso. Problemas de revelación para los pacientes en mantenimiento de metadona. *RET Revista de Toxicomanías*. 1995; 2: 25-33.
- 12.- De la Revilla L, Aragón A, Muñoz M, et al. Una nueva clasificación demográfica de la familia para el uso en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 1991; 8:104-111.
- 13.- Domingo Salvany A, Marcos Alonso J. Clasificación Nacional de Ocupación. Propuesta de un indicador de la clase social basada en la ocupación. *Gaceta Sanitaria*. *Gaceta Sanitaria*. 1989; 3:320-326.
- 14.- Patrón Municipal de habitantes. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1988.
- 15.- De la Revilla L, Fleitas L. Apoyo Social y recursos familiares. En: Manual de atención familiar. Bases para la práctica Familiar en la Consulta. Fundación para el estudio de la atención a la familia. Granada: Ediciones Adhara; 1999. p. 337-64.
- 16.- De la Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Med fam Andal*. 2005; 1:10-18.
- 17.- Bobenrieth MA, Buros R, Calzas A, Chicharro JA, Ocaña R, Perea-Milla E, et al. Metodología de investigación y escritura científica en clínica. *EASP*. 1999; Parte II C: 177-196.
- 18.- Lin N, Simeone R, Enzel W et al. Social Support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *J. Health Soc Behav*. 1979; 20: 108.
- 19.- Bowting A. Social support and social networks: Their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and review of the evidence. *Fam Pract*. 1991; 8:68.
- 20.- Fornons D. Droga y prisión: relaciones y contradicciones. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16: 430-432.
- 21.- López-Torrecillas F, Bulas M, León-Arroyo R, Ramírez I. Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*. 2005; 17: 241-249.
- 22.- Benjamín C. La desintoxicación en la polidrogodependencia. *Adicciones Cacerés*. 2006; 44.
- 23.- March JC. Los programas de tratamiento con Metadona y la atención sanitaria para usuarios/as de drogas: identificación de buenas prácticas. Informe final MEHIB. Escuela Andaluza de Salud Pública. URL: www.easp.es/mehib.

24.- OMS. Comité de Expertos en Fármaco dependencias. Ginebra: Serie informes Técnicos de la Organización Mundial de la Salud; 1974. p. 551.

24.- Pascual C. Calidad asistencial en drogodependencias. Trastornos Adictivos. 1999; 1: 48-63.

25.- Torrens M, Castillo C, Pérez-Solá V. Tasa de retención en un programa de metadona de bajo umbral. Drug And Alcohol Dependence. 1996; 41: 55-59.

26.- Wright, KN, Wrijgh, KE. Does getting married reduce the likelihood of criminality? A review of the literature. Federal Probation. 1992; 9:17-31.

27.- Castaños M, Cernuda JL, Del Pino C. Estudio biopsicosocial retrospectivo de un programa de mantenimiento con metadona. Adicciones. Socidrogalcohol. 2006; 1:127-128.

28.- Pérez Urdáiz A. Trastornos de la personalidad y abuso de alcohol y drogas. Adicciones. 2003; 15:74.

29.- De la Revilla L. La atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Editorial Doyma; 1994. p.37-42.

30.- Fernández Miranda JJ. Calidad asistencial y cronicidad en los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos. Adicciones. 2004; 6:109116.

TABLA 1. La estructura familiar es:

	<i>Pacientes en PMM</i>	<i>Grupo Control</i>
<i>Familia extensa</i>	25,5%	23%
<i>Familia nuclear con parientes próximos</i>	56,9%	33,3%
<i>Familia nuclear sin parientes próximos</i>	13,7%	5,73%
<i>Familia monoparental con parientes próximos</i>	-	26,7%
<i>Familia nuclear ampliada con parientes</i>	-	10%
<i>Familia nuclear ampliada con padrastro</i>	3,9%	-

TABLA 2. El nivel socioeconómico es:

	<i>Pacientes en PMM</i>	<i>Grupo control</i>
<i>Trabajadores no cualificado.</i>	72,5%	63,3%
<i>Otros casos. Mal especificado.</i>	15,7%	3,3%
<i>Trabajadores cualificados y semicualificados de la industria, comercio y servicios.</i>	11,8%	33,3%

TABLA 3. El nivel cultural es:

	<i>Pacientes en PMM</i>	<i>Grupo control</i>
<i>Estudios Superiores medios: carreras técnicas (enfermería, magisterio, aparejadores, peritos).</i>	2%	-
<i>Estudios De 2º grado hasta COU ó Bachiller Superior ó Formación Profesional de 2º Grado.</i>	2%	10%
<i>Estudios secundarios de primer grado hasta 8º de EGB ó 4 de bachiller.</i>	21,65%	16,7%
<i>Estudios primarios. Ha realizado hasta 4º de EGB ó formación Profesional.</i>	56,9%	50%
<i>Sin estudios: lee y escribe pero no ha realizado estudios.</i>	15,7%	23,3%
<i>Analfabetos.</i>	2%	-

ANEXO 1

CUESTIONARIO MOS

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre)

Nº de amigos íntimos o familiares...

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone UD. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

(Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
1.-Alguien que le aporte peculio	1	2	3	4	5
2.-Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
3.-Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
4.-Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
5.-Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
6.-Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
7.-Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
8.-Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
9.-Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
10.-Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
11.-Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
12.-Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
13.-Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
14.-Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
15.-Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
16.-Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

APOYO EMOCIONAL: suma de ítems 2, 3, 6, 7, 10, 12, 13 y 15. NORMAL por encima de 24. BAJO igual o menor de 24.

APOYO INSTRUMENTAL: ítem 1.

APOYO DE INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA: suma de ítems 5, 9, 11, y 14. NORMAL por encima de 12. BAJO igual o menor de 12.

APOYO AFECTIVO: suma de ítems 4, 8 y 16. NORMAL por encima de 9. BAJO igual o menor de 9.

ORIGINAL

Fisioterapia en atención domiciliaria en una zona rural de la provincia de Almería

Martín Sánchez M¹, Mesa Ruiz, AM², Romero Pérez MC³, Barroso García P⁴, Peinado Nievas MJ⁵

¹ Fisioterapeuta de Atención Primaria. Zona Básica de Salud Albox. Almería

² Fisioterapeuta de Atención Primaria. Zona Básica de Salud Los Vélez. Almería

³ Fisioterapeuta de Atención Primaria. Zona Básica de Salud Serón. Almería

⁴ Médico de Familia. Técnico de Salud de Epidemiología. Sección de Epidemiología del Área de Gestión Sanitaria Norte. Almería

⁵ Enfermera del Área de Gestión Sanitaria Norte. Almería

RESUMEN

Título: fisioterapia en atención domiciliaria en una zona rural de la provincia de Almería

Objetivo: Conocer la atención domiciliaria realizada por el fisioterapeuta a enfermos y cuidadores, desde el inicio de la actividad en una zona rural.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Zonas Básicas de Salud (ZBS) de Albox, Los Vélez y Serón. Área de Gestión Sanitaria Norte. Almería.

Población y muestra: 58 pacientes y 77 cuidadores con atención fisioterapéutica en el domicilio.

Intervenciones: Variables: edad, sexo, municipio, diagnóstico, fecha y profesional que deriva, tiempo de espera, tipo de tratamiento, número de sesiones, situación al alta, número y tipo de cuidador, patología sentida por el cuidador. Fuentes de información: documento de derivación, hoja de valoración enfermería, historia clínica de fisioterapia.

Resultados: Un 46% eran pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV). Con una media de 3,7 días de espera para atención y 8 sesiones recibidas. El 39,5% vivía en municipios distintos a la ubicación de la sala. El 39,7% fue derivado por enfermero de enlace. Un 59,8% recibió tratamiento fisioterápico. En el 63,8% se cumplieron los objetivos terapéuticos planteados.

El cuidador principal fue mujer en el 91,4%, con 57,5 de edad media. El 34,5% refería patología de aparato locomotor. El 100% de los cuidadores recibió atención y asesoramiento.

Conclusiones: Se ha producido un aumento progresivo de pacientes y cuidadores que han requerido asistencia fisioterapéutica en domicilio, con una atención eficaz y temprana de su proceso. Se considera importante cuantificar los recursos que supone esta atención para mejorar la planificación de la actividad, así como mejorar la atención del cuidador desde la fisioterapia.

Palabras clave:

Rehabilitation (Rehabilitación). Home care (Atención domiciliaria). Primary health care (Atención Primaria). Informal care (cuidador).

SUMMARY

Title: Home Physiotherapy in a Rural Area in the Almeria Province

Goal: Study house calls made by a physiotherapist to patients and informal caregivers in a rural area since the activity's initiation.

Design: Observational descriptive.

Setting: Basic Health Zone (including the villages of Albox, Los Velez and Seron in a northern health management area in Almeria).

Population and sample: 58 patients and 77 informal caregivers receiving physiotherapy at home.

Interventions: Variables: age, sex, municipality, diagnosis, date of referral for therapy and the referring professional, waiting period, type of treatment, number of sessions, condition upon treatment's

Correspondencia: M^a. Inmaculada Martínez Sánchez
Centro de Salud de Albox
C/. Tabernas, s/n.
04800 Albox (Almería)
E-mail: inmasan812@yahoo.es

Recibido el 22-01-2008; aceptado para publicación el 20-05-2008
Med fam Andal 2008; 2: 99-109

completion, number and type of informal caregivers, caregiver's pathology. Information sources: referral document, nursing evaluation sheet, clinical history of physiotherapy.

Results: 46% were patients who had suffered a cardiovascular accident (CVA). The average waiting period was 3.7 days and the average number of treatment sessions received was 8. A total of 39.5% live outside the municipality in which the treatment center is located. 39.7% were referred by community health nurses and 59.8% received physical therapy. 63.8% met their therapeutic goals. Women were the main informal caregivers in 91.4% of the cases, with an average age of 57.5 years. 34.5% of them complained of musculoskeletal pain. 100% of the informal caregivers received attention and advice.

Conclusions: A progressive increase is occurring in the number of patients and informal caregivers who need home physiotherapy. Care has been provided efficiently and promptly. It would be useful to quantify the resources needed to deliver this service in order to improve activity planning as well as the provision of physiotherapy to informal caregivers.

Key words: Rehabilitation. Home care. Primary health care. Informal care.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida experimentada en los últimos años, ha dado lugar a un envejecimiento progresivo de la población [1, 2, 3, 4, 5, 6], que tiene unas necesidades asistenciales no sólo de problemas de salud, sino también de dependencia [1]. Esto conlleva una importante carga de trabajo para los familiares y profesionales sanitarios [4, 7, 8].

Existen cifras en Andalucía, que nos indican que la dependencia no es exclusiva de las personas mayores [9], en ellas se incluyen también otros colectivos como grandes discapacitados, enfermos crónicos, enfermos terminales, y todos aquellos en los que se genera una pérdida de la autonomía [1], haciendo que se necesite de asistencia o cuidados de terceros [7].

La enfermedad crónica y la discapacidad implican un estado bio-psico-social [10] en el que se encuentran claramente implicados tanto el paciente como los familiares que le rodean [4]. Para estos pacientes, el cuidador ocupa un as-

pecto clave en el proceso terapéutico [11], y es por ello que desde los servicios sanitarios se debe dar una mejor respuesta a las necesidades tanto del paciente como de su entorno [12].

En Andalucía, el 80% de lo que se conoce como "cuidador principal" son mujeres, frecuentemente de la misma familia y convivientes en el mismo domicilio. Suele ser una sola persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad, lo que limita su independencia, su participación activa en la sociedad y su ocio [9]. Todo ello lleva al cuidador a padecer un alto número de problemas físicos y psicológicos [12, 13], ocasionados, en gran parte, por la situación de cuidados continuados que debe proporcionar a su familiar discapacitado.

Los profesionales de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) están en buena disposición para abordar la atención de estos pacientes en el domicilio, dando una mejor respuesta a los problemas de salud con una atención longitudinal, integral e integrada [14, 4, 15]. El objetivo final es mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de dependencia, mediante actividades de asistencia, prevención, promoción y rehabilitación de la salud [14], desde la triple perspectiva, individual, familiar y social en el domicilio del paciente [12, 14, 4, 15].

El Plan de Apoyo a las familias andaluzas [16] ha supuesto un importante impulso tanto en la atención a las personas en situación de dependencia como a sus familias. Con respecto a la fisioterapia ha supuesto un avance, ya que establece que se facilitará la accesibilidad de los/as pacientes y cuidadora/es a los servicios de rehabilitación y fisioterapia en su propio entorno [17], ofertando preferentemente tratamientos y cuidados en domicilio [18]. Las líneas de actuación sanitaria para atender a este grupo de población [19] son el tratamiento domiciliario especializado, el apoyo a la atención a enfermos con gran limitación funcional y a cuidadores principales para instruirlo en el manejo del enfermo.

Para dar respuesta a todo lo anterior, en el Distrito Sanitario de Atención Primaria Levante-Alto Almanzora, adscrito al Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, que atiende a una población de 105.272 habitantes (según Base de Datos de Usuarios, año 2007), distribuida en

municipios con gran dispersión geográfica, se abrieron siete salas de fisioterapia.

Partiendo de la importancia ya establecida de la atención domiciliaria por parte de la medicina de familia y la enfermería [14, 4], se considera un reto para la fisioterapia el desarrollo de esta actividad en AP. El objetivo planteado fue conocer la atención domiciliaria realizada por el fisioterapeuta a enfermos y cuidadores, desde el inicio de la actividad.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, en tres Zonas Básicas de Salud (ZBS) del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería:

- La ZBS de Los Vélez: con una población de 11.215, atiende a 4 municipios: Vélez Rubio, Vélez Blanco, María, Chirivel.
- La ZBS de Albox: con una población de 18.812, atiende a 6 municipios: Albox, Cantoria, Oria, Partaloa, Arboleas y Albánchez.
- La ZBS de Serón: con una población de 7.204, atiende a 7 municipios: Serón, Tíjola, Armuña de Almanzora, Bayarque, Alcóntar, Bacares y Lúcar.

La población de estudio estaba constituida por pacientes y cuidadores que recibieron atención fisioterapéutica en el domicilio, tras valoración por el equipo multidisciplinar (médico de familia/rehabilitador y/o enfermero de familia/comunitario), en el periodo de Enero 2004 a Diciembre 2006.

Las patologías atendidas fueron: ACV, artrosis de cadera y/o rodilla, fractura de cadera, artroplastia de cadera, traumatismos, paciente pluripatológico y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Se definieron dos tipos de atención a pacientes en domicilio, según establece la Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria [19]:

Grupo 1 (G1): Tratamiento fisioterapéutico a pacientes con déficit susceptibles de reversión total o parcial y pacientes discapacitados con déficit establecidos susceptibles de incrementar su capacidad funcional.

Grupo 2 (G2): Atención a pacientes con gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida.

Los objetivos de tratamiento planteados, así como el plan de actuación fisioterapéutica para cada tipo de atención, se describen en la Tabla 1.

En ambos tipos de atención se indica apoyo y asesoramiento al cuidador/es sobre el manejo del enfermo. Aunque la guía de procedimientos establece que la actuación del fisioterapeuta en el domicilio debe dirigirse al cuidador principal, en nuestro caso se considera a todos los cuidadores, de ahí que se atendieran tanto al principal o informal, como al remunerado o formal. El tipo de atención prestada, así como el plan de intervención individual realizado se describen en la Tabla 2.

Se recomienda que el tiempo dedicado a la actividad asistencial sea de aproximadamente una hora; incluido el tiempo de desplazamiento (con una crona máxima de 20 minutos), aplicación del tratamiento y asesoramiento al cuidador si lo necesita.

Las variables estudiadas fueron:

- Del enfermo: edad, sexo, diagnóstico, municipio, fecha de derivación, profesional que deriva, tiempo de espera para tratamiento, tipo de tratamiento recibido, número de sesiones, situación al alta.
- Del cuidador: número de cuidadores identificados, familiar o remunerado, relación parental, nivel de estudios (sin estudios, leer-escribir, primarios, secundarios, superiores), ocupación y patología sentida resultado de su actividad, que se agrupó en patología osteoarticular y trastornos psicológicos.

Como fuentes de información se utilizaron: documento de derivación del médico rehabilitador o médico de familia, hoja de valoración de enfermería e historia clínica de fisioterapia.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS. Para variables cuantitativas se utilizó media, mediana y desviación estándar y para las variables cualitativas frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Recibieron tratamiento fisioterapéutico en el domicilio 58 pacientes. En 2004 se atendieron 9, 15 en 2005 y 33 en 2006. La edad de los pacientes osciló entre 20 y 96 años, con una media de 73,3 años, mediana de 75,5 y desviación estándar de 12,4.

La media de días de espera para la atención fisioterapéutica a domicilio fue de 3,7 días y 8 la de sesiones recibidas.

La patología atendida más frecuente fue ACV con un 46,6% (Gráfico 1). El 39,7% de los pacientes fueron derivados por el enfermero de enlace (73,3% para G2) y el 31% por el médico rehabilitador (44,4% para G1 y 50% para G1 y G2). Un 46,6% de los casos recibieron tratamiento fisioterapéutico específico G1 y en un 39,7% G2. Una vez finalizada la actuación del fisioterapeuta en el domicilio, el 63,8% de los pacientes recibieron el alta tras la consecución de los objetivos terapéuticos planteados, de ellos un 91,7% fueron pacientes pluripatológicos. Un 29,3% fueron derivados a las salas de fisioterapia para continuar su recuperación con tratamiento ambulatorio, de los cuales un 80% había presentado patología traumática (Tabla 3 y 4).

Para llevar a cabo la atención a estos pacientes, los fisioterapeutas se desplazaron a 10 municipios. 7 de los casos supusieron un desplazamiento fuera del municipio de ubicación de la sala, que osciló de 49 km., en el caso de Oria, a 12 km. en el caso de Vélez Blanco, con una media de 39 km. por desplazamiento (Gráfico 2).

Se atendieron y asesoraron en el domicilio a 77 cuidadores (100%), de ellos 56 eran cuidadores principales. El 60,3% de los pacientes contaba con un solo cuidador informal, el 36,2% tenían además un segundo cuidador formal y en el resto no se identificó cuidador. El perfil del cuidador principal fue mujer en un 91,4%, con una media de edad de 57,5 años, familiar de primer grado en un 82,1%. En un 44,8% sabían leer y escribir (Tabla 5). Un 34,5% refirió trastornos del aparato locomotor, un 8,6% trastornos psicológicos y el resto no indicó ninguna patología relacionada con la actividad cuidadora.

DISCUSIÓN

Desde la puesta en marcha del servicio de fisioterapia domiciliaria en el año 2004, se ha producido un aumento progresivo de pacientes atendidos, por sufrir algún tipo de discapacidad o déficit funcionales que dificultaban su traslado a los Centros de Salud para su tratamiento.

Nuestra área de influencia atiende en general a pacientes de edad avanzada, con enfermedades neurológicas y procesos crónicos invalidantes. La atención de estos pacientes se llevó a cabo de forma muy rápida, con una media de espera de pocos días tras el alta hospitalaria. Creemos que esto puede repercutir en una mejor recuperación funcional, en este sentido, hay autores que afirman, que la atención a pacientes que han sufrido una enfermedad incapacitante retrasada en el tiempo (más allá de 6 meses), conlleva una peor recuperación funcional y psicológica [20, 21].

La media de sesiones domiciliarias en nuestra zona es similar a la de los Equipos Móviles de Rehabilitación, que se pusieron en marcha en Andalucía, para la atención domiciliaria en las zonas urbanas [22].

El paciente con ACV fue el más atendido, en un porcentaje alto de casos el fisioterapeuta se desplazó al domicilio durante el tiempo que duró la recuperación funcional. Finalizada la actuación, se dio el alta a la mayoría de los casos tras la consecución de los objetivos terapéuticos planteados. La estrategia fundamental con estos pacientes estaba basada en potenciar la autonomía y prevenir la pérdida funcional. Como otros autores, pensamos que los pacientes con esta patología, que reciben terapia en sus domicilios, tienen más probabilidades de mantener en el tiempo las habilidades adquiridas [23].

Prácticamente todos los pacientes con patología traumática fueron derivados a las salas de fisioterapia una vez que tuvieron autonomía para desplazarse, tras una primera fase de recuperación más rápida en su domicilio. El bienestar psicológico secundario a este tipo de actuación precoz y cercana a su medio influye en la celeridad de dicha recuperación, como indican algunos autores [24]. Los pacientes que se recuperaban de una fractura de cadera obtuvieron resultados favorables tras la rehabilitación en el do-

micilio, ya que en su mayoría fueron dados de alta. Tal práctica parece mejorar independencia y confianza física para evitar las caídas que puede tener implicaciones en la longevidad y calidad de la vida [25].

La actuación en el paciente pluripatológico, con gran limitación funcional, finalizó casi siempre en el domicilio, una vez que se instruyó al cuidador principal en el tratamiento postural y movilizaciones, con el fin de mantener su estado físico y calidad de vida. Se le asesoró sobre el manejo del paciente con el objeto de prevenir la aparición de lesiones resultado de su actividad.

Compartimos la opinión de autores que afirman que la riqueza aportada por los profesionales de AP al sistema, se deduce en gran parte, de la capacidad de actuar como equipo [7]. En nuestro estudio se refleja que el médico de familia fue el profesional que en menor porcentaje solicitó nuestra actuación en el domicilio. Es aceptado que el médico es el profesional más cercano al paciente, con una visión multifactorial e integral de los cuidados, conocimientos técnicos y capacidad para activar y usar los recursos disponibles [26, 15]. Por lo tanto, este profesional podría desempeñar un papel clave favoreciendo la actuación del fisioterapeuta junto al EBAP con el fin de dar una atención integral a las necesidades y problemas de salud del enfermo, potenciando actuaciones encaminadas a conservar su independencia y funcionalidad [10, 7]. Se ha comprobado en otros estudios los beneficios de las intervenciones multidisciplinarias en el domicilio del paciente anciano tras el alta hospitalaria, comprobándose mejores resultados en salud, menor riesgo de deterioro y de rehospitalización [27].

Al desarrollarse nuestro estudio en una zona rural, con gran dispersión geográfica, un porcentaje importante de los pacientes incluidos en el programa residían en municipios distintos a la zona de ubicación de la sala. Como ya se ha visto, la atención a estos pacientes ha supuesto desplazamientos que, unidos al tiempo de tratamiento, pueden exceder la “hora teórica” asignada al paciente, de ahí que se considere importante cuantificar bien los recursos que supone esta atención para su uso racional [28, 8], con el fin de mejorar la planificación de la actividad.

En cuanto a los cuidadores, se ha podido comprobar, al igual que en otros estudios [9, 13, 29], que el perfil de la cuidadora principal es mujer, de mediana edad, con una relación parental directa, ama de casa en general, y que presenta, en un porcentaje importante, trastornos del aparato locomotor resultado de su actividad. Esta última información tiene algunas limitaciones, dado que se refiere a patología sentida por el cuidador y que fue obtenida como resultado de la entrevista realizada por el fisioterapeuta, no habiendo utilizado escalas formalizadas para su valoración.

Distintos estudios han profundizado en la sobrecarga física y emocional que supone asumir el rol de cuidador [30, 13, 29], lo que entraña un riesgo importante para su salud y calidad de vida. Son personas particularmente expuestas a accidentes raquídeos y lesiones del aparato locomotor, con una demanda importante de atención en consulta [31], de ahí que se considere primordial el apoyo al cuidador también desde el campo de la fisioterapia. De esta forma, junto a las actuaciones que ya se vienen realizando por los EBAP, relacionadas con el autocuidado, promoción de la salud y atención a los problemas específicos [12, 7, 8], proponemos poner en marcha actividades de formación grupal orientadas a cuidadores informales, desde el punto de vista de la terapia física. Esta formación podría permitirles conocer estrategias para enfrentarse de una manera adaptativa al cuidado, sobrellevar mejor la sensación de sobrecarga y aprender consejos prácticos que le ayuden a mejorar su calidad de vida, mediante el fomento de hábitos de vida saludables (Tabla 6).

Para concluir resumimos que se ha producido un aumento progresivo de pacientes y cuidadores que han requerido asistencia fisioterapéutica en domicilio, con una atención eficaz y temprana de su proceso. Se ha pretendido dar respuestas y soluciones, a las necesidades de salud del enfermo, cuidador y su entorno. Consideramos importante cuantificar los recursos que supone esta atención para mejorar la planificación de la actividad y ofrecer un valor añadido al servicio prestado, mediante la creación de actividades grupales de formación a cuidadores desde el servicio de fisioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerdà Plubins M, San Segundo Mozo R, Fernández Ferreras T, Muñoz Royo C, Molins Roca J. La rehabilitación en la red sociosanitaria. *Rehabilitación* 2004; 38:268-273.
2. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Envejecer en el siglo XXI. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2006; 21.
3. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2005; 14.
4. De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria* 2003; 31:587-91.
5. Marco JC, Menéndez S, Moreno M. Actitudes de médicos rehabilitadores y fisioterapeutas en el tratamiento del paciente anciano. *Fisioterapia* 2000; 22:42-56.
6. Instituto de Estadística de Andalucía (IEA). Longevidad y calidad de vida en Andalucía. Sevilla: Consejería de economía y hacienda; 2003.
7. Herrera Molina E, Villegas Portero R. Evolucionando hacia la atención domiciliaria. *Med fam Andal* 2000; 2:169-173.
8. Instituto Nacional de Salud (INSALUD). Programa de atención domiciliaria con equipo de soporte. Madrid: Ministerio de calidad y consumo; 1999.
9. Fernández M. Atención a las situaciones de dependencia en Andalucía: una visión panorámica. *Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales* 2006; 60:93-105.
10. García E. La Fisioterapia en el marco de los Servicios Sociales. *Rev iberoam fisioter kinesiol* 2001; 4:15-20
11. Bliss J. What do informal carers need from district nursing services?. *Br J Community Nurs* 2006; 1:251-6.
12. Montoro Fernández EF, Vázquez Arrondo MC, Muñoz-Cruzado Barba M, Sánchez Guerrero E, Guillén Romero F, Catalán Matamoros DJ. Intervención estratégica del fisioterapeuta en el entorno familiar del paciente discapacitado. *Fisioterapia* 2006; 28:35-40.
13. Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R, et al. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev Psiquiatría Fac Med Bar-na* 2000; 27:131-134.
14. Díaz-Cordovés Rego M, Ortiz Fernández MD, Ruiz San Basilio JM, Blancas Avilés MI, Torrejón Matías F, Zambrana Moral R. Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados. *Med fam Andal* 2005; 3:152-159.
15. Espinosa Almendro JM, De la Revilla Ahumada L. Una nueva estrategia de atención a las personas mayores basada en la Atención Familiar y en el Programa de Atención Domiciliaria. *Med fam Andal* 2002; 3:225-227.
16. Decreto 137/2002 de 30 de abril sobre el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2002; 52:7127-34.
17. Decreto 7/2004 de 20 de enero de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2004; 15:1895-96.
18. Orden de 9 de marzo de 2004 por la que se publica un texto integrado de los Decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero, y 7/2004, de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2004; 56:7043-50.
19. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Rehabilitación y fisioterapia en Atención Primaria: guía de procedimientos. Sevilla: Consejería de Salud; 2003.
20. Elliott D, McKinley S, Alison JA, Aitken LM, King MT. Study protocol: home-based physical rehabilitation for survivors of a critical illness. *Crit Care* 2006;10:90.
21. Anderson C, Ni Mhurchu C, Brown PM, Carter K. Stroke Rehabilitation Services to Accelerate Hospital Discharge and Provide

Home-Based Care: An Overview and Cost Analysis. *PharmacoEconomics* 2002; 20:537-552

22. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Información sobre la atención domiciliar con el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=1346>. Última actualización: Mayo de 2007.

23. Outpatient Service Trialists. Servicios de rehabilitación basados en terapias para pacientes con accidente cerebrovascular que viven en sus domicilios (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Última actualización: Febrero 2002.

24. Shepperd S, Iliffe S. Hospital domiciliario versus atención hospitalaria estándar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Última actualización: Mayo 2005.

25. Crotty M, Whitehead CH, Gray S, Finucane PM. Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional

improvements: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2002; 16:406-13.

26. Cuba Fuentes S, Suárez Bustamante M. Introducción a la Medicina Familiar. RAMPA 2006; 1:58-65.

27. Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department—the DEED II study. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:1417-23.

28. Baldwin M. The Warrington workload tool: determining its use in one trust. *Br J Community Nurs* 2006; 11:391-5.

29. Morales Payán JA, Muñoz Romero T, Bravo Vicente F, Iniesta López C, Montero Pérez FA, Olmos Rojo MC. Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. *Cent Salud* 2000; 8:714-718.

30. Ras Vidal E, Bascuñana Boix A, Ferrando López C, Martínez Ríaza D, Puig Ponsico G, Campo Estaun L. Repercusiones en el cuidador de los enfermos crónicos domiciliarios [cartas de investigación]. *Aten Primaria* 2006; 38.

31. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18:83-92.

Tabla 1: Objetivos terapéuticos y plan de actuación fisioterápica.

TIPO DE ATENCIÓN G1
<i>Prevenir las complicaciones del decúbito mediante:</i> Cambios posturales Tratamiento postural en decúbito y sedestación Fisioterapia respiratoria Ejercicios circulatorios
<i>Recuperar la movilidad articular y fuerza muscular mediante:</i> Movilizaciones articulares: pasivas, activas, autopasivas Tonificación muscular progresiva: isométricos, isotónicos Estiramientos analíticos y globales Técnicas de reeducación: kabat, bobath
<i>Recuperar el equilibrio y coordinación mediante:</i> Trasferencias de decúbito supino a lateral, supino a sedestación, sedestación a bipedestación Reeducación de las reacciones de equilibrio de tronco en sedestación y bipedestación Ejercicios de coordinación: bimanual, viso-manual...
<i>Reeducar la marcha mediante:</i> Inicio de la carga con apoyo progresivo Enseñanza de las transferencias de peso Reeducación de las reacciones de equilibrio Entrenamiento de marcha con andador, muletas, sin ayuda externa
TIPO DE ATENCIÓN G2
<i>Prevenir las complicaciones del decúbito mediante:</i> Cambios posturales Tratamiento postural en decúbito y sedestación, Masaje trófico, posiciones de declive
<i>Prevenir complicaciones respiratorias mediante:</i> Fisioterapia respiratoria Drenaje postural Técnicas de desobstrucción bronquial: clapping, vibraciones
<i>Prevenir la rigidez articular mediante:</i> Movilizaciones articulares Estiramientos musculares Posiciones articulares correctoras

Tabla 2:

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL A CUIDADORES
<i>Asesorar y formar en el cuidado del enfermo sobre:</i> Cambios posturales para prevenir la aparición de úlceras por presión, fomentando en todo momento la participación activa del paciente Movilizaciones articulares para prevenir la rigidez articular Transferencias para facilitar el manejo del enfermo Adaptaciones del entorno que ayuden al cuidador a atender con mayor facilidad y con el menor esfuerzo posible al enfermo Posiciones de drenaje, masaje circulatorio... para prevenir la aparición de trastornos tróficos y respiratorios Secuelas o trastornos que presente el enfermo, con el fin de paliar los efectos de la enfermedad y evitar que se produzcan otras alteraciones Ejercicios pautados, adaptados a la situación de cada patología Necesidad de fomentar la sedestación y bipedestación precoz, y apoyo a la deambulación Prevención y actuaciones frente a las caídas
<i>Asesorar y formar en el cuidado personal sobre:</i> Cuidado de la espalda y economía articular en la manipulación del enfermo y actividades de la vida diaria Aspectos generales: fomento del ejercicio físico regular, hábitos de vida saludables,...
<i>Asesorar en caso necesario, junto a Enfermero de Enlace, en la selección de ayudas técnicas para cuidadores y pacientes con problemas de movilidad</i>

Tabla 3: Relación entre el diagnóstico y las variables profesional que deriva, tratamiento y situación a la finalización de la atención fisioterapéutica en el domicilio

Diagnóstico	Profesional que deriva			Tratamiento			Finalización de la atención		
	EE	MF	MR	G1	G2	G1 y G2	Alta	Sala	Exitus
ACV									
Nº casos	11	7	9	12	10	5	18	6	3
Porcentaje	40,7%	25,9%	33,3%	44,4%	37%	18,5%	66,7%	22,2%	11,1%
Artrosis cadera y/o rodilla									
Nº casos	1	0	0	0	1	0	0	1	0
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%
Artroplastia cadera									
Nº casos	0	2	0	1	1	0	1	1	0
Porcentaje	0%	100%	0%	50%	50%	0%	50%	50%	0%
Fractura cadera									
Nº casos	4	1	2	4	3	0	5	2	0
Porcentaje	57,1%	14,3%	28,6%	57,1%	42,9%	0%	71,4%	28,6%	0%
EPOC									
Nº casos	2	1	1	2	2	0	1	2	1
Porcentaje	50%	25%	25%	50%	50%	0%	25%	50%	25%
Pluripatológico									
Nº casos	5	5	2	3	6	3	11	1	0
Porcentaje	41,7%	41,7%	16,7%	25%	50%	25%	91,7%	8,3%	0%
Traumatismos									
Nº casos	0	1	4	5	0	0	1	4	0
Porcentaje	0%	20%	80%	100%	0%	0%	20%	80%	0%
Total									
Nº casos	23	17	18	27	23	8	37	17	4
Porcentaje	39,7%	29,3%	31%	46,6%	39,7%	13,8%	63,8%	29,3%	6,9%

EE (enfermero de enlace); **MF** (médico de familia); **MR** (médico rehabilitador); **G1** (tratamiento fisioterapéutico); **G2** (atención a enfermos con gran limitación funcional); **G1 y G2** (ambos tratamientos); **Sala** (derivación a sala para continuar tratamiento); **ACV** (accidente cerebro vascular); **EPOC** (enfermedad obstructiva pulmonar crónica)

Tabla 4: Relación entre tipo de tratamiento y las variables profesional que deriva y situación a la finalización de la atención fisioterapéutica en el domicilio

Tratamiento	Profesional que deriva			Finalización de la atención		
	EE	MF	MR	Alta	Sala	Exitus
G1						
Nº casos	5	10	12	14	10	3
Porcentaje	18,5%	37%	44,4%	51,9%	37%	11,1%
G2						
Nº casos	17	4	2	19	4	0
Porcentaje	73,9%	17,5%	8,7%	82,6%	17,4%	0%
G1 y G2						
Nº casos	1	3	4	4	3	1
Porcentaje	12,5%	37,5%	50%	50%	37,5%	12,5%
Total						
Nº casos	23	17	18	37	17	4
Porcentaje	39,7%	29,3%	31%	63,8%	29,3%	6,9%

G1 (tratamiento fisioterapéutico); **G2** (atención a enfermos con gran limitación funcional); **G1 y G2** (ambos tratamientos); **EE** (enfermero de enlace); **MF** (médico de familia); **MR** (médico rehabilitador); **Sala** (derivación a sala para continuar tratamiento)

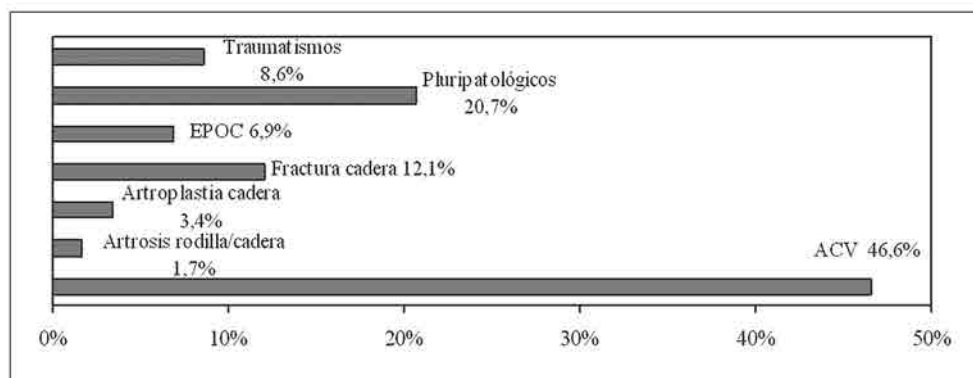
Tabla 5: Características sociodemográficas del cuidador principal (N=56).

Variables	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Sexo		
Mujer	53	94,6%
Hombre	3	5,4%
Tipo de cuidador		
Familiar	47	83,9%
Remunerado	9	16,1%
Tipo de relación familiar		
Madre	2	3,6%
Hija	20	35,7%
Hijo	1	1,8%
Mujer	16	28,6%
Marido	2	3,6%
Hermana	5	8,9%
Nuera	1	1,8%
No familiar	9	16,1%
Nivel de estudios		
Sin estudios	5	8,9%
Leer y escribir	26	46,4%
Estudios primarios	12	21,4%
Estudios secundarios	13	23,2%
Ocupación del cuidador		
Solo cuidador	16	28,6%
Sus labores	32	57,1%
Trabajo fuera del domicilio	8	14,3%

Tabla 6:

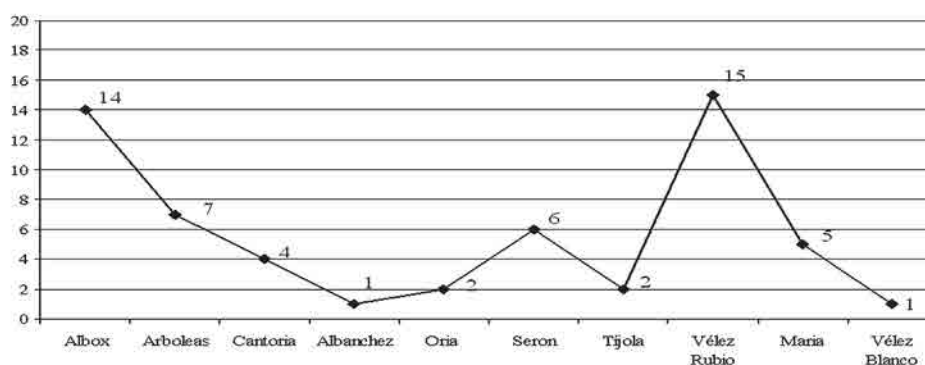
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA CUIDADORES PRINCIPALES
<i>Aprendizaje de técnicas de relajación (tipo Jacobson) y ejercicios respiratorios</i>
<i>Puesta en práctica de programa de ejercicios de mantenimiento, para fomentar la práctica de ejercicio físico regular, mediante el aprendizaje de:</i>
Ejercicios de movilidad articular
Ejercicios de flexibilidad articular
Ejercicios de coordinación y equilibrio
Ejercicios circulatorios
<i>Formación en el autocuidado, mediante la formación y el asesoramiento en:</i>
Medidas generales: descanso, calzado, ejercicio físico....
Nommas de higiene postural raquídea y articular para las actividades de la vida diaria
Patologías prevalentes (osteomuscular, osteoporosis, fibromialgia), y recomendaciones para mejorar su calidad de vida: ejercicios pautados, economía articular y prevención y atención de complicaciones.
Atención a la incontinencia urinaria: ejercicio de kegel, conos vaginales, diario miccional...

Gráfico 1. Pacientes atendidos en el domicilio por el fisioterapeuta según diagnóstico.



EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica); ACV (accidente cerebro vascular)

Gráfico 2. Pacientes atendidos en el domicilio según el municipio al que se tuvo que desplazar el fisioterapeuta.



Distancia ida y vuelta en kilómetros desde la sala a cada municipio de referencia:

Sala de Albox a: Arboleas: 17; Cantoria: 25; Albarchez: 33; Oria: 49. **Sala de Serón a:** Tijola: 16. **Sala de Vélez Rubio a:** Vélez Blanco: 12; María: 30.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Revisión de la clasificación y el tratamiento del asma

Gregorio Arenas EM¹, Moratalla López E², Montes Ruiz-Cabello M³, Sarrasqueta Baquidano JJ⁴¹ Médico de Familia. Centro de Salud Pinos Puente, Granada² Médico de Familia. Centro de Salud Cartuja, Granada³ FEA Neumología. Hospital Inmaculada, Huerca-Olvera, Almería⁴ Médico de Familia. MIR 1 Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia

CLASIFICACIÓN

Desde el año 2006 tras la publicación del documento de consenso GINA (Global Initiative for Asthma) aparece una nueva clasificación del asma basada en el nivel de control de la enfermedad, que se expone en la siguiente tabla:

	Asma bien controlado (todos los siguientes)	Asma parcialmente controlado (cualquier medida presente en cualquier semana)	Asma mal controlado
Síntomas diurnos	Ninguno (2 o menos / semana)	Más de 2 / semana	3 o más características de asma parcialmente controlada presentes.
Limitación de actividad	Ninguno	Cualquiera	
Síntomas nocturnos o despertares	Ninguno	Cualquiera	
Necesidad de alivio/ tratamiento de rescate	Ninguno (2 o menos / semana)	Más de 2 / semana	
Función pulmonar (PEF o FEV1)	Normal	< 80% predicho o mejor personal	
Exacerbaciones	Ninguno	Una o más / año	Una en cualquier semana

No obstante, en la actualidad, hasta conseguir una clasificación del asma consensuada y validada a nivel mundial, sigue vigente la clasificación basada en la gravedad, que se expone en la siguiente tabla:

	Síntomas diurnos	Síntomas nocturnos	Función pulmonar
Intermitente	2 días/semana Asintomático entre crisis	2 veces al mes	FEM o FEV1 > 80% teórico Variabilidad < 20%
Persistente leve	Más de 2 días a la semana, pero no diario	Más de 2 veces al mes	FEM o FEV1 > 80% teórico Variabilidad 20-30%
Persistente moderado	Síntomas diarios que afectan a la vida normal y el sueño	Más de una vez a la semana	FEM o FEV1 60-80% teórico Variabilidad > 30%
Persistente grave	Continuos Crisis frecuentes Actividad diaria muy alterada	Casi diarios	FEM o FEV1 < 60% teórico Variabilidad > 30%

TRATAMIENTO

Normas generales

1. El tratamiento del asma debe ajustarse según el nivel de control del paciente.
2. Si la enfermedad no está controlada con el tratamiento habitual, debe aumentarse el escalón terapéutico hasta obtener el control.
3. Si el control se mantiene durante al menos 3 meses, la terapia debe reducirse hasta alcanzar el escalón más bajo y la menor dosis de fármacos que permita mantener el control.
4. Si el asma está parcialmente controlado, se aumentará el tratamiento. En este caso deberemos tener en cuenta:

- Cúal es la opción terapéutica más efectiva.
- La seguridad y el coste de las distintas alternativas terapéuticas.

Correspondencia: Enrique Moratalla López
Centro de Salud Cartuja. Avda. Casería del Cerro, s/n
18013 Granada
Tlfno.: 958 15 20 16
E-mail: enmolo@hotmail.com

Med fam Andal; 2: 110-114

- La satisfacción del paciente con el nivel de control alcanzado.

5. Una vez realizado el diagnóstico de asma es muy importante explicar en qué consiste la enfermedad, la variabilidad que tiene así como el carácter crónico de la misma, cuales son los síntomas cotidianos y cuales los de agudización con objeto de evitar un deterioro clínico grave, hacer entender que la medicación se irá ajustando en función del control de los síntomas. De este modo, el paciente mejor que nadie, conocerá el control de su enfermedad y facilitará la labor del médico.

6. Otro aspecto importante es explicar in situ la técnica inhalatoria y después comprobar que se realiza correctamente, ya que una causa frecuente de no conseguir un buen control es la incorrecta realización del tratamiento inhalado. Para ello es crucial escoger el inhalador que mejor se adapte al paciente. (Ej: en pacientes ancianos estaría más indicado emplear un cartucho presurizado acoplado a una cámara de inhalación ya que no tenemos garantías de que la técnica turbuhaler la realice correctamente).

7. En caso de asma extrínseco, se deben dar medidas generales de evitación: no fumar y evitar la exposición al humo, el exponerse al polvo de la casa y a otros irritantes, el contacto con animales domésticos, el uso de fármacos que puedan producir asma.

Medidas farmacológicas

Escalón 1. Medicación de rescate a demanda

Indicado en aquellos pacientes asmáticos no tratados que presentan síntomas diurnos ocasionales (tos, sibilancias o disnea como máximo dos veces por semana o menos frecuentemente si se trata de síntomas nocturnos), de corta duración (sólo unas pocas horas). Entre estos episodios, el paciente se encuentra asintomático, tiene una función pulmonar normal y no presenta despertares nocturnos. Si los síntomas aparecen más frecuentemente y/o empeoran de manera periódica, nos encontraríamos en un escalón superior.

La opción terapéutica indicada sería un agonista B_2 adrenérgico de acción rápida como tratamiento de rescate (evidencia A). No se aconseja el empleo diario de medicación antiinflamatoria alguna.

Escalón 2. Medicación de rescate más un tratamiento controlador único

A partir de aquí se recomienda iniciar un tratamiento antiinflamatorio. Los glucocorticoides inhalados a dosis bajas se consideran de elección en todas las edades (evidencia A).

Los antagonistas de los receptores de los leucotrienos se pueden usar como alternativa terapéutica cuando el incumplimiento sea evidente, la técnica inhalatoria sea defectuosa, aparezcan efectos secundarios en la vía aérea o exista cualquier otra situación que impida la administración de estos fármacos y en los enfermos que padecen una rinitis alérgica concomitante (evidencia C).

No se recomienda el empleo como tratamiento inicial o de primera línea en este escalón de tratamiento las teofilinas de liberación retardada ni las cromonas.

Deben usarse como fármacos de rescate los agentes B_2 adrenérgicos de corta duración por vía inhalatoria a demanda.

Dosis equipotentes diarias estimadas para los diversos esteroides inhalados existentes en el mercado			
Fármaco	Dosis bajas (μ g)	Dosis medias (μ g)	Dosis altas (μ g)
Beclometasona	200-500	> 500-100	> 1000-2000
Budesonida	200-400	> 400-800	> 800-1600
Fluticasona	100-250	> 250-500	> 500-1000
Ciclesonida	80-160	> 160-320	> 320-1280
Flunisolida	500-1000	> 1000-2000	> 2000
Mometasona	200-400	> 400-800	> 800
Ac. triamcinolona	400-1000	> 1000-2000	> 2000

Escalón 3. Medicación de rescate más 1 ó 2 fármacos controladores

Aquí la opción más recomendada para adolescentes y adultos, además de los agonistas B_2 adrenérgicos de corta duración por vía inhalatoria

como medicación de rescate, es la combinación de un glucocorticoide inhalado a dosis bajas con un agonista B_2 adrenérgico inhalado de acción prolongada, por separado o ambos en un único dispositivo, que mejora el cumplimiento y asegura la toma de ambas medicaciones (evidencia A). Debido al efecto aditivo de esta asociación, suele ser suficiente una dosis baja de glucocorticoide inhalado. Sin embargo, si no se alcanza el control en 3 ó 4 meses puede incrementarse la dosis (evidencia A).

El agonista B_2 adrenérgico de acción prolongada formoterol, posee un inicio de acción rápido cuando se administra sólo o combinado con la budesonida en un único inhalador y ha demostrado ser tan efectivo como los agonistas B_2 adrenérgicos de acción corta en la exacerbación aguda del asma, lo que posibilita su uso tanto en crisis agudas como durante el tratamiento de fondo, favoreciendo la reducción de las exacerbaciones y proporcionando una mejoría en el control del asma en adolescentes y adultos a dosis relativamente bajas de tratamiento (evidencia A). No obstante, no se recomienda su uso como medicación aliviadora en monoterapia.

Otra opción terapéutica en este escalón es la combinación de corticoides inhalados a dosis bajas con antagonistas de los receptores de los leucotrienos (evidencia A). De modo alternativo se podrían utilizar teofilinas de liberación retardada.

Escalón 4. Medicación de rescate más 2 ó más tratamientos controladores

El tratamiento indicado es una combinación de glucocorticoides inhalados a dosis medias o altas con un agonista B_2 adrenérgico de acción larga, pero el aumento de los glucocorticoides inhalados proporciona pocos efectos adicionales (evidencia A) y su uso prolongado se asocia a un aumento potencial de los efectos adversos. Habitualmente se recomienda administrar dosis altas en periodos de 3 a 6 meses, cuando no se alcanza el control con dosis medias de estos agentes empleados en combinación con un agonista B_2 adrenérgico inhalado de acción prolongada y un tercer medicamento controlador, ya sea un antagonista de los receptores de los

leucotrienos o una teofilina de liberación sostenida (evidencia B). Cuando se usan dosis medias y altas de glucocorticoides inhalados se suelen administrar 2 veces al día (evidencia A). Sin embargo, cuando se emplea budesonida, puede mejorarse la eficacia cuando se emplea con una mayor frecuencia (4 veces al día) (evidencia B).

También se pueden obtener buenos resultados terapéuticos con el uso combinado de antagonistas de los receptores de los leucotrienos con dosis medias o altas de glucocorticoides inhalados (evidencia A), aunque generalmente menos de los que se alcanzan cuando se añaden agonistas B_2 adrenérgicos de larga duración (evidencia A). Por otra parte, se puede obtener una mejoría terapéutica adicional asociando teofilina de liberación sostenida a dosis bajas a la combinación de glucocorticoides inhalados a dosis medias o altas y agonistas B_2 adrenérgicos de acción prolongada (evidencia B).

Escalón 5. Medicación de rescate más opciones de controladores adicionales

Cuando el asma permanece severamente descontrolado a pesar de la medicación del escalón 4, con limitación para las actividades de la vida diaria y con exacerbaciones frecuentes se considera asma difícil de tratar. En este caso habría que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Confirmar el diagnóstico de asma.
- Valorar el cumplimiento del tratamiento.
- Investigar el antecedente de tabaquismo actual o previo.
- Evaluar la existencia de enfermedades asociadas que pueden agravar el asma, como sinusitis crónica, reflujo gastroesofágico, apnea obstructiva del sueño o determinadas enfermedades psicológicas o psiquiátricas.

El uso de glucocorticoides orales en combinación con otros tratamientos controladores puede ser efectivo (evidencia D) pero se asocia con la aparición de efectos adversos más importantes (evidencia A).

En pacientes con asma alérgica grave mal controlados con las opciones terapéuticas habituales puede considerarse el empleo del omalizumab, un anticuerpo monoclonal humanizado frente a la IgE, que se combina con la IgE libre disminuyendo sus niveles y, por lo tanto, interrumpiendo precozmente la cascada alérgica. En los diferentes estudios que se han realizado se ha puesto de manifiesto que disminuye las exacerbaciones y permite reducir el uso de otros fármacos.

Escalón 1	Escalón 2	Escalón 3	Escalón 4	Escalón 5
Educación sobre el asma				
Control ambiental				
Agonista β_2 de acción rápida a demanda				
Opciones de control	Seccionar uno	Añadir uno o más		
	GCI* bajas dosis	GCI* bajas dosis + Agonista β_2 de acción prolongada	GCI* medias o altas dosis + Agonista β_2 de acción prolongada	GC oral (dosis mínimas)
	Modificadores de leucotrienos	GCI* medias o altas dosis	Modificadores de los leucotrienos	Tratamiento Anti-IgE
		GCI* bajas dosis + modificadores de leucotrienos	Teofilina de liberación sostenida	
		GCI* bajas dosis + teofilina de liberación sostenida		

GCI = Glucocorticoides Inhalados

Tratamiento de mantenimiento

Una vez controlado el asma es fundamental realizar revisiones periódicas que permitan mantener dicho control en el escalón terapéutico más bajo posible y a la menor dosis necesaria.

El control de la enfermedad se puede obtener con diversas opciones terapéuticas y la estrategia de reducción variará según el fármaco empleado:

1. En los casos en los que el control del asma se haya conseguido con sólo un glucocorticoide inhalado como terapia de mantenimiento, la estrategia de reducción dependerá de la dosis. Si ésta es media o alta debería intentarse una reducción a la mitad cada 3 meses (evidencia B). Si la dosis es baja, el tratamiento puede cambiarse a una sola administración diaria (evidencia A).

2. Cuando el asma se controla con una combinación de glucocorticoides inhalados y agonista adrenérgicos $\hat{a}_2$ de acción prolonga-

da, se recomienda comenzar a reducir la dosis de los primeros a la mitad mientras se continúa el tratamiento con los segundos (evidencia B). Si se mantiene el control, se reducen paulatinamente los glucocorticoides inhalados hasta alcanzar una dosis baja, momento en el que se pueden suspender los agonistas $\hat{a}_2$ adrenérgicos de acción prolongada (evidencia D). Otra opción es cambiar el tratamiento combinado a una sola dosis diaria. Otra posibilidad consiste en suspender los agonistas $\hat{a}_2$ adrenérgicos de acción prolongada de modo precoz y sustituir el tratamiento combinado por glucocorticoides inhalados en monoterapia, a la misma dosis contenida en el inhalador de combinación, pero en algunos casos se puede producir un mal control de la enfermedad (evidencia B).

3. Cuando el asma está controlado con glucocorticoides inhalados en combinación con otros broncodilatadores distintos a los agonistas $\hat{a}_2$ adrenérgicos de acción larga, se recomienda reducir la dosis de glucocorticoides inhalados a la mitad hasta llegar a una dosis baja. A continuación debería disminuirse el tratamiento combinado tal y como se ha comentado anteriormente (evidencia D). En cualquier caso, el tratamiento de mantenimiento cesará cuando los síntomas del paciente se encuentran controlados con la dosis más baja de fármacos controladores y no exista recurrencia durante un periodo de 1 año (evidencia D).

Por el contrario podemos encontrarnos ante situaciones en las que se deba modificar el tratamiento por una pérdida de control del asma. Ante estos casos se pueden emplear diversas opciones terapéuticas:

1. Broncodilatadores agonistas $\hat{a}_2$ adrenérgicos de inicio rápido, de corta o larga duración de acción. Dosis repetidas de estos fármacos proporcionan mejoría temporal hasta que se controla la causa del empeoramiento de los síntomas.

2. Glucocorticoides inhalados. La opción de doblar la dosis de glucocorticoides inhalados no es efectiva, por lo que no se recomienda (evidencia A). No obstante, incrementar 4 ó más veces la dosis equivale a un curso corto de glucocorticoides vía oral (evidencia A). La dosis más alta se mantendrá durante 7-14 días.

3. Combinación de glucocorticoides inhalados y broncodilatadores inhalados de inicio rápido y larga acción. Una opción terapéutica efectiva para mantener el control del asma y reducir las exacerbaciones que requieren tratamiento con esteroides sistémicos y hospitalización es el uso de la combinación de formoterol y budesónida en un único inhalador, tanto para rescate como para mantenimiento. El beneficio en prevenir las agudizaciones de la enfermedad parece ser la consecuencia de una intervención temprana, en un estadio muy precoz.

El tratamiento habitual de la exacerbación aguda del asma consiste en el uso combinado de un agonista β_2 adrenérgico a una dosis elevada junto con un ciclo de glucocorticoides sistémicos, por vía oral o intravenosa. Después se retoma el tratamiento de mantenimiento que tenía el paciente, salvo que la exacerbación sea causa de un mal control debido a un infratratamiento crónico. En este caso, se comprobará que la técnica de inhalación sea la apropiada, y se incrementará el tratamiento bien aumentando la dosis o el número de controladores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for Asthma Management and Prevention 2007 (updated). Disponible en <http://www.ginasthma.org>
2. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for Asthma Management and Prevention: NHLBI/WHO Workshop Report. National Institutes for Health Revisión 2006. Disponible en <http://www.ginasthma.com>
3. Stolle Arranz RM. Asma bronquial. AMF 2006; 2: 63-73.
4. Plaza V, Alvarez FJ, Casán P, Cobos N, López A, Llauguer MA, et al. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Arch Bronconeumol 2003; 39(Supl 5): 3-42. Disponible en <http://www.gemasma.com>
5. Grupo de Respiratorio SAMFyC. Guía de práctica clínica basada en la evidencia: El asma en atención primaria. Granada: ed. SAMFyC; 2001.

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de enero a 31 de abril de 2008)

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

Médicos de Familia

Los artículos, publicados entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2008, 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.

Gregg J, Solotaroff R, Amann T, Michael Y, Bowen J. Health and disease in context: a community-based social medicine curriculum. *Acad Med.* 2008; 83: 14-19 [AO,I]

Berger JT. The influence of physicians' demographic characteristics and their patients' demographic characteristics on phy-

sician practice: implications for education and research. *Acad Med.* 2008; 83: 100-105 [AO,I]

González P, de Benedetto MA, Ramírez I. El arte de curar: el médico como placebo. *Aten Primaria.* 2008; 40: 93-95 [AO,I]

Costa AM, Almendro C, García S, Ordovás R. El paciente. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? *Aten Primaria.* 2008; 40: 97-99 [R,I]

Boutin-Foster C, Foster JC, Konopasek L. Viewpoint: physician, know thyself: the professional culture of medicine as a framework for teaching cultural competence. *Acad Med.* 2008; 83: 106-111 [AO,I]

Gillam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *BMJ.* 2008; 336: 536-538 [AO,II]

Gofin J, Foz G. Training and application of community-oriented primary care (COPC) through family medicine in Catalonia, Spain. *Fam Med.* 2008; 40: 196-202 [AO,I]

Kostopoulou O. Do GPs report diagnostic errors? *Fam Pract.* 2008; 25: 1-2 [AO,I]

O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. *Fam Pract.* 2008; 25: 20-26 [C,I]

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

Rosen IM, Maurer DM. Reducing tobacco use in adolescents. *Am Fam Physician.* 2008; 77: 483-490, 491-492 [R,II]

Farrelly MC, Pechacek TF, Thomas KY, Nelson D. The impact of tobacco control programs on adult smoking. *Am J Public Health.* 2008; 98: 304-309 [QE,II]

Parikh NI, Pencina MJ, Wang TJ, Benjamin EJ, Lanier KJ, Levy D, et al. A risk score for predicting near-term incidence of hypertension: the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med.* 2008; 148: 102-110 [S,I]

Curtis LH, Whellan DJ, Hammill BG, Hernandez AF, Anstrom KJ, Shea AM, et al. Incidence and prevalence of heart failure in elderly persons, 1994-2003. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 418-424 [S,I]

Peterson ED. Is information the answer for hypertension control? *Arch Intern Med.* 2008; 168: 259-260 [AO,I]

Sahlin C, Sandberg O, Gustafson Y, Bucht G, Carlberg B, Stenlund H, et al. Obstructive sleep apnea is a risk factor for death in

- patients with stroke: a 10-year follow-up. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 297-301 [S,I]
- Horvath K, Jeitler K, Siering U, Stich AK, Skipka G, Gratzner TW, et al. Long-term effects of weight-reducing interventions in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 571-580 [M,II]
- Villalbí JR, Daban F, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Abandono y prevalencia del tabaquismo: sexo, clase social y atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 2008; 40: 87-92 [T,I]
- Bolland MJ, Barber PA, Doughty RN, Mason B, Horne A, Ames R, et al. Vascular events in healthy older women receiving calcium supplementation: randomised controlled trial. *BMJ.* 2008; 336: 262-266 [EC,II]
- Donner-Banzhoff N, Sönnichsen A. Strategies for prescribing statins. *BMJ.* 2008; 336: 288-289 [AO,II]
- Rodgers H, Thomson R. Functional status and long term outcome of stroke. *BMJ.* 2008; 336: 337-338 [AO,I]
- Slot KB, Berge E, Dorman P, Lewis S, Dennis M, Sandercock P. Oxfordshire Community Stroke Project, the International Stroke Trial (UK); Lothian Stroke Register. Impact of functional status at six months on long term survival in patients with ischaemic stroke: prospective cohort studies. *BMJ.* 2008; 336: 376-379 [S,I]
- Bize R, Cornuz J. Incentives to quit smoking in primary care. *BMJ.* 2008; 336: 567-568 [AO,I]
- Lip GY. Don't add aspirin for associated stable vascular disease in a patient with atrial fibrillation receiving anticoagulation. *BMJ.* 2008; 336: 614-615 [R,I]
- Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *BMJ.* 2008; 336: 598-600 [EC,II]
- Superko HR, King S 3rd. Lipid management to reduce cardiovascular risk: a new strategy is required. *Circulation.* 2008; 117: 560-568 [R,I]
- Grundey SM. Promise of low-density lipoprotein-lowering therapy for primary and secondary prevention. *Circulation.* 2008; 117: 569-573 [AO,I]
- Conte MS. Buflomedil in peripheral arterial disease: trials and tribulations. *Circulation.* 2008; 117: 717-719 [AO,I]
- D'Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation.* 2008; 117: 743-753 [S,II]
- Lutsey PL, Steffen LM, Stevens J. Dietary intake and the development of the metabolic syndrome: the Atherosclerosis Risk in Communities study. *Circulation.* 2008; 117: 754-761 [S,I]
- Leizorovicz A, Becker F, Limbs International Medicinal Buflomedil (LIMB) Study Group. Oral buflomedil in the prevention of cardiovascular events in patients with peripheral arterial obstructive disease: a randomized, placebo-controlled, 4-year study. *Circulation.* 2008; 117: 816-822 [EC,I]
- Nguyen JT, Benditt DG. Atrial fibrillation susceptibility in metabolic syndrome: simply the sum of its parts? *Circulation.* 2008; 117: 1249-1251 [AO,I]
- Watanabe H, Tanabe N, Watanabe T, Darbar D, Roden DM, Sasaki S, et al. Metabolic syndrome and risk of development of atrial fibrillation: the Niigata preventive medicine study. *Circulation.* 2008; 117: 1255-1260 [S,I]
- Gottlieb I, Lima JA. Screening high-risk patients with computed tomography angiography. *Circulation.* 2008; 117: 1318-1332 [EC,II]
- Kramer CM. All high-risk patients should not be screened with computed tomographic angiography. *Circulation.* 2008; 117: 1333-1339 [AO,I]
- Heisler M. Actively engaging patients in treatment decision making and monitoring as a strategy to improve hypertension outcomes in diabetes mellitus. *Circulation.* 2008; 117: 1355-1357 [AO,I]
- Naik AD, Kallen MA, Walder A, Street RL. Improving hypertension control in diabetes mellitus: the effects of collaborative and proactive health communication. *Circulation.* 2008; 117: 1361-1368 [T,I]
- Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation.* 2008; 117: 125-146 [T,I]
- Suissa S. Mortality benefit from unrestricted access to clopidogrel: too good to be true? *CMAJ.* 2008; 178: 425-427 [AO,I]
- Josán K, Majumdar SR, McAlister FA. The efficacy and safety of intensive statin therapy: a meta-analysis of randomized trials. *CMAJ.* 2008; 178: 576-584 [M,II]
- Ma G, Sabin N, Dawes M. A comparison of blood pressure measurement over a sleeved arm versus a bare arm. *CMAJ.* 2008; 178: 585-589 [EC,I]
- McKay DW. Measuring blood pressure: a call to bare arms? *CMAJ.* 2008; 178: 591-593 [AO,I]
- Black HR, Davis B, Barzilay J, Nwachuku C, Baimbridge C, Marginean H, et al. Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. Metabolic and clinical outcomes in nondiabetic individuals with the metabolic syndrome assigned to chlorthalidone, amlodipine, or lisinopril as initial treatment for hypertension: a report from the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *Diabetes Care.* 2008; 31: 353-360 [EC,II]
- Cubbon RM, Gale CP, Rajwani A, Abbas A, Morrell C, Das R, et al. Aspirin and mortality in patients with diabetes sustaining acute coronary syndrome. *Diabetes Care.* 2008; 31: 363-365 [S,I]
- Enoxaparin: a review of its use in ST-segment elevation myocardial infarction. *Drugs.* 2008; 68: 691-710 [R,I]
- Turpie AG. New oral anticoagulants in atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2008; 29: 155-165 [AO,I]
- Wassink AM, van der Graaf Y, Olijhoek JK, Visseren FL; for the SMART Study Group. Metabolic syndrome and the risk of new vascular events and all-cause mortality in patients with coronary artery disease, cerebrovascular disease, peripheral arterial disease or abdominal aortic aneurysm. *Eur Heart J.* 2008; 29: 213-223 [S,I]

- Mellbin LG, Malmberg K, Norhammar A, Wedel H, Rydén L; for the DIGAMI 2 Investigators. The impact of glucose lowering treatment on long-term prognosis in patients with type 2 diabetes and myocardial infarction: a report from the DIGAMI 2 trial. *Eur Heart J*. 2008; 29: 166-176 [S,I]
- Holdaas H. Statin therapy for prevention of coronary artery disease. The earlier the better or the longer the better? *Eur Heart J*. 2008; 29: 425-426 [AO,I]
- Smulders YM, Thijs A, Twisk JW. New cardiovascular risk determinants do exist and are clinically useful. *Eur Heart J*. 2008; 29: 436-440 [AO,I]
- Wang TJ. New cardiovascular risk factors exist, but are they clinically useful? *Eur Heart J*. 2008; 29: 441-444 [R,I]
- Sever PS, Poulter NR, Dahlof B, Wedel H, Beevers G, Caulfield M, et al; ASCOT Investigators. The Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial lipid lowering arm: extended observations 2 years after trial closure. *Eur Heart J*. 2008; 29: 499-508 [EC,II]
- Yarnell J. Stress at work: an independent risk factor for coronary heart disease? *Eur Heart J*. 2008; 29: 579-580 [AO,I]
- Chandola T, Britton A, Brunner E, Hemingway H, Malik M, Kumari M, et al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *Eur Heart J*. 2008; 29: 640-648 [T,I]
- Visseren FL. Vascular consequences of metabolic syndrome in early life. *Eur Heart J*. 2008; 29: 693-694 [AO,I]
- Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18 686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet*. 2008; 371: 117-125 [M,II]
- Go AS, Singer DE. Stroke prevention in atrial fibrillation: another step sideways. *Lancet*. 2008; 371: 278-280 [AO,I]
- Samuelsson O, Herlitz H. Vaccination against high blood pressure: a new strategy. *Lancet*. 2008; 371: 788-789 [AO,I]
- Tissot AC, Maurer P, Nussberger J, Sabat R, Pfister T, Ignatenko S, et al. Effect of immunisation against angiotensin II with CYT006-AngQb on ambulatory blood pressure: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase IIa study. *Lancet*. 2008; 371: 821-827 [EC,II]
- Mendis S, Mohan V. Non-laboratory-based prediction of cardiovascular risk. *Lancet*. 2008; 371: 878-879 [AO,I]
- Gaziano TA, Young CR, Fitzmaurice G, Atwood S, Gaziano JM. Laboratory-based versus non-laboratory-based method for assessment of cardiovascular disease risk: the NHANES I Follow-up Study cohort. *Lancet*. 2008; 371: 923-931 [S,I]
- Marqués M, Parra D, Kiely M, Bandarra N, Thorsdottir I, Martínez JA. Inclusión de ácidos grasos omega-3 en una dieta hipocalórica para mejorar el efecto en el perfil de lípidos circulantes. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 10-12 [EC,I]
- Galve E. Fármacos antialdosterónicos: su papel en la insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 30-34 [R,I]
- Prevalencia y características clínicas de la microalbuminuria en la población española con hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 201-205 [T,I]
- Robles NR, Mena C, Velasco J, Angulo E, Garrote T, García F. Riesgo cardiovascular asociado a microalbuminuria en pacientes diabéticos y en pacientes con hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 206-209 [T,I]
- Rus C, Mesa D, Suárez de Lezo J, Rodríguez A, Durán C, Delgado M. Utilidad del ecocardiograma transesofágico en pacientes jóvenes con ictus de origen desconocido y bajo riesgo cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 241-245 [S,I]
- García AJ, Morata F, Montesinos AC. Uso racional y eficiente del tratamiento hipocolesterolemizante. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 263-266 [CE,II]
- Roca-Cusachs A. Uso de las combinaciones en el tratamiento de la hipertensión arterial: una necesidad imperiosa. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 336-338 [AO,I]
- Baena-Díez JM, Bermudez-Chillida N, García-Lareo M, Byram AO, Vidal-Solsona M, Vilato-García M, et al. Papel de la presión de pulso, presión arterial sistólica y presión arterial diastólica en la predicción del riesgo cardiovascular. Estudio de cohortes. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 361-365 [S,I]
- Weintraub WS, Diamond GA. Predicting cardiovascular events with coronary calcium scoring. *N Engl J Med*. 2008; 358: 1394-1396 [AO,II]
- Moya A, Alonso C. Manejo de los pacientes con síncope: de las guías a la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61: 10-13 [AO,I]

DIABETES.

- Yang X, So WY, Tong PC, Ma RC, Kong AP, Lam CW, et al; Hong Kong Diabetes Registry. Development and validation of an all-cause mortality risk score in type 2 diabetes. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 451-457 [S,II]
- Ruiz-Aragón J, Villegas R, Flores S. Determinación ambulatoria de glucohemoglobina en el seguimiento y el control de la diabetes mellitus: revisión sistemática de la literatura. *Aten Primaria*. 2008; 40: 69-74 [M,I]
- Molina E, Valero MS, Pedregal M, Calvo J, Sánchez JL, Díaz E, et al. Validación de la transmisión por correo electrónico de la retinografía de pacientes diabéticos para detectar retinopatía en atención primaria. *Aten Primaria*. 2008; 40: 119-123 [T,I]
- Mata M. Metformina y diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria*. 2008; 40: 147-153 [R,I]
- Ortiz MT, Orozco D, Gil V, Terol C. Frecuentación y grado de control del paciente diabético tipo 2. *Aten Primaria*. 2008; 40: 139-144 [T,I]
- Guideline Development Group. Management of diabetes from preconception to the postnatal period: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008; 336: 714-717 [M,II]
- McGuire DK, Inzucchi SE. New drugs for the treatment of diabetes mellitus: part I: Thiazolidinediones and their evolving cardiovascular implications. *Circulation*. 2008; 117: 440-449 [R,II]
- Inzucchi SE, McGuire DK. New drugs for the treatment of diabetes: part II: Incretin-based therapy and beyond. *Circulation*. 2008; 117: 574-584 [R,II]

- Heisler M. Actively engaging patients in treatment decision making and monitoring as a strategy to improve hypertension outcomes in diabetes mellitus. *Circulation*. 2008; 117: 1355-1357 [AO,I]
- Naik AD, Kallen MA, Walder A, Street RL Jr. Improving hypertension control in diabetes mellitus: the effects of collaborative and proactive health communication. *Circulation*. 2008; 117: 1361-1368 [T,I]
- Ray JG, Mohlajee AP, van Dam RM, Michels KB. Breast size and risk of type 2 diabetes mellitus. *CMAJ*. 2008; 178: 289-295 [S,I]
- Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: update regarding thiazolidinediones: a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2008; 31: 173-175 [M,II]
- Sorisky A. A new predictor for type 2 diabetes? *CMAJ*. 2008; 178: 313-315 [AO,I]
- Bloomgarden ZT. Diabetes and obesity: part 2. *Diabetes Care*. 2008; 31: 176-182 [R,I]
- Abramoff MD, Niemeijer M, Suttorp-Schulten MS, Viergever MA, Russell SR, van Ginneken B. Evaluation of a system for automatic detection of diabetic retinopathy from color fundus photographs in a large population of patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2008; 31: 193-198 [S,II]
- Lane JD, Feinglos MN, Surwit RS. Caffeine increases ambulatory glucose and postprandial responses in coffee drinkers with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2008; 31: 221-222 [EC,I]
- Sinclair AJ, Conroy SP, Bayer AJ. Impact of diabetes on physical function in older people. *Diabetes Care*. 2008; 31: 233-235 [CC,I]
- Rosal MC, Benjamin EM, Pekow PS, Lemon SC, von Goeler D. Opportunities and challenges for diabetes prevention at two community health centers. *Diabetes Care*. 2008; 31: 247-254 [EC,I]
- Magliano DJ, Barr EL, Zimmet PZ, Cameron AJ, Dunstan DW, Colagiuri S, et al. Glucose indices, health behaviors, and incidence of diabetes in Australia: the Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study. *Diabetes Care*. 2008; 31: 267-272 [S,I]
- Cheng WS, Wingard DL, Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Sensitivity and specificity of death certificates for diabetes: as good as it gets? *Diabetes Care*. 2008; 31: 279-284 [S,I]
- Black HR, Davis B, Barzilay J, Nwachuku C, Baimbridge C, Marginean H, et al. Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. Metabolic and clinical outcomes in nondiabetic individuals with the metabolic syndrome assigned to chlorthalidone, amlodipine, or lisinopril as initial treatment for hypertension: a report from the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *Diabetes Care*. 2008; 31: 353-360 [EC,II]
- Cubbon RM, Gale CP, Rajwani A, Abbas A, Morrell C, Das R, et al. Aspirin and mortality in patients with diabetes sustaining acute coronary syndrome. *Diabetes Care*. 2008; 31: 363-365 [S,I]
- Healy GN, Wijndaele K, Dunstan DW, Shaw JE, Salmon J, Zimmet PZ, et al. Objectively measured sedentary time, physical activity, and metabolic risk: the Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Diabetes Care*. 2008; 31: 369-371 [T,I]
- Schwartz AV, Vittinghoff E, Sellmeyer DE, Feingold KR, de Rekeneire N, Strotmeyer ES, et al. Health, Aging, and Body Composition Study. Diabetes-related complications, glycemic control, and falls in older adults. *Diabetes Care*. 2008; 31: 391-396 [CC,I]
- Erdmann E, Wilcox RG. Weighing up the cardiovascular benefits of thiazolidinedione therapy: the impact of increased risk of heart failure. *Eur Heart J*. 2008; 29: 12-20 [AO,II]
- Mellbin LG, Malmberg K, Norhammar A, Wedel H, Rydén L; for the DIGAMI 2 Investigators. The impact of glucose lowering treatment on long-term prognosis in patients with type 2 diabetes and myocardial infarction: a report from the DIGAMI 2 trial. *Eur Heart J*. 2008; 29: 166-176 [S,I]
- Unger RH. Reinventing type 2 diabetes: pathogenesis, treatment, and prevention. *JAMA*. 2008; 299: 1185-1187 [AO,II]
- Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18 686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet*. 2008; 371: 117-125 [M,II]
- Sánchez O, Sabán J. Luces y sombras en la aplicación de las nuevas guías para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Consejos prácticos sobre el tratamiento combinado y la insulino terapia. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 188-196 [R,II]
- Robles NR, Mena C, Velasco J, Angulo E, Garrote T, Garcia F. Riesgo cardiovascular asociado a microalbuminuria en pacientes diabéticos y en pacientes con hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 206-209 [T,I]
- Costa B. Efectividad en la prevención de la diabetes tipo 2. Un aterrizaje forzoso en la realidad. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 295-297 [AO,I]
- Goldberg RB, Holman R, Drucker DJ. Clinical decisions. Management of type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008; 358: 293-297 [R,I]
- Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008; 358: 580-591 [EC,II]
- Martínez-Vizcaíno V, Sánchez-López M. Relación entre actividad física y condición física en niños y adolescentes. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61: 108-111 [AO,I]
- Ortega FB, Ruiz JR, Hurtig-Wennlöf A, Sjöström M. Los adolescentes físicamente activos presentan una mayor probabilidad de tener una capacidad cardiovascular saludable independientemente del grado de adiposidad. The European Youth Heart Study. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61: 123-129 [T,I]

CÁNCER. Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.

Tosteson AN, Stout NK, Fryback DG, Acharyya S, Herman BA, Hannah LG, et al; DMIST Investigators. Cost-effectiveness of digital mammography breast cancer screening. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 1-10 [CE,I]

- Tice JA, Cummings SR, Smith-Bindman R, Ichikawa L, Barlow WE, Kerlikowske K. Using clinical factors and mammographic breast density to estimate breast cancer risk: development and validation of a new predictive model. *Ann Intern Med.* 2008; 148: 337-347 [S,I]
- Williams BA, Lindquist K, Sudore RL, Covinsky KE, Walter LC. Screening mammography in older women. Effect of wealth and prognosis. *Arch Intern Med.* 2008; 168: 514-520 [S,II]
- Graham J, Baker M, Macbeth F, Titshall V; Guideline Development Group. Diagnosis and treatment of prostate cancer: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2008; 336: 610-612 [M,II]
- James RM, Cruickshank ME, Siddiqui N; Guideline Development Group. Management of cervical cancer: summary of SIGN guidelines. *BMJ.* 2008; 336: 41-43 [M,II]
- Wilt TJ. Controversies in NICE guidance on prostate cancer. *BMJ.* 2008; 336: 612-614 [AO,I]
- The case for preventing ovarian cancer. *Lancet.* 2008; 371: 275 [AO,I]
- Franco EL, Duarte-Franco E. Ovarian cancer and oral contraceptives. *Lancet.* 2008; 371: 277-278 [AO,I]
- Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23 257 women with ovarian cancer and 87 303 controls. *Lancet.* 2008; 371: 303-314 [M,II]
- Larsson SC, Wolk A. Excess body fatness: an important cause of most cancers. *Lancet.* 2008; 371:536-537 [AO,I]
- Renahan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet.* 2008; 371: 569-578 [M,I]
- More options to screen for colorectal cancer. *Lancet.* 2008; 371: 872 [AO,I]
- Gil L, Costa G, Pérez FJ, Salamero M, Sánchez N, Sirgo A. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc).* 2008; 130: 90-92 [T,I]
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH /SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Dosanjh DP, Hinks TS, Innes JA, Deeks JJ, Pasvol G, Hackforth S, et al. Improved diagnostic evaluation of suspected tuberculosis. *Ann Intern Med.* 2008; 148: 325-336 [S,I]
- Dawes M. Using physical barriers to reduce the spread of respiratory viruses. *BMJ.* 2008; 336: 55-56 [AO,I]
- Jefferson T, Foxlee R, Del Mar C, Dooley L, Ferroni E, Hewak B, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. *BMJ.* 2008; 336: 77-80 [M,I]
- Karageorgopoulos DE, Giannopoulou KP, Grammatikos AP, Dimopoulos G, Falagas ME. Fluoroquinolones compared with beta-lactam antibiotics for the treatment of acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ.* 2008; 178: 845-854 [M,I]
- Le Saux N. The treatment of acute bacterial sinusitis: no change is good medicine. *CMAJ.* 2008; 178: 865-866 [AO,I]
- López-Medrano F, Aguado JM. Virus respiratorios: los más frecuentes, los más olvidados. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2008; 26: 67-68 [AO,I]
- Lindbaek M, Butler CC. Antibiotics for sinusitis-like symptoms in primary care. *Lancet.* 2008; 371: 874-876 [AO,I]
- Young J, De Sutter A, Merenstein D, van Essen GA, Kaiser L, Varonen H, et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet.* 2008; 371: 908-914 [M,I]
- Pina-Gutierrez JM, Ferrer-Traid A, Arias C, Sala-Farre MR, Lopez-Sanmartin JL. Cumplimiento y efectividad del tratamiento de la infección tuberculosa con isoniazida durante 9 meses en una cohorte de 755 pacientes. *Med Clin (Barc).* 2008; 130: 165-171 [T,I]
- ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA.**
- Rodrigo GJ ¿Están verdaderamente basadas en la evidencia las guías sobre el asma? Un análisis crítico. *Arch Bronconeumol.* 2008; 44: 81-86 [AO,I]
- Miravittles M, Monso E, Mensa J, Aguarón J, Barberán J, Bárcena M, et al. Tratamiento antimicrobiano de la agudización de la EPOC: Documento de Consenso 2007. *Arch Bronconeumol.* 2008; 44: 100-108 [M,II]
- Cabrera P. Avances terapéuticos en el asma. *Med Clin (Barc).* 2008; 130: 139-140 [AO,I]
- SALUD MENTAL.** Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).
- Williams PM, Goodie J, Motsinger CD. Treating eating disorders in primary care. *Am Fam Physician.* 2008; 77: 187-195 [R,I]
- Griswold KS, Aronoff H, Kernan JB, Kahn LS. Adolescent substance use and abuse: recognition and management. *Am Fam Physician.* 2008; 77: 331-336 [R,II]
- Adams SM, Miller KE, Zylstra RG. Pharmacologic management of adult depression. *Am Fam Physician.* 2008; 77: 785-792 [R,II]
- Qaseem A, Snow V, Cross JT Jr, Forciea MA, Hopkins R Jr, Shekelle P, et al; American College of Physicians / American Academy of Family Physicians Panel on Dementia. Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med.* 2008; 148: 370-378 [M,II]
- Raina P, Santaguida P, Ismaila A, Patterson C, Cowan D, Levine M, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2008; 148: 379-397 [M,II]
- Rehm J, Fischer B. Should heroin be prescribed to heroin misusers? Yes. *BMJ.* 2008; 336: 70 [AO,I]
- McKeganey N. Should heroin be prescribed to heroin misusers? No. *BMJ.* 2008; 336: 71 [AO,I]

Xie J, Brayne C, Matthews FE; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study collaborators. Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up. *BMJ*. 2008; 336: 258-262 [S,I]

Hiscock H, Bayer JK, Price A, Ukoumunne OC, Rogers S, Wake M. Universal parenting programme to prevent early childhood behavioural problems: cluster randomised trial. *BMJ*. 2008; 336: 318-321 [EC,I]

Nicholson TR, Cutter W, Hotopf M. Assessing mental capacity: the Mental Capacity Act. *BMJ*. 2008; 336: 322-325 [AO,I]

Timonen M, Liukkonen T. Management of depression in adults. *BMJ*. 2008; 336: 435-439 [R,I]

Simon G. Antidepressants and suicide. *BMJ*. 2008; 336: 515-516 [AO,I]

Turner EH, Rosenthal R. Efficacy of antidepressants. *BMJ*. 2008; 336: 516-517 [AO,I]

Lenzer J, Brownlee S. Antidepressants. An untold story? *BMJ*. 2008; 336: 532-534 [AO,I]

Wheeler BW, Gunnell D, Metcalfe C, Stephens P, Martin RM. The population impact on incidence of suicide and non-fatal self harm of regulatory action against the use of selective serotonin reuptake inhibitors in under 18s in the United Kingdom: ecological study. *BMJ*. 2008; 336: 542-545 [T,I]

Kutcher SP, Szumilas M. Youth suicide prevention. *CMAJ*. 2008; 178: 282-285 [R,I]

Barbui C, Furukawa TA, Cipriani A. Effectiveness of paroxetine in the treatment of acute major depression in adults: a systematic re-examination of published and unpublished data from randomized trials. *CMAJ*. 2008; 178: 296-305 [M,II]

Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ*. 2008; 178: 306-312 [T,I]

Patterson C, Feightner JW, Garcia A, Hsiung GY, MacKnight C, Sadovnick AD. Diagnosis and treatment of dementia: 1. Risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease. *CMAJ*. 2008; 178: 548-556 [M,I]

Feldman HH, Jacova C, Robillard A, Garcia A, Chow T, Borrie M, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *CMAJ*. 2008; 178: 825-836 [M,II]

Dhillon S, Yang LP, Curran MP. Bupropion: a review of its use in the management of major depressive disorder. *Drugs*. 2008; 68: 653-689 [R,I]

Thomson WM, Poulton R, Broadbent JM, Moffitt TE, Caspi A, Beck JD, et al. Cannabis smoking and periodontal disease among young adults. *JAMA*. 2008; 299: 525-531 [S,I]

Hujoel PP. Destructive periodontal disease and tobacco and cannabis smoking. *JAMA*. 2008; 299: 574-575 [AO,I]

Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M, et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*. 2008; 299: 901-913 [EC,I]

Calling time on young people's alcohol consumption. *Lancet*. 2008; 371: 871 [AO,I]

Gil L, Costa G, Pérez FJ, Salamero M, Sánchez N, Sirgo A. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 90-92 [T,I]

Pascual JC, Castaño J, Espluga N, Díaz B, García-Ribera C, Bulbena A. Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 281-285 [CC,I]

Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med*. 2008; 358: 252-260 [M,II]

SALUD LABORAL.

Santibañez M, Alonso E, Tamayo G, Bolumar F, Vioque J. Percepción del personal médico de atención primaria de salud acerca de sus funciones, formación y conocimientos en materia de salud laboral. *Aten Primaria*. 2008; 40: 7-12 [T,I]

Verbeek J, van Dijk F. Assessing the ability to work. *BMJ*. 2008; 336: 519-520 [AO,I]

Yarnell J. Stress at work—an independent risk factor for coronary heart disease? *Eur Heart J*. 2008; 29: 579-580 [AO,I]

Chandola T, Britton A, Brunner E, Hemingway H, Malik M, Kumari M, et al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *Eur Heart J*. 2008; 29: 640-648 [T,I]

Michas MG, Iacono CU. Overview of occupational medicine training among US family medicine residency programs. *Fam Med*. 2008; 40: 102-106 [T,I]

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES.

Burbank KM, Stevenson JH, Czarnecki GR, Dorfman J. Chronic shoulder pain: part I. Evaluation and diagnosis. *Am Fam Physician*. 2008; 77: 453-460 [R,I]

Burbank KM, Stevenson JH, Czarnecki GR, Dorfman J. Chronic shoulder pain: part II. Treatment. *Am Fam Physician*. 2008; 77: 493-497 [R,I]

Landefeld CS, Bowers BJ, Feld AD, Hartmann KE, Hoffman E, Ingber MJ, et al. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 449-458 [M,II]

Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 459-473 [M,II]

Sahlin C, Sandberg O, Gustafson Y, Bucht G, Carlberg B, Stenlund H, et al. Obstructive sleep apnea is a risk factor for death in patients with stroke: a 10-year follow-up. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 297-301 [S,I]

Loder E, Rizzoli P. Tension-type headache. *BMJ*. 2008; 336: 88-92 [R,I]

- Dieppe P. Osteoarthritis of the knee in primary care. *BMJ*. 2008; 336: 105-106 [AO,I]
- Wilt TJ, N'Dow J. Benign prostatic hyperplasia. Part 1—diagnosis. *BMJ*. 2008; 336: 146-149 [R,I]
- Wilt TJ, N'Dow J. Benign prostatic hyperplasia. Part 2—management. *BMJ*. 2008; 336: 206-210 [R,I]
- Underwood M. Sugary drinks, fruit, and increased risk of gout. *BMJ*. 2008; 336: 285-286 [AO,I]
- Choi HK, Curhan G. Soft drinks, fructose consumption, and the risk of gout in men: prospective cohort study. *BMJ*. 2008; 336: 309-312 [S,I]
- Wedderkopp N, Leboeuf-Yde C. Preventing back pain. *BMJ*. 2008; 336: 398 [AO,I]
- Acheson AG, Scholefield JH. Management of haemorrhoids. *BMJ*. 2008; 336: 380-383 [R,I]
- Martimo KP, Verbeek J, Karppinen J, Furlan AD, Takala EP, Kuijter PP, et al. Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: systematic review. *BMJ*. 2008; 336: 429-431 [M,I]
- Conaghan PG, Dickson J, Grant RL; Guideline Development Group. Care and management of osteoarthritis in adults: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008; 336: 502-503 [M,II]
- Dalbeth N, Arroll B. Commentary: controversies in NICE guidance on osteoarthritis. *BMJ*. 2008; 336: 504 [AO,II]
- Dalrymple J, Bullock I. Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in adults in primary care: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008; 336: 556-558 [M,II]
- Chiba N. Managing uninvestigated dyspepsia in primary care. *BMJ*. 2008; 336: 623-624 [AO,I]
- Delaney BC, Qume M, Moayyedi P, Logan RF, Ford AC, Elliott C, et al. Helicobacter pylori test and treat versus proton pump inhibitor in initial management of dyspepsia in primary care: multicentre randomised controlled trial (MRC-CUBE trial). *BMJ*. 2008; 336: 651-654 [EC,I]
- Chiron C, Dulac O, Pons G. Antiepileptic drug development in children: considerations for a revisited strategy. *Drugs*. 2008; 68: 17-25 [R,I]
- Field BC, Wren AM, Cooke D, Bloom SR. Gut hormones as potential new targets for appetite regulation and the treatment of obesity. *Drugs*. 2008; 68: 147-163 [R,I]
- Gur S, Kadowitz PJ, Hellstrom WJ. Guide to drug therapy for lower urinary tract symptoms in patients with benign prostatic obstruction : implications for sexual dysfunction. *Drugs*. 2008; 68: 209-229 [R,I]
- Hatzimouratidis K, Hatzichristou DG. Looking to the future for erectile dysfunction therapies. *Drugs*. 2008; 68: 231-250 [R,I]
- Toll D, Oudega R, Vergouwe Y, Moons K, Hoes A. A new diagnostic rule for deep vein thrombosis: safety and efficiency in clinically relevant subgroups. *Fam Pract*. 2008; 25:3-8 [T,I]
- Schmulson M, Francisconi C, Olden K, Aguilar L, Bustos-Fernández L, Cohen H, et al. Consenso latinoamericano de estreñimiento crónico. *Gastroenterol Hepatol*. 2008; 31: 59-74 [M,II]
- Ruiz-Giménez N, Suárez C. Tromboembolismo venoso y síndrome de la clase turista: medidas preventivas. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2007; 31: 118-126 [R,I]
- Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, Straus SE. What type of urinary incontinence does this woman have? *JAMA*. 2008; 299: 1446-1456 [M,I]
- Cheung AM, Detsky AS. Osteoporosis and fractures: missing the bridge? *JAMA*. 2008; 299: 1468-1470 [AO,II]
- Music in stroke rehabilitation. *Lancet*. 2008; 371: 698 [AO,I]
- Armijo JA. Avances en el tratamiento médico de la epilepsia. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 216-218 [AO,I]
- Gómez S, Castillo P, Segura JM. Incontinencia fecal y estreñimiento crónico idiopático. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 228-236 [R,I]
- Cherry JD. Clinical practice. Croup. *N Engl J Med*. 2008; 358: 384-391 [R,I]
- Rogers RG. Clinical practice. Urinary stress incontinence in women. *N Engl J Med*. 2008; 358: 1029-1036 [AO,I]

MEDIOS DIAGNÓSTICOS.

- Dosanjh DP, Hinks TS, Innes JA, Deeks JJ, Pasvol G, Hackforth S, et al. Improved diagnostic evaluation of suspected tuberculosis. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 325-336 [S,I]
- Molina E, Valero MS, Pedregal M, Calvo J, Sánchez JL, Díaz E, et al. Validación de la transmisión por correo electrónico de la retinografía de pacientes diabéticos para detectar retinopatía en atención primaria. *Aten Primaria*. 2008; 40: 119-123 [T,I]
- Wee B, Reynolds JH, Bleetman A. Imaging after trauma to the neck. *BMJ*. 2008;336:154-157 [R,I]
- McKay DW. Measuring blood pressure: a call to bare arms? *CMAJ*. 2008; 178: 591-593 [AO,I]
- Ma G, Sabin N, Dawes M. A comparison of blood pressure measurement over a sleeved arm versus a bare arm. *CMAJ*. 2008; 178: 585-589 [EC,I]
- Gottlieb I, Lima JA. Screening high-risk patients with computed tomography angiography. *Circulation*. 2008; 117: 1318-1332 [EC,II]
- Kramer CM. All high-risk patients should not be screened with computed tomographic angiography. *Circulation*. 2008; 117: 1333-1339 [AO,I]
- Abràmoff MD, Niemeijer M, Suttorp-Schulten MS, Viergever MA, Russell SR, van Ginneken B. Evaluation of a system for automatic detection of diabetic retinopathy from color fundus photographs in a large population of patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2008; 31: 193-198 [S,II]
- Toll D, Oudega R, Vergouwe Y, Moons K, Hoes A. A new diagnostic rule for deep vein thrombosis: safety and efficiency in clinically relevant subgroups. *Fam Pract*. 2008; 25: 3-8 [T,I]

Hagberg SM, Woitalla F, Crawford P; American College of Cardiology; American Heart Association. 2002 ACC/AHA guideline versus clinician judgment as diagnostic tests for chest pain. *J Am Board Fam Med*. 2008; 21: 101-107 [T,I]

Rus C, Mesa D, Suárez de Lezo J, Rodríguez A, Durán C, Delgado M. Utilidad del ecocardiograma transesofágico en pacientes jóvenes con ictus de origen desconocido y bajo riesgo cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 241-245 [S,I]

Weintraub WS, Diamond GA. Predicting cardiovascular events with coronary calcium scoring. *N Engl J Med*. 2008; 358: 1394-1396 [AO,II]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Griswold KS, Aronoff H, Kernan JB, Kahn LS. Adolescent substance use and abuse: recognition and management. *Am Fam Physician*. 2008; 77: 331-336 [R,II]

Rosen IM, Maurer DM. Reducing tobacco use in adolescents. *Am Fam Physician*. 2008; 77: 483-490, 491-492 [R,II]

Hiscock H, Bayer JK, Price A, Ukoumunne OC, Rogers S, Wake M. Universal parenting programme to prevent early childhood behavioural problems: cluster randomised trial. *BMJ*. 2008; 336: 318-321 [EC,I]

Wheeler BW, Gunnell D, Metcalfe C, Stephens P, Martin RM. The population impact on incidence of suicide and non-fatal self harm of regulatory action against the use of selective serotonin reuptake inhibitors in under 18s in the United Kingdom: ecological study. *BMJ*. 2008; 336: 542-545 [T,I]

Chiron C, Dulac O, Pons G. Antiepileptic drug development in children: considerations for a revisited strategy. *Drugs*. 2008; 68: 17-25 [R,I]

Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M, et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*. 2008; 299: 901-913 [EC,I]

Bjornson CL, Johnson DW. Croup. *Lancet*. 2008; 371: 329-339 [R,I]

Calling time on young people's alcohol consumption. *Lancet*. 2008; 371: 871 [AO,I]

Cherry JD. Clinical practice. Croup. *N Engl J Med*. 2008; 358: 384-391 [R,I]

Martínez-Vizcaíno V, Sánchez-López M. Relación entre actividad física y condición física en niños y adolescentes. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61: 108-111 [AO,I]

Ortega FB, Ruiz JR, Hurtig-Wennlöf A, Sjöström M. Los adolescentes físicamente activos presentan una mayor probabilidad de tener una capacidad cardiovascular saludable independientemente del grado de adiposidad. The European Youth Heart Study. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61: 123-129 [T,I]

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

O'Connell TX, Nathan LS, Satmary WA, Goldstein AT. Non-neoplastic epithelial disorders of the vulva. *Am Fam Physician*. 2008; 77: 321-326 [R,I]

Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *Am Fam Physician*. 2008; 77: 635-642 [R,I]

Ward VB. Eating disorders in pregnancy. *BMJ*. 2008; 336: 93-96 [R,I]

Bolland MJ, Barber PA, Doughty RN, Mason B, Horne A, Ames R, et al. Vascular events in healthy older women receiving calcium supplementation: randomised controlled trial. *BMJ*. 2008; 336: 262-266 [EC,II]

Guideline Development Group. Management of diabetes from preconception to the postnatal period: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008; 336: 714-717 [M,II]

Westra R, Haller IV, Adams J, Peterson BJ, Pearson J. Early introduction to pregnancy care and delivery for medical students. *Fam Med*. 2008; 40: 17-23 [QE,I]

Heiss G, Wallace R, Anderson GL, Aragaki A, Beresford SA, Brzyski R, et al; WHI Investigators. Health risks and benefits 3 years after stopping randomized treatment with estrogen and progestin. *JAMA*. 2008; 299: 1036-1045 [EC,II]

Rogers RG. Clinical practice. Urinary stress incontinence in women. *N Engl J Med*. 2008; 358: 1029-1036 [AO,I]

Kaunitz AM. Clinical practice. Hormonal contraception in women of older reproductive age. *N Engl J Med*. 2008; 358: 1262-1270 [AO,I]

ANCIANOS.

Hall WJ. Centenarians: metaphor becomes reality. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 262-263 [AO,I]

Yates LB, Djoussé L, Kurth T, Buring JE, Gaziano JM. Exceptional longevity in men: modifiable factors associated with survival and function to age 90 years. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 284-290 [S,I]

Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, Fink HA, Cawthon PM, Stone KL, et al; for the Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Comparison of 2 frailty indexes for prediction of falls, disability, fractures, and death in older women. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 382-389 [S,I]

Curtis LH, Whellan DJ, Hammill BG, Hernandez AF, Anstrom KJ, Shea AM, et al. Incidence and prevalence of heart failure in elderly persons, 1994-2003. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 418-424 [S,I]

Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 508-513 [S,I]

Escamilla JA, Castañer O, Benito S, Ruiz E, Burrull M, Sáenz N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*. 2008; 40: 81-85 [C,I]

Gates S, Fisher JD, Cooke MW, Carter YH, Lamb SE. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emer-

- gency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2008; 336: 130-133 [M,II]
- Graff MJ, Adang EM, Vernooij-Dassen MJ, Dekker J, Jönsson L, et al. Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *BMJ*. 2008; 336: 134-138 [CE,I]
- Underwood M, Ashby D, Cross P, Hennessy E, Letley L, Martin J, et al; TOIB study team. Advice to use topical or oral ibuprofen for chronic knee pain in older people: randomised controlled trial and patient preference study. *BMJ*. 2008; 336: 138-142 [EC,I]
- Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SH. Prescribing for older people. *BMJ*. 2008; 336: 606-609 [R,II]
- Sinclair AJ, Conroy SP, Bayer AJ. Impact of diabetes on physical function in older people. *Diabetes Care*. 2008; 31: 233-235 [CC,I]
- Schwartz AV, Vittinghoff E, Sellmeyer DE, Feingold KR, de Rekeneire N, Strotmeyer ES, et al; Health, Aging, and Body Composition Study. Diabetes-related complications, glycemic control, and falls in older adults. *Diabetes Care*. 2008; 31: 391-396 [CC,I]
- Stott DJ, Langhorne P, Knight PV. Multidisciplinary care for elderly people in the community. *Lancet*. 2008; 371: 699-700 [AO,I]
- Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2008; 371: 725-735 [M,I]
- Who cares for the elderly? *Lancet*. 2008; 371: 959 [AO,II]
- URGENCIAS Y EMERGENCIAS.**
- Hagberg SM, Woitalla F, Crawford P; American College of Cardiology; American Heart Association. 2002 ACC/AHA guideline versus clinician judgment as diagnostic tests for chest pain. *J Am Board Fam Med*. 2008; 21: 101-107 [T,I]
- Peberdy MA, Ornato JP, Larkin GL, Braithwaite RS, Kashner TM, Carey SM, et al; National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. Survival from in-hospital cardiac arrest during nights and weekends. *JAMA*. 2008; 299: 785-792 [T,I]
- Bobrow BJ, Clark LL, Ewy GA, Chikani V, Sanders AB, Berg RA, et al. Minimally interrupted cardiac resuscitation by emergency medical services for out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*. 2008; 299: 1158-1165 [S,I]
- Peberdy MA, Ornato JP. Progress in resuscitation: an evolution, not a revolution. *JAMA*. 2008; 299: 1188-1190 [AO,I]
- Salgado E, Antolín A, Rodríguez D, Bragulat E, Sánchez M, Miró O. Cuantificación de los efectos negativos de la sobrecarga invernal en urgencias y de la efectividad de las medidas extraordinarias invernales para paliarlos. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 286-291 [T,I]
- TERAPÉUTICA.** Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.
- Ngo-Metzger Q, August KJ, Srinivasan M, Liao S, Meyskens FL Jr. End-of-Life care: guidelines for patient-centered communication. *Am Fam Physician*. 2008; 77: 167-174 [AO,II]
- Adams SM, Miller KE, Zylstra RG. Pharmacologic management of adult depression. *Am Fam Physician*. 2008; 77: 785-792 [R,II]
- Matchar DB, McCrory DC, Orlando LA, Patel MR, Patel UD, Patwardhan MB, et al. Systematic review: comparative effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers for treating essential hypertension. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 16-29 [M,II]
- Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE Jr, Cross JT Jr, Owens DK et al; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 141-146 [M,II]
- Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 147-159 [M,II]
- Qaseem A, Snow V, Cross JT Jr, Forciea MA, Hopkins R Jr, Shekelle P, et al; American College of Physicians / American Academy of Family Physicians Panel on Dementia. Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 370-378 [M,II]
- Raina P, Santaguida P, Ismail A, Patterson C, Cowan D, Levine M, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 379-397 [M,II]
- Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 508-513 [S,I]
- Alós M, Bonet M. Análisis retrospectivo de los acontecimientos adversos por medicamentos en pacientes ancianos en un centro de salud de atención primaria. *Aten Primaria*. 2008; 40: 75-80 [T,I]
- Escamilla JA, Castañer O, Benito S, Ruiz E, Burrull M, Sáenz N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados: un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*. 2008; 40: 81-85 [C,I]
- Mata M. Metformina y diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria*. 2008; 40: 147-153 [R,I]
- Forgacs I, Loganayagam A. Overprescribing proton pump inhibitors. *BMJ*. 2008; 336: 2-3 [AO,I]
- Underwood M, Ashby D, Cross P, Hennessy E, Letley L, Martin J, et al; TOIB study team. Advice to use topical or oral ibuprofen for chronic knee pain in older people: randomised controlled trial and patient preference study. *BMJ*. 2008; 336: 138-142 [EC,I]
- Carnes D, Anwer Y, Underwood M, Harding G, Parsons S; TOIB study team. Influences on older people's decision making

- regarding choice of topical or oral NSAIDs for knee pain: qualitative study. *BMJ*. 2008; 336: 142-145 [C,I]
- Cohen SP. Cannabinoids for chronic pain. *BMJ*. 2008; 336: 167-168 [AO,I]
- Bolland MJ, Barber PA, Doughty RN, Mason B, Horne A, Ames R, et al. Vascular events in healthy older women receiving calcium supplementation: randomised controlled trial. *BMJ*. 2008; 336: 262-266 [EC,II]
- Donner-Banzhoff N, Sönnichsen A. Strategies for prescribing statins. *BMJ*. 2008; 336: 288-289 [AO,II]
- Simon G. Antidepressants and suicide. *BMJ*. 2008; 336: 515-516 [AO,I]
- Turner EH, Rosenthal R. Efficacy of antidepressants. *BMJ*. 2008; 336: 516-517 [AO,I]
- Lenzer J, Brownlee S. Antidepressants. An untold story? *BMJ*. 2008; 336: 532-534 [AO,I]
- Wheeler BW, Gunnell D, Metcalfe C, Stephens P, Martin RM. The population impact on incidence of suicide and non-fatal self harm of regulatory action against the use of selective serotonin reuptake inhibitors in under 18s in the United Kingdom: ecological study. *BMJ*. 2008; 336: 542-545 [T,I]
- Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SH. Prescribing for older people. *BMJ*. 2008; 336: 606-609 [R,II]
- McGuire DK, Inzucchi SE. New drugs for the treatment of diabetes mellitus: part I: Thiazolidinediones and their evolving cardiovascular implications. *Circulation*. 2008; 117: 440-449 [R,II]
- Inzucchi SE, McGuire DK. New drugs for the treatment of diabetes: part II: Incretin-based therapy and beyond. *Circulation*. 2008; 117: 574-584 [R,II]
- Conte MS. Buflomedil in peripheral arterial disease: trials and tribulations. *Circulation*. 2008; 117: 717-719 [AO,I]
- Leizorovicz A, Becker F, Limbs International Medicinal Buflomedil (LIMB) Study Group. Oral buflomedil in the prevention of cardiovascular events in patients with peripheral arterial obstructive disease: a randomized, placebo-controlled, 4-year study. *Circulation*. 2008; 117: 816-822 [EC,I]
- Barbui C, Furukawa TA, Cipriani A. Effectiveness of paroxetine in the treatment of acute major depression in adults: a systematic re-examination of published and unpublished data from randomized trials. *CMAJ*. 2008; 178: 296-305 [M,II]
- Josan K, Majumdar SR, McAlister FA. The efficacy and safety of intensive statin therapy: a meta-analysis of randomized trials. *CMAJ*. 2008; 178: 576-584 [M,II]
- Karageorgopoulos DE, Giannopoulou KP, Grammatikos AP, Dimopoulos G, Falagas ME. Fluoroquinolones compared with beta-lactam antibiotics for the treatment of acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ*. 2008; 178: 845-854 [M,I]
- Le Saux N. The treatment of acute bacterial sinusitis: no change is good medicine. *CMAJ*. 2008; 178: 865-866 [AO,I]
- Chiron C, Dulac O, Pons G. Antiepileptic drug development in children: considerations for a revisited strategy. *Drugs*. 2008; 68: 17-25 [R,I]
- Gur S, Kadowitz PJ, Hellstrom WJ. Guide to drug therapy for lower urinary tract symptoms in patients with benign prostatic obstruction : implications for sexual dysfunction. *Drugs*. 2008; 68: 209-229 [R,I]
- Hatzimouratidis K, Hatzichristou DG. Looking to the future for erectile dysfunction therapies. *Drugs*. 2008; 68: 231-250 [R,I]
- Dhillon S, Yang LP, Curran MP. Bupropion: a review of its use in the management of major depressive disorder. *Drugs*. 2008; 68: 653-689 [R,I]
- Enoxaparin: a review of its use in ST-segment elevation myocardial infarction. *Drugs*. 2008; 68: 691-710 [R,I]
- Erdmann E, Wilcox RG. Weighing up the cardiovascular benefits of thiazolidinedione therapy: the impact of increased risk of heart failure. *Eur Heart J*. 2008; 29: 12-20 [AO,II]
- Turpie AG. New oral anticoagulants in atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2008; 29: 155-165 [AO,I]
- Macbride-Stewart SP, Elton R, Walley T. Do quality incentives change prescribing patterns in primary care? An observational study in Scotland. *Fam Pract*. 2008; 25: 27-32 [T,II]
- López-Casasnovas G. Políticas de salud y salud pública. Regulación, innovación y mejora de las prestaciones sanitarias. El sector del medicamento. *Gac Sanit*. 2008; 22: 52-57 [AO,I]
- Lessenger JE, Feinberg SD. Abuse of prescription and over-the-counter medications. *J Am Board Fam Med*. 2008; 21: 45-54 [R,I]
- Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M, et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*. 2008; 299: 901-913 [EC,I]
- Heiss G, Wallace R, Anderson GL, Aragaki A, Beresford SA, Brzyski R, et al; WHI Investigators. Health risks and benefits 3 years after stopping randomized treatment with estrogen and progestin. *JAMA*. 2008; 299: 1036-1045 [EC,II]
- Music in stroke rehabilitation. *Lancet*. 2008; 371: 698 [AO,I]
- Lindbaek M, Butler CC. Antibiotics for sinusitis-like symptoms in primary care. *Lancet*. 2008; 371: 874-876 [AO,I]
- Young J, De Sutter A, Merenstein D, van Essen GA, Kaiser L, Varonen H, et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet*. 2008; 371: 908-914 [M,I]
- Galve E. Fármacos antialdosterónicos: su papel en la insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 30-34 [R,I]
- Cabrera P. Avances terapéuticos en el asma. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 139-140 [AO,I]
- Pina-Gutierrez JM, Ferrer-Traid A, Arias C, Sala-Farre MR, Lopez-Sanmartin JL. Cumplimiento y efectividad del tratamiento de la infección tuberculosa con isoniazida durante 9 meses en una cohorte de 755 pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 165-171 [T,I]
- Armijo JA. Avances en el tratamiento médico de la epilepsia. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 216-218 [AO,I]

Webb SM. Valor terapéutico de la hormona del crecimiento. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 261-262 [AO,I]

García AJ, Morata F, Montesinos AC. Uso racional y eficiente del tratamiento hipocolesterolemizante. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 263-266 [CE,II]

Zamarriego JF. Relación entre el médico y la industria farmacéutica. ¿Cómo debe ser? *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 298-300 [AO,I]

Roca-Cusachs A. Uso de las combinaciones en el tratamiento de la hipertensión arterial: una necesidad imperiosa. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 336-338 [AO,I]

Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med*. 2008; 358: 252-260 [M,II]

ENTREVISTA CLÍNICA.

Ngo-Metzger Q, August KJ, Srinivasan M, Liao S, Meyskens FL Jr. End-of-Life care: guidelines for patient-centered communication. *Am Fam Physician*. 2008; 77: 167-174 [AO,II]

Costa AM, Almendro C, García S, Ordovás R. El paciente. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? *Aten Primaria*. 2008; 40: 97-99 [R,I]

Kerns JW, Krist AH, Woolf SH, Flores SK, Johnson RE. Patient perceptions of how physicians communicate during prostate cancer screening discussions: a comparison of residents and faculty. *Fam Med*. 2008; 40: 181-187 [T,I]

Old JL. Discussing end-of-life care with your patients. *Fam Pract Manag*. 2008; 15: 18-22 [AO,II]

Epstein RM, Mauksch L, Carroll J, Jaen CR. Have you really addressed your patient's concerns? *Fam Pract Manag*. 2008; 15: 35-40 [AO,II]

ATENCIÓN FAMILIAR.

Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millà J, Santià M; on behalf of the Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género of the Hospital Clínic de Barcelona. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008; 22: 7-10 [T,I]

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

Maeshiro R. Responding to the challenge: population health education for physicians. *Acad Med*. 2008; 83: 319-320 [AO,I]

Riegelman RK, Garr DR. Evidence-based public health education as preparation for Medical School. *Acad Med*. 2008; 83: 321-326 [AO,I]

Godlee F. The value of complaints. *BMJ*. 2008; 336. [AO,I]

Gofin J, Foz G. Training and application of community-oriented primary care (COPC) through family medicine in Catalonia, Spain. *Fam Med*. 2008; 40: 196-202 [AO,I]

O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. *Fam Pract*. 2008; 25: 20-26 [C,I]

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

Gregg J, Solotaroff R, Amann T, Michael Y, Bowen J. Health and disease in context: a community-based social medicine curriculum. *Acad Med*. 2008; 83: 14-19 [AO,I]

Astin JA, Sierpina VS, Forys K, Clarridge B. Integration of the biopsychosocial model: perspectives of medical students and residents. *Acad Med*. 2008; 83: 20-27 [T,I]

Levin SA, Saxton JW, Johns MM. Viewpoint: developing integrated clinical programs: it's what academic health centers should do better than anyone. So why don't they? *Acad Med*. 2008; 83: 59-65 [AO,I]

Berger JT. The influence of physicians' demographic characteristics and their patients' demographic characteristics on physician practice: implications for education and research. *Acad Med*. 2008; 83: 100-105 [AO,I]

Boutin-Foster C, Foster JC, Konopasek L. Viewpoint: physician, know thyself: the professional culture of medicine as a framework for teaching cultural competence. *Acad Med*. 2008; 83: 106-111 [AO,I]

Maeshiro R. Responding to the challenge: population health education for physicians. *Acad Med*. 2008; 83: 319-320 [AO,I]

Riegelman RK, Garr DR. Evidence-based public health education as preparation for Medical School. *Acad Med*. 2008; 83: 321-326 [AO,I]

Westra R, Haller IV, Adams J, Peterson BJ, Pearson J. Early introduction to pregnancy care and delivery for medical students. *Fam Med*. 2008; 40: 17-23 [QE,I]

Yew KS, Reid A. Teaching evidence-based medicine skills: an exploratory study of residency graduates' practice habits. *Fam Med*. 2008; 40: 24-31 [T,I]

Michas MG, Iacono CU. Overview of occupational medicine training among US family medicine residency programs. *Fam Med*. 2008; 40: 102-106 [T,I]

INVESTIGACIÓN. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Grupo de trabajo para la Promoción de la Investigación en Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Promoción de la investigación en atención primaria. *Aten Primaria*. 2008; 40: 125-131 [C,I]

Mladovsky P, Mossialos E, McKee M. Improving access to research data in Europe. *BMJ*. 2008; 336: 287-288 [AO,I]

Wood L, Egger M, Gluud LL, Schulz KF, Juni P, Altman DG, et al. Empirical evidence of bias in treatment effect estimates in controlled trials with different interventions and outcomes: meta-epidemiological study. *BMJ*. 2008; 336: 601-605 [M,II]

Lokker C, McKibbin KA, McKinlay RJ, Wilczynski NL, Haynes RB. Prediction of citation counts for clinical articles at two

years using data available within three weeks of publication: retrospective cohort study. *BMJ*. 2008; 336: 655-657 [S,I]

Mendez-Vasquez RI, Suñen-Pinyol E, Cervello R, Cami J. Mapa bibliométrico de España 1996-2004: biomedicina y ciencias de la salud. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 246-253 [T,I]

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.

Riegelman RK, Garr DR. Evidence-based public health education as preparation for Medical School. *Acad Med*. 2008; 83: 321-326 [AO,I]

Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE Jr, Cross JT Jr, Owens DK et al; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 141-146 [M,II]

Yew KS, Reid A. Teaching evidence-based medicine skills: an exploratory study of residency graduates' practice habits. *Fam Med*. 2008; 40: 24-31 [T,I]

Capdevila JA, Gavagnach M, Martinez S, Torres A. Evaluación crítica de las guías de práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 376-379 [M,II]

PREVENCIÓN.

Farrelly MC, Pechacek TF, Thomas KY, Nelson D. The impact of tobacco control programs on adult smoking. *Am J Public Health*. 2008; 98: 304-309 [QE,II]

Tosteson AN, Stout NK, Fryback DG, Acharyya S, Herman BA, Hannah LG, et al; DMIST Investigators. Cost-effectiveness of digital mammography breast cancer screening. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 1-10 [CE,I]

Tice JA, Cummings SR, Smith-Bindman R, Ichikawa L, Barlow WE, Kerlikowske K. Using clinical factors and mammographic breast density to estimate breast cancer risk: development and validation of a new predictive model. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 337-347 [S,I]

Landefeld CS, Bowers BJ, Feld AD, Hartmann KE, Hoffman E, Ingber MJ, et al. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 449-458 [M,II]

Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 459-473 [M,II]

McManus DD, Ockene IS. Brief supported lifestyle counseling: modest interventions yield modest effects. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 129-130 [AO,I]

Williams BA, Lindquist K, Sudore RL, Covinsky KE, Walter LC. Screening mammography in older women. Effect of wealth and prognosis. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 514-520 [S,II]

Otero R, Grau E, Cayuela A. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa. *Arch Bronconeumol*. 2008; 44: 160-169 [R,II]

Dawes M. Using physical barriers to reduce the spread of respiratory viruses. *BMJ*. 2008; 336: 55-56 [AO,I]

Jefferson T, Foxlee R, Del Mar C, Dooley L, Ferroni E, Hewak B, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. *BMJ*. 2008; 336: 77-80 [M,I]

Järvinen TL, Sievänen H, Khan KM, Heinonen A, Kannus P. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls. *BMJ*. 2008; 336: 124-126 [R,II]

Alonso-Coello P, García-Franco AL, Guyatt G, Moynihan R. Drugs for pre-osteoporosis: prevention or disease mongering? *BMJ*. 2008; 336: 126-129 [R,I]

Martimo KP, Verbeek J, Karppinen J, Furlan AD, Takala EP, Kuijper PP, et al. Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: systematic review. *BMJ*. 2008; 336: 429-431 [M,I]

Wedderkopp N, Leboeuf-Yde C. Preventing back pain. *BMJ*. 2008; 336: 398 [AO,I]

Gray JA, Patnick J, Blanks RG. Maximising benefit and minimising harm of screening. *BMJ*. 2008; 336: 480-483 [AO,I]

Kutcher SP, Szumilas M. Youth suicide prevention. *CMAJ*. 2008; 178: 282-285 [R,I]

Ray JG, Mohlajee AP, van Dam RM, Michels KB. Breast size and risk of type 2 diabetes mellitus. *CMAJ*. 2008; 178: 289-295 [S,I]

Sorisky A. A new predictor for type 2 diabetes? *CMAJ*. 2008; 178: 313-315 [AO,I]

Rosal MC, Benjamin EM, Pekow PS, Lemon SC, von Goeler D. Opportunities and challenges for diabetes prevention at two community health centers. *Diabetes Care*. 2008; 31: 247-254 [EC,I]

Turpie AG. New oral anticoagulants in atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2008; 29: 155-165 [AO,I]

Ruiz-Giménez N, Suárez C. Tromboembolismo venoso y síndrome de la clase turista: medidas preventivas. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2007; 31: 118-126 [R,I]

Ferris DG, Waller JL, Owen A, Smith J. HPV vaccine acceptance among mid-adult women. *J Am Board Fam Med*. 2008; 21: 31-37 [T,I]

Cheung AM, Detsky AS. Osteoporosis and fractures: missing the bridge? *JAMA*. 2008; 299: 1468-1470 [AO,II]

The case for preventing ovarian cancer. *Lancet*. 2008; 371: 275 [AO,I]

Franco EL, Duarte-Franco E. Ovarian cancer and oral contraceptives. *Lancet*. 2008; 371: 277-278 [AO,I]

Go AS, Singer DE. Stroke prevention in atrial fibrillation: another step sideways. *Lancet*. 2008; 371: 278-280 [AO,I]

Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. Ovarian cancer and oral contraceptives: collabora-

tive reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23 257 women with ovarian cancer and 87 303 controls. *Lancet*. 2008; 371: 303-314 [M,II]

Samuelsson O, Herlitz H. Vaccination against high blood pressure: a new strategy. *Lancet*. 2008; 371: 788-789 [AO,I]

Tissot AC, Maurer P, Nussberger J, Sabat R, Pfister T, Ignatenko S, et al. Effect of immunisation against angiotensin II with CYT006-AngQb on ambulatory blood pressure: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase IIa study. *Lancet*. 2008; 371: 821-827 [EC,II]

More options to screen for colorectal cancer. *Lancet*. 2008; 371: 872 [AO,I]

Costa B. Efectividad en la prevención de la diabetes tipo 2. Un aterrizaje forzoso en la realidad. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 295-297 [AO,I]

Weintraub WS, Diamond GA. Predicting cardiovascular events with coronary calcium scoring. *N Engl J Med*. 2008; 358: 1394-1396 [AO,II]

EVALUACIÓN / GARANTÍA DE CALIDAD.

Guinn N, Moore LG. Practice measurement: a new approach for demonstrating the worth of your work. *Fam Pract Manag*. 2008; 15: 19-22 [AO,II]

BIOÉTICA.

Kostopoulou O. Do GPs report diagnostic errors? *Fam Pract*. 2008; 25: 1-2 [AO,I]

PLANIFICACIÓN / GESTIÓN.

Levin SA, Saxton JW, Johns MM. Viewpoint: developing integrated clinical programs: it's what academic health centers should do better than anyone. So why don't they? *Acad Med*. 2008; 83: 59-65 [AO,I]

Craig GM. Involving users in developing health services. *BMJ*. 2008; 336: 286-287 [AO,I]

Fudge N, Wolfe CD, McKevitt C. Assessing the promise of user involvement in health service development: ethnographic study. *BMJ*. 2008; 336: 313-317 [T,I]

Gillam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *BMJ*. 2008; 336: 536-538 [AO,II]

Macbride-Stewart SP, Elton R, Walley T. Do quality incentives change prescribing patterns in primary care? An observational study in Scotland. *Fam Pract*. 2008; 25: 27-32 [T,II]

Gottlieb K, Sylvester I, Eby D. Transforming your practice: what matters most. *Fam Pract Manag*. 2008; 15: 32-41 [AO,I]

López-Casasnovas G. Políticas de salud y salud pública. Regulación, innovación y mejora de las prestaciones sanitarias. El sector del medicamento. *Gac Sanit*. 2008; 22: 52-57 [AO,I]

Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet*. 2008; 371: 668-674 [M,I]

Salgado E, Antolín A, Rodríguez D, Bragulat E, Sánchez M, Miró O. Cuantificación de los efectos negativos de la sobrecarga invernal en urgencias y de la efectividad de las medidas extraordinarias invernales para paliarlos. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 286-291 [T,I]

Font D, Piqué JM, Guerra F, Rodés J. Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalari. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 351-356 [R,I]

Salmerón JM, Benarroch G, Piqué JM, Rodés J. Carrera profesional del personal médico. Un sistema incentivador útil cuando se mantienen sus principios de aplicación. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 393-398 [S,I]

INFORMÁTICA.

Stream G, Fletcher J. Demystifying computer networks for small practices. *Fam Pract Manag*. 2008; 15: 25-28 [R,I]

Edsall RL, Adler KG. User satisfaction with EHRs: report of a survey of 422 family physicians. *Fam Pract Manag*. 2008; 15: 28-32 [T,II]

Heinzelmann PJ, Kvedar JC, Kibbe DC. Beyond EHRs: how technology can help you treat chronic illness. *Fam Pract Manag*. 2008; 15: 29-32 [AO,I]

OTRAS.

Bauditz J, Norman K, Biering H, Lochs H, Pirlich M. Severe weight loss caused by chewing gum. *BMJ*. 2008; 336: 96-97 [R,I]

Mukamal KJ, Phillips RS, Mittleman MA. Beliefs, motivations, and Opinions about moderate drinking: a cross-sectional survey. *Fam Med*. 2008; 40: 188-195 [T,I]

Espallargues M, de Solà-Morales O, Moharra M, Tebé C, Pons JM. Las tecnologías médicas más relevantes de los últimos 25 años según la opinión de médicos generalistas. *Gac Sanit*. 2008; 22: 20-28 [T,I]

Thomson WM, Poulton R, Broadbent JM, Moffitt TE, Caspi A, Beck JD, et al. Cannabis smoking and periodontal disease among young adults. *JAMA*. 2008; 299: 525-531 [S,I]

Hujoel PP. Destructive periodontal disease and tobacco and cannabis smoking. *JAMA*. 2008; 299: 574-575 [AO,I]

Svetkey LP, Stevens VJ, Brantley PJ, Appel LJ, Hollis JF, Loria CM, et al; Weight Loss Maintenance Collaborative Research Group. Comparison of strategies for sustaining weight loss: the weight loss maintenance randomized controlled trial. *JAMA*. 2008; 299: 1139-1148 [EC,I]

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Paciente con diarrea, dolor abdominal y fiebre

Rivas del Valle PA¹, Saavedra Ruiz AM²

¹ MFyC - SCCU Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

² MFyC - CS La Chana. Granada

Paciente varón de 61 años sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas. Acude al servicio de urgencias hospitalarias por dolor abdominal en epigastrio de 48 horas de evolución. Desde el comienzo del dolor ha presentado fiebre de 39°C y distensión abdominal progresiva. El paciente refiere presentar hace 15 días cuadro diarreico de 1 semana de duración, que ha tratado con inhibidores del peristaltismo (loperamida). No vómitos.

En la exploración física presenta regular estado general con palidez cutánea. Febril con 38'7°C y tensión arterial (TA) 110/60. Auscultación cardio-respiratoria: tonos rítmicos taquicárdicos sin auscultación de soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen globuloso y distendido, a mayor nivel que tórax, doloroso a la palpación con peritonismo generalizado. Ausencia de ruidos intestinales.



Imagen 1

Se solicitan como pruebas complementarias una analítica completa con hemograma y bioquímica, coagulación y radiografía de abdomen.

En la analítica destaca una glucemia de 210 mg/dl y leucocitosis con desviación izquierda sin otros hallazgos significativos. La coagulación es normal excepto elevación del fibrinógeno.

La imagen radiológica fue la siguiente (imágenes 1, 2 y 3).

¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Obstrucción intestinal.
- b) Gastroenteritis aguda.
- c) Megacolon con neumoperitoneo.
- d) Hernia diafragmática gigante.



Imagen 2



Imagen 3

Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 9, Núm. 1) (Med fam Andal 2008; 9:58)

Respuestas razonadas

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO?

a. Insuficiencia cardíaca (IC): respuesta incorrecta.

Es un síndrome complejo, caracterizado por anomalías de la función ventricular izquierda y de la regulación neurohormonal. Presenta síntomas y signos de hipertensión venosa pulmonar y/o sistémica o de bajo gasto cardíaco, atribuibles a la disfunción mecánica de uno o de ambos ventrículos. La ecocardiografía mostrará disfunción mecánica del corazón. Siempre se verá reforzado por la respuesta favorable al tratamiento instaurado.

b. Derrame pleural (DP): respuesta incorrecta.

Acumulación patológica de líquido en el espacio pleural. Suele producirse por enfermedad pleural o pulmonar, y es una manifestación frecuente de enfermedades sistémicas. Cursa con dolor pleurítico, tos no productiva y disnea. En la exploración podemos encontrar menor movilidad del hemitórax afecto, matidez a la percusión, disminución de las vibraciones vocales y roce pleural. La radiografía de tórax permite detectar derrames muy pequeños de hasta 100 cc adoptando diferentes posiciones como el decúbito lateral. Cuando el DP está libre se aprecia la línea de Damoiseau; puede verse un nivel hidroaéreo (hidroneumotórax) o lobulaciones en derrames tabicados o empiemas. La TAC es útil para diferenciar las lesiones parenquimatosas de las pleurales.

c. Hernia de Morgagni o Larrey: respuesta correcta.

Hernia congénita diafragmática (además de la hiatal, paraesofágica y de Bochdalek) que representa tan sólo un 2- 3% de los casos. Es más frecuente en el lado derecho pues el pericardio protege el lado izquierdo. La mayoría son asintomáticos, diagnosticados en la edad adulta y generalmente de forma incidental en una radiografía rutinaria de tórax. Pueden producir síntomas inespecíficos gastrointestinales, cardiovasculares o respiratorios en situaciones de aumento de presión intrabdominal, como embarazo, traumatismos, obesidad y en relación con procesos respiratorios agudos.

Radiológicamente suele manifestarse con una imagen radiopaca, de localización paracardial y derecha. En la actualidad la TAC y la RMN han aumentado la frecuencia diagnóstica del proceso y la mejor valoración del mismo. Otros estudios complementarios con valor son la seriada gastroduodenal, el enema opaco y el tránsito intestinal.

d. Quiste pericárdico: respuesta correcta.

Es el tumor pericárdico benigno más frecuente. Representa el 7% de los tumores de mediastino. De tamaño variable, pueden ser uni o multilobulados. Su localización más frecuente es el seno cardiofrénico derecho. Histológicamente son quistes recubiertos de una capa de células mesoteliales en un estroma de tejido conectivo y en su interior contienen un líquido claro. Asintomáticos, se descubren en una radiografía simple de tórax como deforma-

ciones redondeadas de la silueta cardíaca. Otros métodos diagnósticos son la ecocardiografía y la TAC torácica. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica que además permite el diagnóstico anatomopatológico de certeza y la eliminación definitiva de la tumoración.

e. Lipoma: respuesta correcta.

Poco frecuente. Se presenta por igual en ambos sexos y a cualquier edad. Se localiza en miocardio, subendocardio, pericardio visceral o pericardio parietal. De tamaño variable, se trata de un tumor más o menos encapsulado, compuesto de células adiposas maduras, tejido fi-

broso (fibrolipoma), tejido mixoide (mixolipoma), vasos sanguíneos (angiolipoma), células miocárdicas (miolipoma) y ocasionalmente células adiposas fetales. Pueden ser asintomáticos o producir síntomas por invasión o compresión de estructuras vecinas. El diagnóstico clínico es por ecocardiografía, TAC y RMN. El tratamiento es la resección quirúrgica.

¿QUÉ PRUEBA SOLICITARÍA PARA CONFIRMARLO?

d y **e** son correctas: en base a lo anteriormente expuesto, se solicitaría TAC torácico-abdominal y ecocardiografía.

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

- **XXVIII Congreso semFYC Madrid'08**
Madrid, 19-22 de Noviembre, 2008.
http://congreso2008.semfyc.gatewaysc.com/?nav_id=295
- **WONCA Europe 2008 - Estambul (Turquía)**
Estambul (Turquía), 4-7 de Septiembre, 2008
<http://www.woncaeurope2008.org>
- **III Jornadas de Actualización en Medicina de Urgencia y Emergencias**
Murcia, 26-27 de Septiembre, 2008
<http://www.urgencias08.semfyc.gatewaysc.com>
- **Curso: Jornadas de Actualización semFYC-IFN**
Málaga, 23-24 de Octubre, 2008
<http://www.semfyc.es>

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

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

SOLICITUD DE COLABORACIÓN:

Apreciado/a amigo/a:

Con éste son ya veinticinco 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.



BOLETIN DE INSCRIPCIÓN / ALTERACIÓN DE DATOS SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SAMFyC)

☐ (ALTA) Nuevo socio ☐ Revisión datos ☐ BAJA Fecha..... / /

APELLIDOS:

NOMBRE: **DNI:**

DOMICILIO:

MUNICIPIO: **PROVINCIA:** **C.P.:**

TELÉFONOS:

e-mail:

ESPECIALISTA M.F.Y.C.: ☐ SI ☐ NO (Si **afirmativo**, indicar primer año de residencia).....

FECHA INICIO RESIDENCIA (en caso de ser residente):/...../.....

LUGAR DE TRABAJO:

DOMICILIO:

CARGO QUE OCUPA:

Es imprescindible la cumplimentación de **todos** los datos que a continuación solicitamos, incluyendo el **domicilio completo** de la sucursal de la entidad bancaria. Envíen este formulario **sin** recortar la orden de pago. Gracias.

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Ruego se sirvan domiciliar el cobro del Recibo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

ENTIDAD:..... SUCURSAL:.....

CALLE: COD. POSTAL:

MUNICIPIO:..... PROVINCIA:.....

Nº CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO: (hay que rellenar todas las casillas)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Entidad

Oficina

D.C.

Nº C/C

NOMBRE y APELLIDOS:

Firma:

A los efectos previstos en la Ley 15/1999 (LOPD) y de los derechos reconocidos en la misma, le informamos que los datos facilitados por Vd. para la relación de la Asociación, serán incorporados a un fichero del que es responsable **SAMFyC**, con objeto de aplicarlos a la actividad de Investigación y desarrollo. Serán utilizados por nuestra parte y por la **semFYC**, para las finalidades propias de la actividad antes indicada, así como para remitirle información no promocional ni publicitaria en relación a la misma. Asimismo le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a:

SAMFyC, C/ Arriola Nº 4, Bajo D, 18001 Granada.

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

(Boletín de Suscripción) (*)

Nombre o razón social:

Calle/Plaza: n.º

C.P.: Ciudad: Provincia:

País:

NIF:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datos profesionales:

Año licenciatura: Especialidad:

Cursa residencia en MF (sí/no): Año de inicio:

Situación laboral (plaza fija, interino, sustituto, desempleo):

Medio (Urbano, Rural, Mixto):

- ☐ Sí, deseo suscribirme a la revista «Medicina de Familia. Andalucía», al precio de: suscripción anual para España: 36 euros. Ejemplar suelto: 12 euros. Suscripción anual para la Unión Europea: 40 euros; resto de países: 50 euros. Los precios incluyen el IVA, pero no las tasas de correos.

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA (sólo en España)

(*) Los miembros de SAMFyC reciben gratis la revista.

Banco/Caja de Ahorros:

Domicilio sucursal: n.º

Población: C.P.: Provincia:

N.º de cuenta:

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

entidad sucursal D.C. n.º cuenta

..... a de de
Firma del Titular

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota de que hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta con esa entidad los efectos que le sean presentados al cobro por Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.

Tarjeta de Crédito
VISA (16 dígitos)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Caducidad: mes año
Titular:

Firma:

Remitir a: **REVISTA MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA**
c/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 Granada (España)